

Libro de comunicaciones del
II Congreso Internacional y
VII Encuentros Hispano-Cubanos en Ciencias de la Salud
“SALUD Y GÉNERO”

Editor:

Jacobo Cambil Martín



Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba

Universidad de Granada, España

Cienfuegos, 24, 25 y 26 de mayo 2018

Editor: Jacobo Cambil Martín

Editorial: Servymagen Unión S.L

Depósito Legal: AL 807-2019

ISBN: 978-84-15450-28-3

1ª Edición

Granada

Año 2019

PRÓLOGO

Desde hace 14 años, la Facultad de Ciencias de la Salud, la Facultad de Farmacia y la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, España, junto con la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, organizan los Encuentros Hispano-Cubanos en Ciencias de la Salud bianualmente.

En 2018 compartimos los VII Encuentros Hispano-Cubanos en Ciencias de la Salud en la maravillosa ciudad de Cienfuegos durante los días 24, 25 y 26 de mayo. Durante este tiempo, el profesorado, el alumnado y los profesionales de ciencias de la salud disfrutamos de un completo programa con conferencias, ponencias y talleres que fueron impartidos por los participantes del Encuentro en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Paralelamente, celebramos el II Congreso Internacional bajo el lema “Salud y Género”. Su finalidad fue facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias entre los profesionales, docentes, investigadores y estudiantes de los diferentes ámbitos de Ciencias de la Salud. Además para aumentar el intercambio entre todos los participantes, contamos con un espacio de presentación de comunicaciones orales y escritas. Las temáticas del congreso fueron: atención integral a la mujer y al niño, envejecimiento poblacional, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, educación alimentaria y nutricional, sexualidad, pareja, familia y género, psicología, salud, calidad y bienestar humano, estrés, violencia, adicciones y otros daños a la salud, salud bucal, estética e implantología oral, formación y desarrollo del capital humano, y aspectos culturales de la salud.

Este libro recoge todos los trabajos presentados en este evento científico que, una vez más, estrecha lazos académicos en el ámbito de las Ciencias de la Salud entre la Universidad de Cienfuegos y la Universidad de Granada.

RELATORIA DEL
EVENTO

Nombre del evento: II Congreso Internacional y VII Encuentro Hispano Cubano en Ciencias de la Salud.

Auspiciado por:

- Ministerio de Salud Pública. Cuba.
- Ministerio de Educación Superior. Cuba.
- Dirección Provincial de Salud (DPS) Cienfuegos. Ministerio de Salud Pública, Cuba.
- Consejo Provincial de Sociedades Científicas de la Salud (CPSCS) Cienfuegos, Cuba.
- Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas (CPICM) Cienfuegos, Cuba.
- Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.
- Universidad de Granada, España.
- Facultad de Ciencias de la Salud de Granada, España.
- Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, España.
- Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla, España.
- Facultad de Farmacia de Granada, España.
- Facultad de Psicología de Granada, España.

Sede: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba

Fecha de realización: 24 al 26 de mayo del 2018

Duración: 3 días

Número de participantes: 300

Tipo de Evento: Congreso

Carácter del Evento: Internacional

Objetivo: Incentivar el intercambio de conocimientos entre profesores, investigadores, profesionales del ámbito de la salud y estudiantes universitarios para compartir experiencias y crear al mismo tiempo la posibilidad de generar nuevas perspectivas

desde el trabajo multidisciplinar, la sinergia entre áreas y el diálogo entre clínica e investigación.

Lema central: “Salud y Género”

Temas centrales:

- Atención integral a la mujer y al niño.
- Envejecimiento poblacional.
- Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Enfermedades transmisibles.
- Educación Alimentaria y Nutricional.
- Sexualidad, pareja, familia y género.
- Psicología, salud, calidad y bienestar humano.
- Estrés, violencia, adicciones y otros daños a la salud.
- Salud bucal, estética e implantología oral.
- Formación y desarrollo del capital humano.
- Aspectos culturales de la salud.

Formas de presentación y número de ellas:

- Conferencias: 21
- Mesas redondas: 5
- Taller: 1
- Comunicaciones orales: 135
- Póster: 101
- E – Póster: 105
- Total: 368

PROGRAMA DEL
EVENTO

PROGRAMA GENERAL

Jueves 24 de mayo del 2018

Hora	Actividad	Lugar
8:00 am – 9:30 am	Acreditación.	Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.
9:30 am – 10:00 am	Inauguración	Teatro de la Universidad.
10:00 am – 11:00 am	<u>Conferencia inaugural</u> <u>Título:</u> Desigualdades de Género en Salud. <u>Ponente:</u> Dra. C. Inmaculada García García Decana. Universidad de Ciencias de la Salud. Granada, España.	Teatro de la Universidad.
11:00 am – 11:30 am	Receso – Café	
11:30 am – 1:00 pm	Sesión de conferencias y mesas redondas por especialidades. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.	Salones.
1:00 pm – 2:20 pm	Presentación de Poster y Comunicaciones orales.	Salones.
2:20 pm – 3:30 pm	Almuerzo.	
3:30 pm	Descanso y actividades opcionales.	

Viernes 25 de mayo del 2018

Hora	Actividad	Lugar
9:00 am – 10:30 am	Sesión de conferencias. Universidad de Granada, España.	Salones
10:30 am – 11:00 am	Receso – Café.	
11:00 am – 12:00 m	<u>Taller</u> “Prácticas de Humanización en la atención al parto”. <u>Ponentes:</u> Dra.C. M ^ª Dolores Pozo Cano MSc. Ana Esther Rivero del Sol	Salones.
11:00 am – 2:30 pm	Presentación de Poster y Comunicaciones orales.	Salones.
2:30 pm – 3:30 pm	Almuerzo.	
3:30 pm	Descanso y actividades opcionales.	

Sábado 26 de mayo del 2018

Hora	Actividad	Lugar
9:00 am – 10:00 am	Conferencia magistral. Título: “La Universidad del futuro: Retos y perspectivas.” Ponente: Dra. Arelys Falcón Hernández. Rectora. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos, Cuba.	Teatro de la Universidad.
10:00 am – 10:30 am	Receso - Café.	
10:30 am – 11:30 am	Clausura.	Teatro de la Universidad.
1:30 pm – 2:30 pm	Almuerzo.	

PROGRAMA CIENTÍFICO

Jueves 24 de mayo del 2018

Salón No. 1

Moderadores:

MSc. Lic. Deise Matilde Girau Rodríguez MSc. Lic. María Julia Placeres Hernández

Hora	Lugar: Sala de video
11:30 am – 12:15 pm	<u>Conferencia:</u> “Equidad de género e inclusión social. Un tema a debate en la Educación Superior Cubana” Ponente: DraC. Norma Mur Villar.
12:15 pm – 1:00 pm	<u>Mesa redonda:</u> “Enfoque de género desde una perspectiva de salud”. Ponentes: MSc. Lic. Yanet Rojas Rodríguez, MSc. Lic. Leticia Seonae Monzón, MSc. Lic. Deise Matilde Girau Rodríguez, MSc. Lic. María Julia Placeres Hernández, MSc. Héctor Cabrera Rodríguez.
Presentación de Comunicaciones orales	
1:00 pm – 1:10 pm	Instrumento para evaluar conocimientos en enfermeros sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana. Autores: MSc. Lic. Yanet Blanco Fleites, Dra.C. Julia Maricela Torres Esperón, Dra.C. Laura Magda López Angulo.
1:10 pm – 1:20 pm	Lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años. Autores: MSc. Lic. Yanet Blanco Fleites, Dra.C. Julia Maricela Torres Esperón, Dra.C. Laura Magda López Angulo.
1:20 pm – 1:30 pm	Propuesta de mejora continúa de la calidad del Proceso de Atención de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Autores: Lic. MSc. Felicia Rodríguez Solís, Lic. Claribel Chongo Solís, Lic. Bertha Fernández Cabrera, Lic. Zulema Sánchez Acosta, Lic. Arlene Vidal Martí
1:30 pm – 1:40 pm	Discusión de los trabajos.
1:40 pm – 1:50 pm	Juegos terapéuticos. Tecnología para la calidad en la atención de enfermería. Hospital Pediátrico. Cienfuegos 2017. Autores: Lic. MSc. Tatiana Pérez Torriente, Dra. C. Julia Maricela

	Torres Esperón
1:50 pm – 2:00 pm	Clima organizacional de enfermería. Hospital Pediátrico Universitario. Cienfuegos 2018. Autores: MSc. Lic. Annia Lourdes Iglesias Armenteros, Dra. C. Julia Maricela Torres Esperón, Esp. Lic. Irene López Sánchez, Lic. Jorge Luis González Mendoza.
2:00 pm – 2:10 pm	Discusión de los trabajos.

Salón No. 2

Moderadores:

DraC. Teresa Rodríguez Rodríguez MSc. Lic. Yamila Ramos Rangel

Hora	Lugar: Salón de postgrado
11:30 am – 12:15 pm	<u>Conferencia:</u> “El proceso salud enfermedad desde la perspectiva de género”. Ponente: DraC. Laura Magda López Ángulo.
12:15 pm – 1:00 pm	<u>Mesa redonda:</u> “La salud y el género desde la Psicología”. Ponentes: Dra.C. Teresa Rodríguez Rodríguez, MSc. Anais Marta Valladares González, MSc. Marianela Fonseca Fernández, MSc. Yamila Ramos Rangel, MSc. Mónica González Brito, MSc. José Antonio Pomares Alfonso.
Presentación de Comunicaciones orales	
1:00 pm – 1:10 pm	Aprender a aprender, habilidad indispensable en la educación médica. Autores: Lic. Yolanda Cabrera Macías, Ing. Ernesto José López González, Est. Ernesto López Cabrera, Est. Anaily Puerto Becerra, Lic. Yamila Ramos Rangel, Lic. Anais Marta Valladares González.
1:10 pm – 1:20 pm	Ansiedad, depresión y modos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes hospitalizadas con Diabetes gestacional. Cienfuegos 2015. Autores: Lic. Mayté Benítez Rodríguez, Lic. Darianna Muñiz Cabezas, Lic. Yadiri Malagrida García
1:20 pm – 1:30 pm	Prevalencia de tabaquismo en mujeres con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Autores: Lic. Ahmed José Pomares Avalos, Est. Mariam Vázquez Núñez, Lic. José Antonio Pomares Alfonso
1:30 pm – 1:40 pm	Discusión de los trabajos.

1:40 pm – 1:50 pm	Emociones negativas en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Autores: Lic. Lisandra Rodríguez San Pedro, Dr. José Luis de la Maza Martínez, Lic. Diana Maité Roselló Díaz, MSc. Milexy Martín Dipoté
1:50 pm – 2:00 pm	Dimensiones del bienestar psicológico en pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia. Autores: Lic. Yamila Ortega Bermúdez, MSc. Lic. Orlando Herminio Cartaya Pérez, Dra. C. Evelyn Fernández Castillo, Dra. C. Osana Molerio Pérez
2:00 pm – 2:10 pm	Historia de los decanos de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Autores: MSc. Lic. José Antonio Pomares Alfonso.
2:10 pm – 2:20 pm	Discusión de los trabajos.

Salón No. 3

Moderadores:

MSc. Lic. Maritza Díaz Villazón Lic. Liliam Delgado Saceiro

Hora	Lugar: Salón de cristal
11:30 am – 12:15 pm	<u>Conferencia:</u> “La rehabilitación cognitiva: retos y perspectivas”. Ponente: MSc. Lic. Maritza Díaz Villazón
12:15 pm – 1:00 pm	<u>Mesa redonda:</u> “Impacto del tratamiento de láser con CO2 en pacientes con disfunción del suelo pélvico”. Ponentes: Dra. Yanín Fernández Rodríguez, Dra. Nirelys Valdés Hidalgo, Dr. Roberto a. Polo Amamarante, Lic. Bárbara Rodríguez Gardiola, Lic. Liliam Delgado Saceiro.
Presentación de Comunicaciones orales	
1:00 pm – 1:10 pm	Ética en la relación médico paciente en el servicio de rehabilitación. Autores: Lic. Otmara García Millán, Lic. Doris Cabrera Cabrera, Lic. Elizabeth Manso Díaz de Villega, Lic. Yanet Arística Padilla, Lic. Adanay Carreño, Dr. Wandy Valdés Rodríguez.

1:10 pm – 1:20 pm	Aprender, integrar, educar: superación profesional para docentes de Enfermería y Rehabilitación en salud. Autores: MSc. Lic. María Regla Gutiérrez Chongo, Lic. Danae Águila Gutiérrez, MSc. Lic. Cruz Maritza Gutiérrez Chongo, Lic. Anisley Cazañas Hernández, Lic. Dailys García Morales.
1:20 pm – 1:30 pm	Rehabilitación de las personas con discapacidad, un servicio médico que favorece la inclusión social. Autores: MSc. Maritza Díaz Villazón, Sc. Leticia Seoane Monzón, Lic. Dailys García Morales, Lic. Yoan Daniel Pérez Coda, Lic. Anisley Cazañas Hernández, Lic. Midelsy Sánchez Nápoles.
1:30 pm – 1:40 pm	Discusión de los trabajos.
1:40 pm – 1:50 pm	Rehabilitación del paciente cerebro vascular en el servicio de neurología, utilizando un adecuado entrenamiento familiar. Autores: Lic. Bárbara Rodríguez Guardiola, Dra. Nirelys Valdés Hidalgo, Dra. MSc. Yanín Fernández Rodríguez, Lic. Dayamí Robaina Pérez, Lic. Alberto Pérez de Alejo, Lic. Yanier Cristo Puerto.
1:50 pm – 2:00 pm	Desafíos en la rehabilitación logopédica de los pacientes disártrico. Autores: Lic. Mirelys Haimé Seijo Vázquez, MSc. Lic. Norabel Carrasco Becerra, MSc. Dra Yakarelys Castro Bronw, Lic. Tahiry Castellón Santana.
2:00 pm – 2:10 pm	Adultos mayores y niños/as con discapacidades sensoriales: Una experiencia maravillosa. Autores: MSc. Guadalupe N Sevilla Gómez, MSc. Leonor Margot Suarez Rodríguez, Dra. Mileysi Águila Rodríguez, MSc. Hortensia Mesa Reinaldo, MSc. Bárbara L Acevedo Pastrana
2:10 pm – 2:20 pm	Discusión de los trabajos.

Salón No. 4

Moderadores:

MSc. Lic. Estela de la Caridad del Sol Liriano Lic. Anisley Cazañas Hernández

Hora	Lugar: Salón de simulación
------	----------------------------

11:30 am – 12:15 pm	<u>Conferencia:</u> “Intervención nutricional con apoyo psicológico en pacientes del Centro de Reproducción Asistida en Cienfuegos”. Ponente: Lic. Marilim González Lima.
12:15 pm – 1:00 pm	<u>Mesa redonda:</u> “Red de manejo integral del paciente con trastornos nutricionales”. Ponentes: Dr. Miguel Morales Madrigal, Dra. Elodia Rivas Alpizar, Dra. Gisela Zerquera Trujillo.
Presentación de Comunicaciones orales	
1:00 pm – 1:10 pm	Educación alimentaria y nutricional en la especialidad de rehabilitación en Atención Primaria de Salud. Autores: Lic. Dailys García Morales, Lic. Anisley Cazañas Hernández, Lic. Silvia de la Torre Castellón, MSc. Maritza Díaz Villazón, MSc. Maria Regla Gutiérrez Chongo, Lic. Miriam Genoveva Herrera.
1:10 pm – 1:20 pm	Sobrepeso y obesidad en escolares cienfuegueros vinculados al proyecto extensionista. Autores: Lic. Arianna Carreño Nieblas, Dra.C. Vanessa Vázquez Sánchez, MSc. Dulce Milagros Niebla Delgado, Lic. Lisandra Peña Gómez, Lic. Ernesto Jacomino López.
1:20 pm – 1:30 pm	Factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en la adolescencia temprana. Autores: Dra. Carmen Emilia Guerra Cabrera, Dra. Arisley Reloba Gil, Dra. Zeida Bárbara Alejo Cruz, Dra. Yaima Arrechea Betancourt, Dr. Ernesto Martínez Ferrer, Dra. Dayme Rodríguez Fumero.
1:30 pm – 1:40 pm	Discusión de los trabajos.
1:40 pm – 1:50 pm	Prevalencia y factores asociados con el sobrepeso y la obesidad en niños menores de cinco años. Autores: Dra. Mabel Godo González, Dra. Carmen E. Guerra Cabrera, Dra. Alina González Hermida.
1:50 pm – 2:00 pm	Trastornos de sueño en obesos y sobrepesos; alerta para la atención integral. Escuela Antonio Maceo, Cienfuegos. 2017. Autores: Dra. Sandra Cecilia Williams Serrano, Est. Idioel Abreu La Rosa, Dra. Galia Ibis Pérez Rumbaut, Lic. Judeny Coll Cañizares, Lic. Isaac Rodríguez Palacio, Lic. Juan Andrés Alemañy Co

2:00 pm – 2:10 pm	Propuesta de curso optativo de nutrición en la Licenciatura de Enfermería. Autores: Lic. Anisley Cazañas Hernández, MSc. Addys Teresa Stable Rodríguez, MSc. Deise Matilde Girau Rodríguez, MSc. Leticia Seoane Monzón, MSc. María Regla Gutiérrez Chongo, Lic. Betsy Castillo Oropesa.
2:10 pm – 2:20 pm	Discusión de los trabajos.

Salón No. 5

Moderadores:

MSc. Lic. María Cristina Núñez Martínez MSc. Lic. Lourdes González Pérez

Hora	Lugar: Salón de reuniones Decanato
11:30 am – 12:15 pm	<u>Conferencia:</u> “Polifarmacia en el adulto mayor. Una polémica en la actualidad”. Ponente: Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez.
12:15 pm – 1:00 pm	<u>Mesa redonda:</u> Formación de los recursos humanos para los servicios farmacéuticos en la provincia de Cienfuegos. Autores: MSc. Lic. Felicia Margarita Llerena Bermúdez, MSc. Lic. María Cristina Núñez Martínez, MSc. Lic. Lourdes González Pérez, MSc. Lic. Grisel Elvira Menéndez Rodríguez, MSc. Lic. Loreta Sánchez Ortiz.
Presentación de Comunicaciones orales	
1:00 pm – 1:10 pm	Desarrollo de especialidades técnicas y Licenciaturas en Enfermería y Tecnologías de la Salud en Cienfuegos. Ponentes: MSc. María Cristina Núñez Martínez, Lic. Lourdes González Pérez, Lic. Felicia Margarita Llerena Bermúdez, Lic. Grisel Menéndez Rodríguez, MSc. Loreta Sánchez Ortiz
1:10 pm – 1:20 pm	Experiencias en el despacho individual académico. Autores: Dr. Lino Ortiz Santiesteban, Dr. José Julio Ojeda González.
1:20 pm – 1:30 pm	Estudio exploratorio sobre la formación de la habilidad tratamiento integral del dolor en residentes. Autores: Dr. José Julio Ojeda González, DrC. Alfredo A. Espinosa Roca, Dr. Lino Ortiz

	Santiesteban.
1:30 pm – 1:40 pm	Discusión de los trabajos.
1:40 pm – 1:50 pm	Estrategia para la sostenibilidad del claustro en la carrera de Medicina a partir del Plan de Mejora. Autores: Dra. Mabel Rocha Vázquez, DraC. Norma Mur Villar.
1:50 pm – 2:00 pm	Perfeccionamiento del trabajo metodológico en la carrera de Medicina como parte del plan de mejora. Autores: Dra. Mabel Rocha Vázquez
2:00 pm – 2:10 pm	El impacto social de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Autores: Dra. Anay de la Caridad Núñez Herrera, Dra. Ana Teresa Fernández Vidal, Dra. Anabel Geroy Fernández.
2:10 pm – 2:20 pm	Discusión de los trabajos.

Salón No. 6

Moderadores:

Dra. Hilda María Delgado Acosta Dra. Sara Hernández Malpica

Presentación de Comunicaciones orales - Lugar: Biblioteca	
1:00 pm – 1:10 pm	Reactividad serológica para Toxoplasma. Autores: Dr. Domingo Hernández Brunet, Dra. Teresita de Jesús Barrio Pedraza, Lic. Gisela Martínez Pérez, Lic. Francisca Teresa de la Rosa Rodríguez, Ing. Antonio Valladares Martínez, Lic. Geisha González.
1:10 pm – 1:20 pm	Vigilancia microbiológica de Paludismo. Autores: Dr. Domingo Hernández Brunet, Lic. Gisela Martínez Pérez, Dr. Jorge Emilio Barleta del Castillo, Ing. Antonio Valladares Martínez, Dra. Teresita de Jesús Barrio Pedraza.
1:20 pm – 1:30 pm	Vigilancia microbiológica de Vibrio Cholerae. Autores: Dr. Domingo Hernández Brunet, Lic. Gisela Martínez Pérez, Dra. Teresita de Jesús Barrio Pedraza, Ing. Antonio Valladares Martínez, Dr. Jorge Emilio Barleta del Castillo, Dra. Mileidy Morffi García.
1:30 pm – 1:40 pm	Discusión de los trabajos.

1:40 pm – 1:50 pm	Chagas, considerada como enfermedad desatendida. Autores: Dra. Sahily de la Caridad Ortega Medina, Dra. Idalmis Reyes Rodríguez, Lic. Yoelvis Castro Bruzón.
1:50 pm – 2:00 pm	Leptospirosis humana un abordaje epidemiológico desde los factores ambientales. Autores: Dra. Sahily de la Caridad Ortega Medina, Dra. Maydel Lull Díaz, Dra. Idalmis Reyes Rodríguez, Lic. Yoelvis Castro Bruzón, Dra. Yaneisi Rodríguez Cabrera.
2:00 pm – 2:10 pm	Repercusión social del entrenamiento para diagnóstico de malaria. Autores: Lic. Yoelvis Castro Bruzón, Dra. Sahily de la Caridad Ortega Medina, Dr. José Andrés Fuentes Soto, Dra. Idalmis Reyes Rodríguez.
2:10 pm – 2:20 pm	Discusión de los trabajos.

Salón No. 7

Moderadores:

Dra. Sandra Cecilia Williams Serrano MSc. Leticia Seoane Monzón

Presentación de Comunicaciones orales - Lugar: Laboratorio de Enfermería	
1:00 pm – 1:10 pm	La alfafetoproteína sérica materna como parámetro de riesgo en el embarazo. Autores: Est. Roxana Álvarez Ferreiro, Est. Claudia Robles Ruiz, MSc. Dr. Domingo F. Fuentes Febles.
1:10 pm – 1:20 pm	La teoría del estrés oxidativo como causa directa del envejecimiento celular. Autores: Est. Rodolfo Javier Rivero Morey, Est. Jeisy Rivero Morey.
1:20 pm – 1:30 pm	Síndrome de Ehlers - Danlos. Una enfermedad rara. Autores: Est. Francisco Javier Rodríguez Molina, MSc. Héctor Cabrera Rodríguez.
1:30 pm – 1:40 pm	Discusión de los trabajos.
1:40 pm – 1:50 pm	Síncope. Motivo de consulta frecuente en el anciano. Autores: Est. Idioel Abreu La Rosa, Dra. Sandra Cecilia Williams Serrano, Est. Katherin Melissa Estévez Eras, Lic. Luis Alberto Herrera Martínez.
1:50 pm – 2:00 pm	Consideraciones sobre la implicación del consumo abusivo de esteroides anabólicos androgénicos, problemática actual en ascenso. Autores: Est. José Carlos Villazón Curbelo, Est. José Luis Silva Martín, Est. Lorena Álvarez

	Fernández.
2:00 pm – 2:10 pm	Preeclampsia, trastorno hipertensivo en el embarazo. Autores: Est. Elizabeth Madrigal Magariño, Est. Yurisan Kovey Mora, Est. Juan Carlos Madrigal Magariño, Est. Gretter Isabel Moré González.
2:10 pm – 2:20 pm	Discusión de los trabajos.

Presentación de Poster

Moderadores:

MSc. Lic. Dayami Pérez Soto. MSc. Lic. Nélida Sosa Botana.

Presentación de los Poster No. 1 hasta el No. 50 (Horario de 1:00 pm a 2:20 pm)	
1.	Desigualdades de género en el sistema informal de enfermos con Alzheimer. Autores: María Dolores Ruíz Fernández, Antonia Fernández Leyva, María López Cano, María Pilar Torres Alegre, María del Mar Rodríguez Salvador, Jacobo Cambil Martín
2.	Género, salud y políticas públicas en España. Autores: María Luisa Grande Gascón, María José Calero García
3.	Formación entre iguales y violencia de género: un proyecto de innovación docente en la Universidad de Granada. Autores: Encarnación Martínez García, María Gázquez López, Marta Medina Casado, Elvira Barros Medina, M ^a Dolores Pozo Cano.
4.	Sensibilización sobre violencia de género en alumnado de enfermería: una aproximación a los mitos que la sustentan. Autores: Encarnación Martínez García, Adelina Martín Salvador, M ^a Milagrosa Olmedo Alguacil, Germán Prados García, Marta Medina Casado.
5.	Vulnerabilidad de mujeres involucradas con drogas para la permanencia de la situación de violencia conyugal. Autores: Milca Ramaiane da Silva Carvalho, Mariana Matías Santos, Jeane Freitas de Oliveira, Helenise María da Silva Duarte, Luana Rodríguez Santos, Mercedes Villegas Calvo.

6.	<p>Violencia hacia las mujeres: conceptos y prioridades en una población al sur de España.</p> <p>Autores: Encarnación Martínez García, M^a Ángeles Pérez Morente, María Gázquez López, Marta Medina Casado, Elvira Barros Medina.</p>
7.	<p>Estudio exploratorio sobre la felicidad en personas sin hogar, sus expectativas y depresión.</p> <p>Autores: Yaiza Cano González, María del Carmen Portillo Sotelo, Carmen Herrera Espiñeira.</p>
8.	<p>Coordinación centro de migraciones Roquetas de Mar con Centro de Salud Roquetas de Mar. Distrito Poniente de Almería en el Agogimiento de Refugiados.</p> <p>Autores: Maria Teresa Peñafiel Escamez, Juan Bonillo Madrid, María Jesús Sanabria Medina, Belén Ruiz Lupion, María Isabel Martínez Caba, Jacobo Cambil Martin.</p>
9.	<p>Alteraciones del sueño en el personal sanitario y efectos sobre la calidad de vida.</p> <p>Autores: Lucía Gutiérrez Lucena, Alberto González Muñoz, Enrique González Muñoz, María José Muñoz Alférez.</p>
10.	<p>Gestión del estrés en Enfermería.</p> <p>Autores: María Ángeles Nogueras Morillas, Ana María Núñez Negrillo, Antonia Pérez Lázaro, Irene Andrade Andrade, Ana Huertas Tomás.</p>
11.	<p>Síndrome de Burnout en profesores de Secundaria.</p> <p>Autores: Cristina Levet Hernández, Jessica Noack Segovia, María Cecilia González Rojas, Francisca Gómez Sandoval, Consuelo Gajardo Cifuentes, Constanza Soto Morales.</p>
12.	<p>Paradigma de consumo voluntario de alcohol en rata wistar. Posibles influencias genéticas y emocionales.</p> <p>Autores: Ana Vázquez Ágredos, Leandro Ruiz Leyva, Ignacio Morón, Cruz Miguel Cendan.</p>
13.	<p>Evaluación organoléptica de vinos tintos jóvenes tradicionales y desalcoholizados. Posible alternativa real para el consumidor.</p> <p>Autores: José Javier Quesada Granados, Rosa María Blanca Herrera, Cristina Samaniego Sánchez.</p>
14.	<p>Modelo de consumo de alcohol en ratones de baja preferencia: paradigma "Driking in the Dark".</p> <p>Autores: Leandro Ruiz Leyva, Ana María Jiménez García, Ignacio Morón, Cruz Miguel Cendán.</p>
15.	<p>Efecto de las hormonas sexuales en el consumo de alcohol: Revisión bibliográfica.</p> <p>Autores: Ana María Jiménez García, Leandro Ruiz Leyvam, Cruz Miguel Cendán, Ignacio Morón.</p>
16.	<p>Consumo de drogas y aspectos de salud sexual en adolescentes escolares.</p> <p>Autores: Mariana Matías Santos, Jeane Freitas de Oliveira, Mercedes Villegas Calvo, Rosana Santos Mota, Milca Romaine da Silva Carvalho, Antonio José Zurita Muñoz.</p>

17.	Indicadores de Riesgo en usuarios de un centro de Infecciones de Transmisión Sexual durante 2000-2014. Autores: M ^a Ángeles Pérez Morente, Adelina Martín Salvador, Elvira Barros Medina, César Hueso Montoro, M ^a Dolores Pozo Cano.
18.	Diferencias sociodemográficas en usuarios de un centro de Infecciones de Transmisión Sexual durante 2000 - 2014. Autores: M ^a Ángeles Pérez Morente, M ^a Dolores Pozo Cano, Adelina Martín Salvador, Cesar Hueso Montoro, María Milagrosa Olmedo Alguacil.
19.	Experiencia de implementación de la Guía: Valoración de adultos en riesgo ideación suicida en Granada. Autores: Antonio Morales Romero, María Dolores Cano Caballero Gálvez.
20.	Efectos de un programa de intervención para duelo en familiares de enfermos con demencia. Autores: Jorge Bravo Benítez, María de las Nieves Pérez Marfil, Francisco Cruz Quintana
21.	La depresión y los trastornos del sueño en los pacientes renales con hemodiálisis: Revisión bibliográfica. Autores: María Gázquez López, Germán Prados García, María Milagrosa Olmedo Alguacil.
22.	Sobrecarga de las cuidadoras de pacientes crónicos y/o dependientes. Autores: María Luisa Rodríguez Doncel, Julio Latorre García, Juan Carlos Sánchez García, Francisca Bolívar Ruiz, Tania Rivero Blanco, María José Menor Rodríguez.
23.	Factores relacionados con la sobrecarga del cuidador en niños con Parálisis Cerebral Infantil. Autores: Araceli Ortiz Rubio, María Granados Santiago, M ^a Paz Auxiliadora Moreno Ramírez, Ángela Benítez Feliponi, Ramón Romero Fernández, Gerald Valenza Demet.
24.	Experiencia de pérdida en padres de hijos con discapacidad intelectual: un estudio cualitativo. Autores: María Inmaculada Fernández Ávalos, María Nieves Pérez Marfil, Francisco Cruz Quintana, Manuel Fernández Alcántara, María Paz García Caro, Rosario Isabel Ferrer Cascales.
25.	Percepción táctil, control inhibitorio e impulsividad cognitiva en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Autores: Dulce Romero Ayuso, José Matías Triviño Juárez, Abel Toledano González.
26.	Estudiantes de enfermería y la integración de los inmigrantes en la sociedad. Autores: María Angustias Sánchez Ojeda, Elisabet Fernández Gómez, Elena Caro Morán, María del Mar Alfaya Góngora, Marta Linares Manrique, Sivia Navarro Prado.

27.	PRADO2 como herramienta docente para la mejora de la docencia en el Grado en Enfermería. Autores: Ángel Fernández Aparicio, Blanca Rueda Medina, María Correa Rodríguez, Emilio González Jiménez.
28.	Utilización de pacientes estandarizados reales como nuevo recurso docente en el fomento del aprendizaje activo. Autores: Ángel Fernández Aparicio, Emilio González Jiménez, María Correa Rodríguez, Blanca Rueda Medina.
29.	Relación entre la Inteligencia Emocional Autopercebida y la formación práctica en los estudiantes de Terapia Ocupacional. Autores: Dulce Romero Ayuso, José Matías Triviño Juárez, M ^a Carmen Rodríguez Martínez, Abel Toledano González.
30.	Cambios en la resiliencia durante la formación práctica de los estudiantes de Terapia Ocupacional. Autores: Dulce Romero Ayuso, José Matías Triviño Juárez, Abel Toledano González, M ^a Carmen Rodríguez Martínez.
31.	Sobre la investigación universitaria en enfermería en España. Autores: Inmaculada García García, Enrique Gozalbes Cravioto.
32.	El museo Florence Nightingale de Londres. Autores: Inmaculada García García, Enrique Gozalbes Cravioto, Helena Gozalbes García.
33.	La imagen de la salud (Diosa Salus) en la moneda romana. Autores: Helena Gozalbes García, Inmaculada García García, Enrique Gozalbes Cravioto.
34.	MaS•Ecuador: Satisfacción con la Cooperación Universitaria al Desarrollo en seguridad del paciente en Enfermería. Autores: Jacobo Cambil Martín, Carlos Gafas González, Angélica Salomé Herrera Molina, Yolanda Elizabeth Salazar Granizo, Luz María Lalón Ramos, Verónica Cecilia Quishpi Lucero.
35.	Resultados de implementar Guías de Buenas Prácticas en Cuidados BPSO en Hospitales de Granada. Autores: M ^a Dolores Quiñoz Gallardo, Antonio José Zurita Muñoz, Antonio Rivas Campos, M ^a del Pilar González Carrión, M ^a del Mar Gutiérrez Martínez, Antonio Morales Romero.
36.	Papel de enfermería en el manejo de la pérdida y el proceso de duelo complicado. Autores: Vanesa García Cuenca, Naomi Cano Ibáñez.
37.	Abordaje enfermero al paciente con IRC agudizada. Autores: Vanesa García Cuenca, Naomi Cano Ibáñez.

38.	Factores necesarios para una relación enfermera - paciente de confianza. Autores: María González Cano Caballero, María Dolores Cano Caballero Gálvez.
39.	Estrategias para mejorar o mantener las tasas de vacunación en la población. Autores: María González Cano Caballero, María Dolores Cano Caballero Gálvez.
40.	Efecto de los bisfosfonatos sobre la capacidad proliferativa de fibroblastos humanos. Autores: Francisco Javier Manzano Moreno, Rebeca Illescas Montes, Javier Ramos Torrecillas, Víctor Costela Ruiz, Olga García Martínez, Concepción Ruiz.
41.	Efecto del láser de diodo (940nm) sobre la expresión génica del FGF en fibroblastos humanos. Autores: Rebeca Illescas Montes, Lucía Melguizo Rodríguez, Olga García Martínez, Concepción Ruiz Rodríguez, Javier Ramos Torrecillas.
42.	Piroxicam y su efecto sobre la línea osteoblastica MG63: expresión génica de BMP2 y BMP7 en osteoblastos humanos. Autores: Víctor Javier Costela Ruiz, Lucia Melguizo Rodríguez, Francisco Javier Manzano Moreno, Enrique García Recio, Elvira De Luna Bertos, Concepción Ruiz.
43.	Repercusiones del ácido p-cumárico sobre la expresión génica del TGFB-1 y TGFB-R1/TGFB-R2/TGFB-R3 sobre osteoblastos humanos. Autores: Lucía Melguizo Rodríguez, Francisco Javier Manzano Moreno, Víctor Javier Costela Ruiz, Enrique García Recio, Javier Ramos Torrecillas, Olga García Martínez.
44.	Nuevos derivados de tetrahidroisoquinolina como potenciales inhibidores de la interacción HA-CD44. Autores: José Manuel Espejo Román, Olga Cruz López, Ana Conejo García.
45.	Efectos de las terapias energéticas sobre la variabilidad de la frecuencia cardíaca: Revisión sistemática. Autores: Jonatan Fernández Ruiz, Keyla Vargas Román, Mónica Sánchez Martín, Lourdes Díaz Rodríguez.
46.	Gestión de eventos adversos en un Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Autores: José Darío Sánchez López, Antonio José Zurita Muñoz, Mercedes Villegas Calvo, María Ángeles Toledo Páez, Carmen Garrido Segovia, Socorro Vílchez Bueno.
47.	Fármacos empleados en pacientes con enfermedad renal diabética. Autores: Juan Diego Galdeano García, Olga Cruz López.
48.	Eficacia analgésica de los aines en el tratamiento del dolor postoperatorio. Autores: Juan Diego Galdeano García, Olga Cruz López.
49.	Valoración de una población de Veganos. Autores: Patricia Lozano Magdaleno, M ^a Jesús Oliveras López, Herminia López García de la Serrana, Magdalena López Frías Jiménez.

50.	Valoración alimentaria de un grupo de adolescentes de Cádiz. España. Autores: Javier García Melgar, M ^a Jesús Oliveras López, Herminia López García de la Serrana, Miguel Navarro Alarcón.
-----	--

Presentación de E - Poster

Moderadores:

Dr. Pedro Sánchez Frenes.

MSc. Lic. Yuleydi Alcaide Guardado.

Presentación de los E - Poster No. 1 hasta el No. 50 (Horario de 1:00 pm a 2:20 pm)	
1.	Liposarcoma pleomorfo de pared torácica. Presentación de un caso. Autores: Dra. C. Lidia Torres Aja, Dr. José Alberto Puerto Lorenzo, Dra. Eslinda Cabanes Rojas, Dr. Cristóbal Gastón Avilés.
2.	Bocio endotorácico. Presentación de tres casos. Autores: Dr. José Alberto Puerto Lorenzo, Dra. C. Lidia Torres Aja, Dra. Eslinda Cabanes Rojas, Dr. Cristóbal Gastón Avilés.
3.	Campo de cancerización cutáneo en carcinoma epidermoide. Autores: Dra. Marlene Curbelo Alonso, Dr. Yeichson Antonio Barón Paira, Dra. Graciela Caridad Cabrera Acea, Dra. Damarys Diaz Leonard.
4.	Uso de Heberferón en el cáncer cutáneo. A propósito de un caso. Autores: Dra. Graciela Caridad Cabrera Acea, Dra. Marlene Curbelo Alonso, Dra. Cynthia G. Gómez Cabrera, Lic. Zenaida Rodríguez Bernal.
5.	Metástasis a coroides de un tumor sin primario conocido. Presentación de un caso. Autores: Dra. Ana Lourdes Vasallo Díaz, Dra. Dayana Calzada Urquiola, Dra. Maylin Jiménez Abraham, Dra. Marylin Aroche Quintana, Dra. Icilany Villares Álvarez, Dra. Nery María Díaz Yanes.
6.	Presentación de caso. Síndrome de Miller Fisher una variante del síndrome de Guillain Barré postraumático. Autores: Dra. Lidia Andrea Revuelta Monje, Dr. Jorge Luis Acevedo Cardoso, Dr. Luis Enrique Llanes Gort, Dra. Tamara Libertad G, Dr. Richard Rico Ulloa, Est. Lenny Condori Ocampo.
7.	Leptospirosis a propósito de un caso. Provincia Cienfuegos. Autores: Dra. Idalmis Reyes Rodríguez, Dra. Sahily de la Caridad Ortega Medina, Dra. Maydel Llull Díaz, Lic. Yoelvis Castro Bruzón.
8.	Trombocitopenia con ausencia de radios (TAR). Presentación de un caso. Autores: Dra. Belkis Rodríguez Jorge, Dra. Dumeivy García Sánchez, Dra. Lucía Díaz Morejón, Dr. Juan Camilo Díaz Ceballo, Lic. María Eugenia Santacruz Leonard, Lic. Hilda Leyva Cadalzo.

9.	<p>Púrpura anafilactoide de Shönlein Henoch en el curso de una púrpura trombocitopénica inmunológica crónica. A propósito de un caso.</p> <p>Autores: MSc. Dra. Lucía Díaz Morejón, MSc. Dra. Belkis Rodríguez Jorge, MSc. Dra. Yoandra León Rayas, Dra. Dumeivy García Sánchez, MSc. Dr. Luis Omar López Hurtado, Lic. María E. Santa Cruz Leonard.</p>
10.	<p>Resiliencia en madres de pacientes pediátricos con enfermedades hematológicas. Cienfuegos. 2018. Autores: Dra. Dumeivy García Sánchez, Dra. Belkis Rodríguez Jorge, Dr. Jan González Ramos, Dra. Lisbel Aguilar Lezcano, Dra. Lucía Díaz Morejón, Dra. Tamara Sánchez Estrada.</p>
11.	<p>Quiste broncogénico: presentación de un caso.</p> <p>Autores: Dra. Ileana García Rodríguez, Dra. Mercedes Fonseca Hernández, Dra. Caridad Teresa Llull Tombo, Dr. Juan Carlos Yanes Macías, Dr. Sergio Luis González.</p>
12.	<p>Enfermedad neumococcica invasiva en niños menores de 5 años hospitalizados. Experiencias de tres años.</p> <p>Autores: Dra. Mercedes Fonseca Hernández, Dra. Anelis Martínez Utrera, Dra. Martha Montes de Oca Rivero, Dra. Ileana García Rodríguez, Dra. Caridad Teresa Llull Tombo, Dr. Juan Carlos Yanes Macías.</p>
13.	<p>Costos directos hospitalarios de enfermedad neumococcica invasiva en la edad pediátrica. Cienfuegos. 2010 – 2015.</p> <p>Autores: Dra. Yaima Figueredo Montes de Oca, Dr. Ozier González Milián, Dr. Alain Reyes Sebasco, MSc. Alicia Reyes Jiménez.</p>
14.	<p>Colonización nasofaríngea por neumococo en preescolares en la era prevacunacional. Cienfuegos 2013 - 2015.</p> <p>Autores: Dra. Dunia M Chávez Amaro, Dra. C. María Felicia Casanova González, Dr. C. Nivaldo Linares Pérez, Dra.C. María E Toledo Romaní, Dra. Marta Montes de Oca, Dr. Jorge L Capote Padrón.</p>
15.	<p>Eficacia de la vacuna cubana contra los neumococos sobre la colonización nasofaríngea. Cienfuegos 2016 - 2017.</p> <p>Autores: Dra. Dunia M Chávez Amaro, Dra. C. María Felicia Casanova González, Dr. C. Nivaldo Linares Pérez, Dra.C. María E Toledo Romaní, Dra. Marta Montes de Oca, Dr. Jorge L Capote Padrón.</p>
16.	<p>Análisis evolutivo de la atención odontológica en una Unidad de Atención Primaria de España.</p> <p>Autores: Dra. Emma I. Gil Ojeda</p>
17.	<p>Programa educativo sonrisa feliz con salud bucal en gerontes de casas de abuelos. Provincia Cienfuegos. Autores: Dra. Teresita de Jesús Barrio Peraza, Lic. Esther Barrio Pedraza, Lic. Lazara García, Lic. Miriam Castellano Castillo.</p>

18.	Estrategia de atención estomatológica a personas discapacitadas física con limitación en la realización de actividades. Autores: Dra. Ana Belkys Hernández Millán, Dra. Anay de la Caridad Núñez Herrera, Lic. Zenia Lissette Hernández Millán, Dra. Rosa María Liriano García.
19.	Nivel de conocimiento en profesionales sobre la atención estomatológica a pacientes con VIH. Cienfuegos, 2017. Autores: Dr. Diosky Ferrer Vilches, Dra. Ana Belkys Hernández Millán, Dra. Ana Ibis Betancourt García.
20.	Curso electivo de habilidades para la vida dirigido a estudiantes de la carrera de estomatología. Autor: Dra. Yudith Martínez García.
21.	Agrandamiento gingival inducido por Ciclosporina A en paciente con periodontitis crónica. Reporte de un caso. Autores: MSc Dra. Arasay Calzada Bandomo, Dra. Ana Laura Brito González.
22.	Comportamiento de algunos factores de riesgo de la gingivitis crónica en adultos. Consultorio 13, Cruces. 2016. Autores: Dra. Marileisy Herrera Morales, Dra. Cleidy Toledo Toledo.
23.	Higroma quístico cervical en sustitución de la glándula submaxilar izquierda. Presentación de caso quirúrgico. Autores: Dra. Sahily Espino Otero, MSc. Dr. Blas Jorge González Manso, Lic. Lenay Jiménez Gómez.
24.	Manejo inmediato de un traumatismo máxilo mandibular en niña de 10 años. Autor: Dr. Alain Soto Ugalde.
25.	Retención dentaria de causa multifactorial. Presentación de un caso. Autores: Dra. Ivette Álvarez Mora, Dra. Clotilde de la Caridad Mora Pérez.
26.	Efectividad del tratamiento de la hiperestesia dentinaria. Estudio sobre una serie de casos. Autores: Dra. Yaima Pon López, Dra. Anne Delgado Moreno, Dra. Yasleidi González Cano, Lic. Yohami Pons López, Lic. Rolando L Rivera López.
27.	Virus del papiloma humano en pacientes operados de lesiones en la región buco-facial. Cienfuegos 2012- 2016. Autores: Dra. Elizabeth Rieche Gómez, MSc. Dra. Olga Lidia García Álvarez
28.	Cáncer bucal desde un enfoque de género. Autores: Dra. Malena Balbín Cabrera, Dra. Taise Duany Mejías, Dra. Clara Rosa Rosell Silva.
29.	Estado y permanencia del primer molar permanente en niños de 12 años. Municipio Cruces. 2015 – 2017. Autores: Dra. Cleidy Toledo Toledo, Dra. Diana María Villa Fernández.
30.	Tratamiento periodontal con RTG y ortodoncia en paciente con periodontitis juvenil.

	Autores: Dra. Claudia Arano Bosch, Dra. Marta Marisel Bosch Pons, Dra. Marisleidy Cardoso Santiago.
31.	Factores de riesgo asociados a la estomatitis subprótesis. Área VI. Cienfuegos. 2015 – 2016 Autores: Dra. María Julia Vázquez Vega, Dr. Ricardo Aguiar Sanabria, Est. Ricardo Aguiar Vázquez.
32.	Estomatitis subprotésis. Estado prevalente en pacientes rehabilitados protésicamente. Área III. Cienfuegos 2015 – 2016. Autores: Dra. Daily Caridad Bermúdez Morales, Dra. Teresita de Jesús Morales Montes de Oca.
33.	Conocimiento de la población sobre el uso de plantas medicinales en afecciones odontológicas. Autores: MSc. Lic. Olga Lidia Cuevas Pérez, Est. Elizabeth Santana Núñez, Dra. Mayra Quirós Enrique, MSc. Diana Rosa Fernández Ruiz.
34.	Satisfacción de egresados de la carrera de Medicina y sus empleadores con la formación. Autores: Dra. Mabel Rocha Vázquez, Dra. María Isabel Mantecón Ledo, Dra. Dunia Chávez Amaro.
35.	La discusión de caso: como realizarla en su modalidad de educación en el trabajo. Autores: Dra. Belkis M. Vicente Sánchez, Lic. Miriam Costa Cruz, Dra. Alina Esther González Hermida, Dra. Mileidis Portal Amador, Dr. Pavel Noa Rodríguez.
36.	Redes sociales una alternativa de formación y desarrollo social. Autores: Lic. Esther Barrio Pedraza, Dra. Teresita Barrio Pedraza
37.	Programa de formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria en Ecuador con participación de profesores cubanos. Autores: Dr. Rubén García Núñez, Dra. María Aurelia San Juan Bosch.
38.	Asociación de variables bioquímicas con la glicemia en Cienfuegos, año 2010. Autores: Dra. Milagros Lisset León Regal, Dra. Jacqueline Zamora Galindo, Dr. Luís A. Mass Sosa, Lic. Hermes González Otero, Est. Rodolfo Javier Rivero Morey.
39.	La tutoría en el proceso de enseñanza aprendizaje del posgrado de medicina familiar y comunitaria en Ecuador. Algunas reflexiones sobre el mismo. Autores: Dra. María Aurelia San Juan Bosch, Dr. Rubén García Núñez.
40.	Acciones para minimizar la problemática de la interconsulta en la Atención Primaria de Salud. Cienfuegos 2017. Autores: Dra. Anay de la Caridad Núñez Herrera, Dra. Ana Teresa Fernández Vidal, Dra. Anabel Geroy Fernández, Dra. Silvia Enríquez Vilaplana, Lic. Aleidys Villazón Clavero, Lic. Felisbel Herrera Toledo.
41.	Intervención educativa. Salud sexual y reproductiva en adolescentes. Consultorios 2 y 3. Área IV. Autores: Dra. Ana Teresa Fernández Vidal, Dra. Maria Clara Balla Cepeda, Dra. Anabel Geroy Fernández, Dra. Hilda Robaina Becerra, Dra. Silvia Enriquez Vilaplana, Lic. Humberto Miguel Aguero García.

42.	Intervención educativa sobre sexualidad en adolescentes de un consultorio médico. Autores: Dra. Amarilis Martínez Guerra, Est. Beatriz Castellanos Martínez, Lic. Zenia Tamara Sánchez García, Lic. Esther Hernández Pérez, Lic. Marianela Fonseca Fernández, Lic. Jayce Díaz Díaz.
43.	Glosario de términos y vocablos indígenas para colaboradores de la salud en Centroamérica. Autores: MSc. Lic. David Cuesta de las Casas, MSc. Lic. Estela de la Caridad del Sol Liriano, Dra. Dainy L. Cuesta del Sol, Est. José A. Cuesta del Sol, MSc. Lic. Rosa María Masot Rivero, MSc. Lic Mabel Collazo Díaz.
44.	Caracterización de los pacientes diabéticos. Consultorio 14. Área I. Cienfuegos Autores: MSc. Lic. Héctor Cabrera Rodríguez, Lic. Daynisett Molina Curbelo, Est. Anabel Moreno Balberi, Est. Francisco Javier Rodríguez Molina.
45.	Diabetes gestacional y factores de riesgo de macrosomía feto neonatal. Autores: Dra. Vivian Rosa Vázquez Martínez, Est. Grisel Torres Vázquez, Dr. Cristóbal J. Torres González.
46.	Repercusión de la infertilidad en la salud familiar. Área VI Cienfuegos. Autores: Dra. Marlene del Valle Pérez, MSc. Lic. Estela de la Caridad del Sol Liriano, MSc. Lic. David Cuesta de las Casas.
47.	Infertilidad femenina de causa endocrina. Centro territorial de Reproducción Asistida de Cienfuegos Autores: Dra. Annia Quintana Marrero, Dr. Jan O. González Ramos, Dra. Liesel Pérez Ruiz.
48.	Calidad de vida en mujeres de edad mediana. Autores: Dra. Gisela Zerquera Trujillo, Dra. Elodia Rivas Alpizar, Dr. Miguel Morales Madrigal.
49.	Programa de intervención educativa para mejorar la repercusión del climaterio en las féminas en la Atención Primaria de Salud. Autores: Dra. Elodia Rivas Alpizar, Dra. Gisela Zerquera Trujillo, Dr. Miguel Morales Madrigal.
50.	Caracterización clínica epidemiológica de las pacientes histerectomizadas por fibroma uterino en la provincia de Cienfuegos. Autores: Dra. Carmen Delia García García, Dra. Verónica Martins Morales, Dra. Zoraida Montero Padrón.

Viernes 25 de mayo del 2018

Salón No. 1

Moderadores:

MSc. Lic. Annia Lourdes Iglesias Armenteros

MSc. Lic. Ana Esther Rivero del Sol

Hora	Lugar: Sala de video
9:00 am – 10:30 am	<p style="text-align: center;"><u>Conferencias</u></p> <p><u>Título:</u> SISEP 1.0 el portafolio digital para la evaluación de las prácticas de enfermería. Ponente: Dra. Elvira De Luna Bertos, Subdirectora del Departamento de Enfermería.</p> <p><u>Título:</u> Actividad física moderada en el agua y su influencia en los parámetros materno- fetales. SWEP STUDY. Ponente: Dra. María José Aguilar Cordero, Profesora del Departamento de Enfermería.</p> <p><u>Título:</u> Capacidad de interacción de los recién nacidos en los primeros minutos de vida. Ponente: Dra. Encarnación Martínez García, Profesora del Departamento de Enfermería.</p> <p><u>Título:</u> Estudio del Síndrome Metabólico en receptores de trasplante renal desde una perspectiva de género. Ponente: Dr. Rafael Fernández Castillo, Profesor del Departamento de Enfermería.</p> <p><u>Título:</u> Educación para la Salud en pacientes trasplantados renales. Ponente: MSc. Adelina Marín Salvador, Profesora del Departamento de Enfermería.</p> <p><u>Título:</u> Rol de Enfermería en el Campo del Sueño y la Salud. Ponente: Dr. Germán Prados García, Profesor del Departamento de Enfermería.</p> <p><u>Título:</u> Claves para la asistencia sanitaria a personas variantes de género. Ponente: Dra. Dolores Cano-Caballero Gálvez, Profesora del Departamento de Enfermería.</p> <p><u>Título:</u> Proyecto Manos Seguras Ecuador. Ponente: Dr. Jacobo Cambil Martín, Profesor del Departamento de Enfermería.</p>

10:30 am – 11:00 am	Receso – Café.
11:00 am – 12:00 m	Taller “Prácticas de Humanización en la atención al parto”. <u>Ponentes:</u> Dra.C. M ^a Dolores Pozo Cano MSc. Lic. Ana Esther Rivero del Sol
12:00 m – 2:00 pm	Presentación de Comunicaciones orales
12:00 m – 12:10 pm	La formación de profesionales de enfermería 5 años de estudio. Cienfuegos 2018. Autores: MSc. Deise Matilde Girau Rodríguez, DrC. Blas Yoel Juanes Giraud, Lic. Addys Teresita Stable Rodríguez, Lic. Anisley Cazañas Hernández, Lic. Isleidy Álvarez Hernández, Lic. Midalys del Carmen Llanes Cartaya.
12:10 pm – 12:20 pm	Calidad en la formación profesional del personal de enfermería. Autores: Lic. Yanieski Abreu Álvarez, MSc. Lic. Camilo Rodríguez Pérez, MSc. Yusleidis Fernández Rabaza.
12:20 pm – 12:30 pm	Caracterización de la etapa pre-profesional de estudiantes de enfermería. Hospital provincial. Curso 2016 – 2017. Autores: MSc. Yusleidis Fernández Rabaza, MSc. Ernesto Julio Bernal Valladares, MSc. Yunia Araña Hernández, MSc. Marta Madelin Reyes López, MSc. Anaisa Cecilia Del Sol Zerquera.
12:30 pm – 12:40 pm	Discusión de trabajos.
12:40 pm – 12:50 pm	Propuesta para curso de superación para docentes de enfermería sobre evaluación del aprendizaje en asignatura prácticas. Autores: MSc. Margarita Fundora Oropesa, Lic. Jacqueline Cordero Odenis, Lic. Geneva Hurtado Montero.
12:50 pm – 1:00 pm	La interdisciplinariedad como herramienta metodológica para la carrera de Enfermería. Cienfuegos 2017. Autores: MSc. Leticia Seoane Monzón, MSc. Nelson Gonzales Valdés, MSc. Maritza Díaz Villazón, MSc. Lisgrace Llano Arana, MSc. Rosa María Masot Rivero, Dra. Sandra Williams Serrano.
1:00 pm – 1:10 pm	La interdisciplinariedad en función de la Enfermería familiar y social y las asignaturas Enfermería de urgencias y Salud Mental en la carrera de Enfermería. Autores: Lic. Dayami Pérez Soto, Lic. Nélide Sosa Botana, Lic. Yanet Rojas Rodríguez, Lic.

	Miriam Olano Rivalta, Lic. Asbely Yera Sánchez, Ing. Roviert Silva Céspedes.
1:10 pm – 1:20 pm	Discusión de trabajos.
1:20 pm – 1:30 pm	Tareas docentes para la autopreparación del estudiante en la asignatura enfermería familiar y social. Licenciatura en enfermería. Autores: Lic. Dayami Pérez Soto, Lic. Nélide Sosa Botana, Lic. Yanet Rojas Rodríguez, Lic. Miriam Olano Rivalta, Lic. Asbely Yera Sánchez, Ing. Roviert Silva Céspedes.
1:30 pm – 1:40 pm	Los valores estéticos en el profesional de la salud. Vinculación con la sociedad. Cienfuegos 2018. Autores: Lic. MSc. Nélide Sosa Botana, Lic. MSc. Dayami Pérez Soto, Lic. MSc. Vivian de los Ángeles Rodríguez Capote, Lic. MSc. Yanet Rojas Rodríguez, Lic. MSc. Miriam Olano Rivalta, Lic. MSc. Nancy Sosa Botana.
1:40 pm – 1:50 pm	Formación científica de licenciados en Enfermería a través del curso electivo de Electrocardiografía. Autores: Dra. Sandra Cecilia Williams Serrano, Est. Idioel Abreu La Rosa, Dr. Rubén García Núñez, Lic. Leticia Seoane Monzón, Lic. Judeny Coll Cañizares, Lic. Juan Andrés Alemañy Co.
1:50 pm – 2:00 pm	Discusión de trabajos.
2:00 pm – 2:10 pm	La salud sexual y reproductiva en adolescentes de edad media. Conocimientos y comportamiento. Cienfuegos 2017 - 2018. Autores: Lic. MSc. Yanet Rojas Rodríguez, Dra. Grettel Águila Calero, MSc. Nélide Sosa Botana, MSc. Dayamí Pérez Soto, Lic. Loreta Sánchez Ortiz.
2:10 pm – 2:20 pm	La sexualidad de la mujer en su etapa climatérica. Molestias biopsicosociales. Autores: Lic. MSc. Vivian de los Ángeles Rodríguez Capote, Lic. MSc. Yanet Rojas Rodríguez, Lic. MSc. César Nicolás Richard, Lic. Miriam Juliana Terry Calderó, Lic. MSc. Nélide Sosa Botana, Lic. MSc. Miguel Pablo Sánchez
2:20 pm – 2:30 pm	Discusión de trabajos.

Salón No. 2

Moderadores:

MSc. Mónica González Brito MSc. Yamila Ortega Bermúdez

Hora	Lugar: Salón de postgrado
9:00 am – 10:30 am	<p style="text-align: center;"><u>Conferencias</u></p> <p><u>Título:</u> Psicología y Género. Ponente: Dra. Francisca Expósito Jiménez, Decana de la Facultad de Psicología.</p> <p><u>Título:</u> Diferencias de género en el deterioro cognitivo y funcional en las personas mayores de 65 años. Ponentes: Dra. María José Calero García, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén. Dra. María Luisa Grande Gascón, Vicedecana General e Inserción Laboral.</p> <p><u>Título:</u> Procesos de duelo y pérdida. Diferencias de género. Ponente: Dr. Francisco Cruz Quintana, Profesor de la Facultad de Psicología.</p> <p><u>Título:</u> Drogodependencias: prevalencia y diferencias de género. Ponente: Dr. Cruz Miguel Cendán Martínez, Vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud.</p>
10:30 am – 11:00 am	Receso – Café.
11:00 am – 2:00 pm	Presentación de Comunicaciones orales
11:00 am – 11:10 am	Integración del psicólogo a la iniciativa cultura jurídica en clave de género. Cienfuegos. 2017- 2018. Autores: Lic. Marianela Fonseca Fernández, Dra.C. Laura Magda López Angulo, Lic. Yenisleidy Fundora Quintero.
11:10 am – 11:20 am	Mujer violentada por su pareja, un problema aún vigente. Autores: Dra. Marioly Ruiz Hernández, Dr. Yoan Hernández Cabrera, Dra. C. Laura López Angulo, Dra. Yanara Calzada Urquiola, Dra. Niussha Hernández Muñoz, Dra. Dayana Calzada Urquiola.

11:20 am – 11:30 am	<p>Psicodinámica familiar y apoyo social en adolescentes con conducta suicida. Área VI, Cienfuegos.</p> <p>Autores: Lic. Anais Marta Valladares González, Lic. Gretis Leidy Rodríguez Hernández, Lic. Marina Selin Ganen.</p>
11:30 am – 11:40 am	Discusión de trabajos.
11:40 am – 11:50 am	<p>Autoestima global y autoestima materna en madres adolescentes.</p> <p>Autores: Lic. Yamila Ramos Rangel, Lic. Deyanila Borges Caballero, Lic. Yolanda Cabrera Macías, Lic. Mónica González Brito, Lic. Anais M. Valladares González, Dra. C. Laura M. López Angulo.</p>
11:50 am – 12:00 m	<p>Programa de intervención psicoeducativa dirigida a mujeres negadas a realizarse la citología vaginal. Área V. 2016.</p> <p>Autores: MSc. Lic. Linsay Ignacia Hamaty Segrera, Dr.C. José Aurelio Díaz Quiñones, Lic. Yamila Ramos Rangel.</p>
12:00 m – 12:10 pm	<p>Modos de afrontamiento y autoestima en pacientes con alteración de la respuesta sexual en Cienfuegos.</p> <p>Autores: Lic. Rolando Rivero López, Lic. Yohamis Pons López, Dra. Yahima Pons López.</p>
12:10 pm – 12:20 pm	Discusión de trabajos.
12:20 pm – 12:30 pm	<p>Representación social de masculinidad en estudiantes preuniversitarios como factor de riesgo para su salud sexual.</p> <p>Autores: MSc. Tania Maité Ponce Laguardia, Lic. Omar Frómeta Rodríguez, Lic. Yordana Oropesa Enríquez, Lic. Carlos Andrés Cruz Cruz, Lic. Geydis Montero Angulo.</p>
12:30 pm – 12:40 pm	<p>Empatía en estudiantes de Estomatología de la Universidad Médica de Cienfuegos.</p> <p>Autores: Lic. Yamila Ramos Rangel, Lic. Linsay I. Hamaty Segrera, Est. Sunsen Liwe Placeres, Est. Diamela Raya Álvarez, Est. Meibi Rivero Cordero.</p>
12:40 pm – 12:50 pm	<p>Autovaloración y calidad de vida percibida en el anciano incorporado a la Cátedra del Adulto mayor. 2018.</p> <p>Autores: MSc. Yaumara Quintero Reyes, Lic. Vidalina Núñez Rodríguez.</p>
12:50 pm – 1:00 pm	Discusión de trabajos.
1:00 pm – 1:10 pm	<p>Contribución a la creación de una imagen positiva del envejecimiento.</p> <p>Autores: MSc. María Guillermina Yanes García, Dra. Mariela Morales Okata.</p>

1:10 pm – 1:20 pm	Afectación de la salud familiar por el diagnóstico de cáncer en adultos mayores. Autor: MSc. Lic. Yordana Oropesa Henríquez.
1:20 pm – 1:30 pm	Comunicación y conducta. Premisas en el rol del profesor universitario. Autores: MSc. Dargy Regla González Alonso, MSc Mabel Collazo Díaz, MSc Josefina I. Vázquez Martínez, MSc Miladys Cedeño Borges, Lic. Antonia Yásmen Colina Fernández, Lic. Bárbara Susana Rojas Rivero.
1:30 pm – 1:40 pm	Discusión de trabajos.
1:40 pm – 1:50 pm	Estrategia pedagógica para trabajar con jóvenes procedentes de familias disfuncional. Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos. Cuba. Autores: MSc. Lic. Estela de la Caridad del Sol Liriano, MSc. Lic. David Cuesta de las Casas, Dra. Dainy L. Cuesta del Sol, Est. José A. Cuesta del Sol, Dra. Marlen del Valle Pérez, Dra. Amarilis Martínez Guerra.
1:50 pm – 2:00 pm	Alteraciones y trastornos en el aprendizaje. Un reto para la escuela y la familia cubana. Autores: Lic. Mirelys Haimé Seijo Vázquez, MSc. Lic. Norabel Carrasco Becerra, Dra. Irma María Márquez González, Lic. Keidy Gutiérrez Navarro.
2:00 pm – 2:10 pm	Cultura, Moda, Sexualidad y Sociedad como construcción social. Autores: Lic. Alexis Conde Mérida, Dra. Meybol Tejera Mestre, Lic. Yanet Ravassa Martínez, Lic. Diana Maité Rosello Díaz.
2:10 pm – 2:20 pm	Calidad percibida y eficiencia en servicios de asistencia al adulto mayor. Cienfuegos, 2018. Autores: Ing. Ernesto José López González, MSc. Lic. Yolanda Cabrera Macías, Est. Ernesto López Cabrera, Est. Anaily Puerto Becerra, MSc. Bárbara Arredondo Aldama.
2:20 pm – 2:30 pm	Discusión de trabajos.

Salón No. 3

Moderadores:

Dra. Nirelys Valdés Hidalgo

Lic. Bárbara Rodríguez Guardiola

Hora	Lugar: Salón de cristal
-------------	--------------------------------

9:00 am – 10:30 am	<p><u>Conferencias</u></p> <p><u>Título:</u> Fisioterapia en los trastornos Cérvico-Cráneo-Témporo-Mandibulares. Ponente: MSc. Eduardo Castro Martín, Profesor del Departamento de Fisioterapia.</p> <p><u>Título:</u> Efectos de un programa de Terapia Ocupacional en mujeres post menopáusicas. Ponente: Dra. María Serrano Guzmán, Vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Salud.</p> <p><u>Título:</u> Evaluación y rehabilitación de las Apraxias de los miembros superiores en daño cerebral adquirido. Ponente: Dr. José Manuel Pérez Mármol, Profesor del Departamento de Fisioterapia.</p> <p><u>Título:</u> Terapia Ocupacional en patología neurodegenerativa. Ponente: Dra. Araceli Ortiz Rubio, Profesora del Departamento de Fisioterapia.</p>
10:30 am – 11:00 am	Receso – Café.
11:00 am – 2:00 pm	Presentación de Comunicaciones orales
11:00 am – 11:10 am	Programa de Maestría: “Actividad física y condición física saludable en el adulto mayor” Autores: Dr. C. Fernando Jesús Del Sol Santiago.
11:10 am – 11:20 am	Alteraciones del equilibrio en el adulto mayor activo, en círculos de abuelos. Cienfuegos. Autores: Lic. José González Jova, Lic. Jorge Luis Abreus Mora, Lic. Vivian Bárbara González Curbelo.
11:20 am – 11:30 am	Capacidad física equilibrio en adultos mayores, municipio Cienfuegos. Autores: Lic. Jorge Luis Abreus Mora, MSc. Vivian Bárbara González Curbelo, MSc. Ernesto Julio Bernal Valladares, Lic. Alexis Sebastián García Somodevilla.
11:30 am – 11:40 am	Discusión de trabajos.
11:40 am – 11:50 am	Intervención para aumentar el equilibrio y la marcha de personas adultas con Parkinson, Cienfuegos. Autores: Lic. Sonia Viviané Jiménez Carpi, Lic. Jorge Luis Abreus Mora, Lic. Vivian Bárbara González Curbelo.
11:50 am – 12:00 m	Velocidad de la marcha en adultos mayores activos, combinado deportivo 3, Cienfuegos. Autores: Lic. Francisco Tomas Barañano Martín, Lic. Jorge Luis Abreus Mora, Lic. Vivian Bárbara González Curbelo.

12:00 m – 12:10 pm	Envejecimiento activo: Tai Chi Chuan en espacios marinos de estados insulares: experiencias y nuevas proyecciones. Autores: Dr. C. Juan Eligio López García, MSc. Yoisell López Bestard, Dra. C. María C. Bestard González.
12:10 pm – 12:20 pm	Tai Chi Chuan: opción de práctica de actividad física para el envejecimiento activo. Propuesta investigativa. Autores: Dra. C. Ma. Caridad Bestard González, DrC. Juan Eligio López García, Lic. Juan Antonio Medina, MSc. Yoisell López Bestard.
12:20 pm – 12:30 pm	Discusión de trabajos.
12:30 pm – 12:40 pm	Evaluación de la condición física funcional y su relación con el equilibrio en adultos mayores. Autores: Dra. Yanín Fernández Rodríguez, Dra. Nirelys Valdés Hidalgo, DrC. Fernando del Sol Santiago.
12:40 pm – 12:50 pm	Evaluación de la condición física funcional y su relación con fuerza muscular en adultos mayores. Autores: Lic. Bárbara Rodríguez Guardiola, Dra. Yanín Fernández Rodríguez, Dra. Milaynis Figueredo Suárez, MSc. Carlos Dauval Borges.
12:50 pm – 1:00 pm	Evaluación de la condición física funcional de adultos mayores en el consejo popular “Palmira norte” Autores: MSc. Carlos de Jesús Dauval Borges, MSc. Orlando Chamorro Gutiérrez, Lic. Alejandro Padrón Mendoza
1:00 pm – 1:10 pm	Discusión de trabajos.

Salón No. 4

Moderadores:

Dra. Ana Teresa Fernández Vidal Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez

Presentación de Comunicaciones orales - Lugar: Salón de simulación	
11:00 am – 11:10 am	El cáncer de pulmón en mujeres, una epidemia mundial. Autores: Dra. Dayana Calzada Urquiola, Dra. Yanara Calzada Urquiola, Dra. Ana Lourdes Vazallo, Dra. Maylin Jiménez Abrahan, Dra. Yoana Herrera Leyva, Dra. Rafaela MayelinEspin Coto.

11:10 am – 11:20 am	Bases moleculares y factores de riesgo asociados con el cáncer cérvico uterino. Autores: MSc. Janet Villafuerte Reinante, MSc. Zuria Elisa Ayala Reina, Dr. Yoel Hernández Guerra, Dra. Ariadna Pérez Morales, MSc. José Ángel González Alonso MSc. Yisel Alonso Vila.
11:20 am – 11:30 am	Percepción de riesgos de enfermedades cancerígenas asociadas a los alimentos en Plaza Los Guajiros. Cienfuegos. 2017. Autores: Lic. Martha María Capote Padilla, Lic. Mey Ling Castillo Capote, MSc. Mey Ling Capote Padilla.
11:30 am – 11:40 am	Discusión de trabajos.
11:40 am – 11:50 am	La Toxocariosis y sus complicaciones en el ser humano. Autores: Lic. Antonia Yásmen Colina Fernández, MSc. Dargy Regla González Alonso, MSc. Mabel Collazo Díaz, MSc. Josefina I. Vázquez Martínez, MSc. Miladys Cedeño Borges, Lic. Bárbara Susana Rojas Rivero.
11:50 am – 12:00 m	Factores pronósticos de supervivencia en pacientes con cirrosis hepática al año del seguimiento en consulta. Autores: Dr. Manuel Castillo Frías, Dra. Greter Pérez Peña, Lic. Gretta Pérez Muñiz, Dra. Teresa Amparo Fonseca Fernández, Dra. Maribel Misas Menéndez.
12:00 m – 12:10 pm	Prevención de la extravasación de quimioterapia intravenosa. Autores: Dra. Dumeivy García Sánchez, Lic. María Eugenia Santacruz Leonard, Dr. Jan González Ramos.
12:10 pm – 12:20 pm	Discusión de trabajos.
12:20 pm – 12:30 pm	Los cambios demográficos, un reto para los sistemas públicos de suministro de sangre. Autores: Dr. Pedro Sánchez Frenes, Dra. Nereida Rojo Pérez, Dra. Sara Hernández Malpica, Dra. María de Jesús Sánchez Bouza, Dra. Norma Fernández Delgado, Dra. Elia N. Cabrera Álvarez.
12:30 pm – 12:40 pm	Calidad de vida Vs Mujer, Diabetes Mellitus y Cáncer. Autores: Dra. Gloria Isabel Lara Calderin, Dr. Eduardo Antonio Milian Lara, Dra. Marivel García Jiménez.
12:40 pm – 12:50 pm	La calidad de vida en pacientes diabéticos, tratados con Heberprot P. Autores: Dra. Gloria Isabel Lara Calderin, Dra. Ana Teresa Fernández Vidal, Dra. Anabel Geroy Fernández, Dra. Anay de la Caridad Núñez Herrera, Dr. Eduardo Antonio Milian Lara, Dra. Hilda Robaina Becerra.
12:50 pm – 1:00 pm	Discusión de trabajos.

1:00 pm – 1:10 pm	Resultados del Heberprot P en las úlceras de pie diabético en pacientes del policlínico Área IV. Autores: Lic. Grisel Mariela Mass Basulto, Lic. Eva Alonso Castillo, Lic. Alfredo Avalos Rivero.
1:10 pm – 1:20 pm	Estrategia didáctica para la formación continua de los docentes del Policlínico Área III. Autores: MSc. Yuleydi Alcaide Guardado, Dra. Yisel Alonso Vila, Dra. Janet Villafuerte Reinante.
1:20 pm – 1:30 pm	Utilización de las TIC en el mejoramiento del registro de captación de embarazadas. Autores: MSc. Clara Alina Moreno Soca, MSc. Alejandro Juan Díaz Cabrera, Dra. Aylin Labañino Betancourt, Ing. Andy Díaz Moreno, Lic. Alian Díaz Moreno, Lic. Rosmeylin Mirabal Moreno.
1:30 pm – 1:40 pm	Discusión de trabajos.
1:40 pm – 1:50 pm	Diseño de un programa de capacitación para la informatización de la dispensarización en la APS. Autores: MSc. Clara Alina Moreno Soca, Dra. C Irene E. Delgado Pérez, Dra. C María Josefina Vidal Ledo, MSc. Alejandro Juan Díaz Cabrera, Dra. Aylin Labañino Betancourt, Ing. Andy Díaz Moreno.
1:50 pm – 2:00 pm	La interdisciplinariedad para la formación docente del profesor universitario. Autores: Lic. MSc. Addys Teresita Stable Rodríguez, DrC. Gilberto Suárez Suárez, Ing. Orlando Manuel Stable Rodríguez, Lic. MSc. Lizgrace Llano Arana, Lic. MSc. Deise Matilde Girau Rodríguez, Lic. MSc. Rosa María Masot Rivero.
2:00 pm – 2:10 pm	Discusión de trabajos.

Salón No. 5

Moderadores:

Dra. Teresita de Jesús Barrio Pedraza Dra. Arasay Calzada Bandomo.

Presentación de Comunicaciones orales - Lugar: Salón de reuniones Decanato	
11:00 am – 11:10 am	Hiposalivación / xerostomía: retos Autores: Dr. Eduardo Enrique Castillo Betancourt, Dr. Jorge Yuniel Hernández Blanco, Dr. Eduardo Castillo Fernández.
11:10 am – 11:20 am	Hipoplasia del esmalte dentario. Autores: Dra. Rosa María Liriano García, Dra. Ana Belkys Hernández

	Millán.
11:20 am – 11:30 am	Características clínico-epidemiológicas del carcinoma espinocelular de la cavidad oral. Cienfuegos. Autores: Dr. Alain Soto Ugalde, Dr. Bienvenido Mesa Reinaldo, Dr. Julio Romero Rodríguez.
11:30 am – 11:40 am	Discusión de trabajos.
11:40 am – 11:50 am	Artrocentesis en pacientes con disfunción de la articulación temporomandibular. Servicio de cirugía maxilofacial. Cienfuegos 2015 – 2017. Autores: Dr. José Daniel Gil Milá, Dr. Julio Romero Rodríguez.
11:50 am – 12:00 m	Termoterapia postquirúrgica en cirugía oral. Cienfuegos 2015 - 2016. Autores: Dr. Ramón Ahmed Pérez García, MSc Dr. Blas Jorge González Manso, Lic. Nicolás Ramón Cruz Pérez.
12:00 m – 12:10 pm	Lesiones periodontales en pacientes con invasión del espacio biológico. Autores: Dra. Yenny Brito Losada, MSc. Dra. Arasay Calzada Bandomo.
12:10 pm – 12:20 pm	Discusión de trabajos.
12:20 pm – 12:30 pm	Estado Periodontal en un grupo de embarazadas. Palacio de la maternidad Cienfuegos 2017. Autores: Dra. Lourdes Ochoa Jiménez, Dra. Maite del Carmen Fernández Fernández, Lic. Yanelis Araña Hernández, Dra. Marisel Ochoa Jiménez.
12:30 pm – 12:40 pm	Programa Educativo “Salud bucodental en preescolares” dirigido a educadoras del círculo Infantil. Autores: MSc. Nancy Díaz Canedo, Dra. Maryanis Dago Toledo
12:40 pm – 12:50 pm	Discusión de trabajos.
12:50 pm – 1:00 pm	Estética dental, a propósito de un caso. Autores: Est. Rachel Mojena Biset, Est. Amanda Hernández Figueroa, Est. Grethel Torres Leiva, Est. Luis Ángel Caballero Legarda.
1:00 pm – 1:10 pm	Estética dental en restauraciones del sector posterior de la cavidad bucal. Autores: Est. Beatriz María Borrell Fuster, MSc. Dra. Ana Belkys Hernández Millán, MSc. Lic. Beatriz María Fuster Cabrera, MSc. Dra. Emma Gil Ojeda, MSc. Dra. Nora Sexto Delgado, Est. Luis Miguel Coto Valladares.

1:10 pm – 1:20 pm	Percepción de la estética facial en la población que acude a los servicios estomatológicos, área I Cienfuegos. Autores: Est. Beatriz María Borrell Fuster, DrC. Víctor René Navarro Machado, MSc. Dra. Ana Belkys Hernández Millán, MSc. Dra. Emma Gil Ojeda, MSc. Lic. Beatriz María Fuster Cabrera.
1:20 pm – 1:30 pm	Reconstrucción del pabellón auricular en pacientes que acuden a Cuerpo de Guardia. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos. Autores: Est. Lorena Treto Rodríguez, Est. Liliam Peña González, DrC. Bernardo Canto Vidal.
1:30 pm – 1:40 pm	Discusión de los trabajos.

Salón No. 6

Moderadores:

Dra. Emma Gil Ojeda

Dra. Ana Belkys Hernández Millán

Presentación de Comunicaciones orales - Lugar: Biblioteca	
11:00 am – 11:10 am	Cambios que ocurren en los tejidos periodontales después de la muerte. Autores: Est. Eliane Lisca Ruiz, Est. Carolyn Castillo Fernández, Est. Eliany Molina Herrera, Dra. Ana Belkys Hernández Millán.
11:10 am – 11:20 am	Fisiopatogenia del Carcinoma Epidermoide Bucal: Factores que inciden en su aparición. Autores: Est. Carla María García San Juan, Est. Carlos Moisés Méndez Castellanos, Dra. MSc. Magalys Salas Rodríguez, Dr. José Daniel Gil Milá.
11:20 am – 11:30 am	La influencia de la obesidad y la Diabetes Mellitus en la etiopatogenia de las enfermedades periodontales. Autores: Est. Carla María García San Juan, Est. Wendy Gamio Pruna, Dra. Maricel F. Castellanos González.
11:30 am – 11:40 am	Discusión de los trabajos.

11:40 am – 11:50 am	La acupuntura en el tratamiento estomatológico de pacientes geriátricos. Autores: Est. Luis Ángel Caballero Legarda, Est. Geidy Moya Alonso, Est. Lilianny Romeo Seijas, Dra. Ana Belkys Hernández Millán.
11:50 am – 12:00 m	El miedo al estomatólogo, una barrera para el mantenimiento de la salud bucodental. Autores: Est. Yulena Hernández Sarduy, Est. Liuba Rosa Vera Núñez, Est. Alejandro Fernández Sosa, Est. Rosangela González de la Rosa, Est. Yudith Martínez García.
12:00 m – 12:10 pm	Dominancia cerebral. Relación con la inteligencia y creatividad en estudiantes de la carrera de Estomatología. Autores: Est. Miguel Damián Pérez, Dra. Ana Belkys Hernández Millán, Dra. Anay de la Caridad Núñez Herrera, Est. Luis Ángel Caballero Legarda, Lic. Zenia Lisette Hernández Millán, Dr. Diosky Ferrer Vilches.
12:10 pm – 12:20 pm	Discusión de los trabajos.
12:20 pm – 12:30 pm	Propuesta de un programa educativo para proporcionar conocimientos sobre cepillado dental en escolares de enseñanza primaria. Autores: Est. Luis Ángel Caballero Legarda, Dra. Yudith Martínez García, Dra. Ana Belkys Hernández Millán, Est. Geidy Moya Alonso, Est. Lilianny Romeo Seijas, Est. Sulaini Sosa Suarez.
12:30 pm – 12:40 pm	Afecciones orofaringe provocadas por el virus del papiloma humano. Autores: Est. Liuba Rosa Vera Núñez, Dr. Alejandro Fernández Sosa, Dra. Caridad Socorro Castro, Dra. Yudith Martínez García.
12:40 pm – 12:50 pm	Consideraciones terapéuticas de la discromía asociada a calcificaciones pulpaes, a propósito de un caso. Autores: Est. Isadelis Martínez Mesa, Est. Ela Martha Hernández Pérez de Prado, Dra. Yolanda Montes de Oca Montalvo.
12:50 pm – 1:00 pm	Discusión de los trabajos.
1:00 pm – 1:10 pm	Proporciones áuricas en el análisis morfológico facial. Autores: Est. Carolyn Castillo Fernández, Dr. Eduardo E. Castillo Betancourt, Est. Eliany Molina Herrera.
1:10 pm – 1:20 pm	Imagenología en la Estomatología. Aplicaciones y efectos nocivos de los Rayos X. Autores: Est. Sharon González Otero, MSc. Dra. Ana Belkys Hernández Millán, Dra. Elena Otero Salabarría, Lic. Miriam Cristina Castellanos Castillo, Lic. Lazara García Domínguez, Est. Miguel Damián Pérez Morales.

1:20 pm – 1:30 pm	Efectos fisiopatológicos del tabaquismo en la etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal. Autores: Est. Carlos Moisés Méndez Castellanos, Dra. Maricel Castellanos González, Est. Carla María García San Juan.
1:30 pm – 1:40 pm	Lesión endoperiodontal y tratamiento integrado para regeneración ósea. Presentación de un caso. Autores: Est. Lisamary López Ortega, Est. Arlette Fernández Valero, Dra. Gismercy Bermúdez Ferrer, Dr. Pedro José Muñoz Sánchez.
1:40 pm – 1:50 pm	Discusión de los trabajos.
1:50 pm – 2:00 pm	Rehabilitación protésica en un paciente bruxópata. Presentación de un caso. Autores: Est. Lisamary López Ortega, Est. Arlette Fernández Valero, Est. Dianamarys Valladares Urquiza, Dra. Lilliam Morales Rosell.
2:00 pm – 2:10 pm	Cambio de coloración en el diente y su tratamiento. Autores: Est. Dianela Zamora López, Est. Víctor Manuel Becerra Vega.
2:10 pm – 2:20 pm	Relación de los hábitos deformantes de la oclusión dentaria y los desórdenes emocionales. Autor: Est. Perla Margarita Pacheco Morffi.
2:20 pm – 2:30 pm	Discusión de los trabajos.

Salón No. 7

Moderadores:

Dra. Mabel Rocha Vázquez

Dra. Lizette Rodríguez Fernández

Presentación de Comunicaciones orales - Lugar: Laboratorio de Enfermería	
11:00 am – 11:10 am	Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión Arterial del área # 2. Cienfuegos 2017. Autores: Est. Marian Amanda Vázquez Núñez, Est. Erika Solange Ruíz Domínguez, Est. Amanda Rodríguez Chaviano, Lic. Ahmed José Pomares Avalos.
11:10 am – 11:20 am	Conocimientos y prácticas vinculados a sustancias que mejoran el rendimiento físico en gimnasios. Cienfuegos 2017. Autores: Est. José Carlos Villazón Curbelo, Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez, Dra. Maira Quirós Enríquez.

11:20 am – 11:30 am	Medio de enseñanza: “Mostrando el camino”. Autores: Est. Mary Trini Salas Atiés, MSc. Trinidad Aties Caballero, Dra. C. María Felicia Casanova González, MSc. Sandra Williams Serrano, Lic. Raúl Jesús Rosales González.
11:30 am – 11:40 am	Asistente: un procesador de datos para la confección del Análisis de la Situación de Salud. Autores: Est. Vladimir Calderón Méndez, Est. María Isabel Aragón Vargas, Est. Tuan Anh Le Ngoc , Dra. María Lina Valdés Gómez, Dra. Hilda María Delgado Acosta.
11:40 am – 11:50 am	Discusión de los trabajos.
11:50 am – 12:00 m	Mirada de género en pacientes ingresados en la Sala 11A por hipertensión arterial. Enero. 2018. Autores: Est. Ernesto López Cabrera, Est. Anaily Puerto Becerra, Est. Anabelén del Sol Fernández, Dra.C. Laura Magda López Angulo, MSc. Yolanda Cabrera Macías, Ing. Ernesto López González.
12:00 m – 12:10 pm	Influencia del género sobre la percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarias. Autores: Est. Cinthya Santana Mur, Dra. C. Norma Mur Villar, Dra. C. María J Aguilar Cordero, Est. Evelyn Betancourt Ricardo, Dra. Marta Avilés Martínez.
12:10 pm – 12:20 pm	Hernia diafragmática traumática complicada. Autores: Est. Amanda Rodríguez Chaviano, Est. Marian Amanda Vázquez Núñez, Est. Erika Solange Ruíz Domínguez, Dr. Mayquel Monzón Rodríguez.
12:20 pm – 12:30 pm	Insuficiencia suprarrenal autoinmune. A propósito de un caso. Autores: Est. Osvaldo Rodríguez Morales, Dr. Samuel Sánchez Sánchez
12:30 pm – 12:40 pm	Discusión de los trabajos.
12:40 pm – 12:50 pm	Glaucoma, el ladrón silencioso. Autores: Est. Elizabeth García Gómez, Est. Mariangel Bernal Rojas, MSc. Lic. Héctor Cabrera Herrera.
12:50 pm – 1:00 pm	Caracterización de los pacientes diagnosticados con astigmatismo. Área II. Septiembre - diciembre 2016. Cienfuegos. Autores: Est. Leslie B Hernández González, Est. Ylenia C García Sánchez, Est. Aymee Ruiz Aday, Lic. Daynisett Molina Curbelo
1:00 pm – 1:10 pm	Manejo del dolor en los niños y niñas. Autores: Est. Dayana González González, Est. José Alejandro Pérez Bernal, Est. Meury Regla Morales Carderín, Est. Arlen Lorenzo Rodríguez, Est. Omar González Antelo, MSc. Jayce Díaz Díaz.
1:10 pm – 1:20 pm	Embarazo en la adolescencia. Sus consecuencias. Autores: Est. Amanda de la Caridad Guillemí Avalos, Est. Sheila María Estenoz Hernández, Est. Anayen Rodríguez Pérez, MSc. Lic.

	Yanet Rojas Rodríguez
1:20 pm – 1:30 pm	Discusión de los trabajos.
1:30 pm – 1:40 pm	Aplicación de Medicina natural y Tradicional en el adulto mayor. Cienfuegos 2017. Autores: Est. Aitana González Padrón, Est. Roxana Padrón Rodríguez, Est. Nisleya Fátima Martínez Mejías, MSc. Lic. Vladimir Barcos Díaz.
1:40 pm – 1:50 pm	Pilares terapéuticos de la insuficiencia cardiaca. Autores: Est. Anabel María Pérez Armas
1:50 pm – 2:00 pm	Caracterización del infarto agudo del miocardio en la unidad de cuidados intensivos emergentes. Cienfuegos 2016 – 2017. Autores: Est. Leissay María Bordón González.
2:00 pm – 2:10 pm	Discusión de los trabajos.

Presentación de Poster

Moderadores:

MSc. Lic. Yanet Blanco Fleites Lic. Ahmed José Pomares Avalos

Presentación de los Poster No. 51 hasta el No. 101 (Horario de 11:00 am a 2:20 pm)	
51.	La interrupción voluntaria del embarazo: una visión desde las religiones monoteístas. Autores: Elisabet Fernández Gómez, María Angustias Sánchez Ojeda, Elena Caro Morán, María del Mar Alfaya Góngora, Marta Linares Manrique, Silvia Navarro Prado.
52.	Implicación de la enfermedad periodontal en las complicaciones del embarazo. Revisión Sistemática. Autores: María José Aguilar Cordero, Tania Rivero Blanco, Ximena Alejandra León Ríos, Raquel Rodríguez Blanque, Antonio Manuel Sánchez López, José Antonio Gil Montoya.
53.	Administración de probióticos durante la gestación y su influencia en el recién nacido. Autores: María José Aguilar Cordero, Raquel Rodríguez Blanque, José María Martínez Guzmán, María Dolores Moraleda Hurtado, Ximena Alejandra León Ríos, Agustín Lasserrot Cuadro.

54.	<p>Actividad física durante la gestación y su influencia en la prevención de la Depresión Posparto. (SWEP study)</p> <p>Autores: María José Aguilar Cordero, Raquel Rodríguez Blanque, Juan Carlos Sánchez García, Antonio Manuel Sánchez López, María José Menor Rodríguez, Norma Mur Villar.</p>
55.	<p>Asociación de la actividad física y sedentarismo durante gestación temprana con los resultados ligados al parto. Proyecto GESTAFIT.</p> <p>Autores: Laura Baena García, Luarada Tejada Domingo, Marta de la Flor Alemany, Lara Crespo Antolín, Nuria Marín Jiménez, Virginia Arianna Aparicio Molina.</p>
56.	<p>Validación del Cuestionario de Preocupaciones Prenatales Revisado (NuPDQ) en mujeres embarazadas españolas.</p> <p>Autores: Borja Romero González, Rafael A. Caparros González, Justa María López Castillo, M. Ángeles García León, M. Isabel Peralta Ramírez.</p>
57.	<p>Método SWEP y calidad de vida en gestantes.</p> <p>Autores: Juan Carlos Sánchez García, María Luisa Rodríguez Doncel, Cristina Megías Patón, Julio Latorre García, María Mercedes Rizo Baeza, Enrique Hermoso Rodríguez.</p>
58.	<p>Evaluación antropométrica en un grupo de embarazadas de Granada, España.</p> <p>Autores: Silvia Sánchez Hernández, María del Carmen Razola Díaz, Adelaida Esteban Muñoz, José Ángel Rufián Henares, Rafael Giménez Martínez, Manuel Olalla Herrera.</p>
59.	<p>La influencia del Método Pilates en mujeres embarazadas.</p> <p>Autores: Silvia Becerra Jurado, Reina Granados de Haro, Nora Suleiman Martos.</p>
60.	<p>Kinesio Taping como herramienta en la mejora del dolor lumbar crónico en embarazadas.</p> <p>Autores: Antonio Casas Barragán, Sonia Toledano Moreno, Rosa María Tapia Haro, Santiago Navarro Ledesma, Isabel Almagro Céspedes, María Encarnación Aguilar Ferrándiz.</p>
61.	<p>Elección de anestesia epidural según identidad cultural y su relación con la instrumentalización del parto. Autores: Silvia Navarro Prado, Elisabet Fernández Gómez, Elena Caro Morán, María del Mar Alfaya Góngora, María Angustias Sánchez Ojeda.</p>
62.	<p>Relación entre la resiliencia durante el embarazo y la depresión postparto y niveles de cortisol.</p> <p>Autores: María Ángeles García León, Borja Romero González, Rafael Caparrós González, Raquel González Pérez, María Isabel Peralta Ramírez.</p>
63.	<p>Estrés postraumático tras el parto usando la Escala City-BITS en España.</p> <p>Autores: Rafael A. Caparros González, Borja Romero González, María Ángeles García León, Pablo Luis Martín Tortosa, María Isabel Peralta Ramírez.</p>

64.	Riesgo de depresión postnatal en el puerperio. Autores: Gabriel Aguilera Manrique, Lorena Gutiérrez Puertas, Verónica Victoria Márquez Hernández, Vanesa Gutiérrez Puertas, Antonio López Gutiérrez, Dolores Gutiérrez Puertas.
65.	Determinantes sociales y bajo peso al nacer en estratos definidos. Municipio Abreus 2012 - 2014. Autores: Dra. Esther Yarinely Hernández Diéguez, Dra. Hilda María Delgado Acosta, Dr. Julio Cesar Díaz Marrero.
66.	Evolución de la lactancia materna en la historia reciente. Autores: Ana Huertas Tomás, Ana María Núñez Negrillo, María Ángeles Nogueras Morillas.
67.	Beneficios de la lactancia materna contra el desarrollo de enfermedades atópicas. Autores: Elvira De Luna Bertos, Laura Vázquez Avecilla, Rebeca Illescas Montes, María José Montes González.
68.	Administración de probióticos y mastitis. Autores: Ana M ^a Núñez Negrillo, Agustín Ramón Lasserrot Cuadrado, María Pinto Gallardo, Isabel María Guisado Requena, M ^a Luisa Rodríguez Doncel, Rafael Guisado Barrilao.
69.	Caracterización de la morbilidad por cáncer de mama. Municipio Cienfuegos. 2007 – 2013 Autores: Dra. Tamara Montenegro Calderón, Dra. Virgen Yasmín Martínez Navarro, Dra. María Lina Valdés Gómez.
70.	Inducción miofascial como tratamiento de la mecanosensibilidad neural en supervivientes de cáncer de mama. Autores: Eduardo Castro Martín, Noelia Galiano Castillo, Lucía Ortiz Comino, Andrzej Pilat, Alexander Achalandabaso Ochoa, Carolina Fernández Lao.
71.	Prevalencia del desempeño Ocupacional en mujeres supervivientes de cáncer de mama: estudio piloto. Autores: Mario Lozano Lozano, Elisa Paula Postigo Martin, Mayra Cruz Fernández, Lydia Martin Martin, Irene Cantarero Villanueva, Manuel Arroyo Morales.
72.	Valoración de la autoestima de mujeres con cáncer de mama. Autores: Gabriel Aguilera Manrique, Lorena Gutiérrez Puertas, Verónica Victoria Márquez Hernández, Vanesa Gutiérrez Puertas, Dolores Gutiérrez Puertas, Antonio López Gutiérrez.
73.	Nivel de actividad física en supervivientes frágiles de cáncer. Autores: Mayra Cruz Fernández, Mario Lozano Lozano, Elisa Paula Postigo Martín, Noelia Galiano Castillo, Manuel Arroyo Morales, Irene Cantarero Villanueva.
74.	Vigilancia de Arbovirosis en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos. Febrero - marzo 2016 Autores: Dr. Delfín Rodríguez Buergo, Dra. Hilda María Delgado Acosta, Dr. Alain Morejón Giraldoni.

75.	Caracterización de la enfermedad por virus Zika. Cienfuegos 2016 – 2017. Autores: Dra. Hilda María Delgado Acosta, Lic. Sonia Monteagudo Díaz.
76.	Un programa para disminuir los efectos de la hospitalización en pacientes con neumonía. Autores: María Granados Santiago, Irene Torres Sánchez, Laura López López, Janet Rodríguez Torres, Isabel López Torres, María del Mar Lucena Aguilera.
77.	Repercusión de la resección pulmonar en miembros superiores. Autores: María del Mar Lucena Aguilera, María Granados Santiago, María Paz Auxiliadora Moreno Ramírez, María José Ariza Mateos, Isabel López Torres, Jesús Casilda López.
78.	Calidad de la atención médica de pacientes con hipertensión arterial en el área I de Cienfuegos 2015. Autores: Dra. Yaniela Sarmiento Albelo, Dra. Hilda María Delgado Acosta.
79.	Influencia del lugar de residencia y el sexo en la ingesta alimentaria y adherencia a dieta mediterránea en población adulta española con síndrome metabólico. Autores: Naomí Cano Ibáñez, Laura García Molina, Blanca Riquelme Gallego, Aurora Bueno Cavanillas.
80.	Condición física y composición corporal de sujetos sanos de la provincia de Granada. Autores: Elisa Paula Postigo Martín, Mayra Cruz Fernández, Francisco Álvarez Salvago, Irene Cantarero Villanueva, Noelia Galiano Castillo, Manuel Arroyo Morales.
81.	Capacidad antioxidante y compuestos fenólicos totales en diferentes café verde y tostado. Autores: Adelaida Esteban Muñoz, Sergio Pérez Burillo, Silvia Sánchez Hernández, José Ángel Rufián Henares, Rafael Giménez Martínez, Manuel Olalla Herrera.
82.	Cirugía Bariátrica por Obesidad Mórbida en una adolescente. Autores: Jessica Noack Segovia, Cristina Levet Hernández, Manuela Expósito Ruiz, Norma Mur Villar, Javiera Inzunza Noack, Joaquín Castillo Iturra.
83.	Programa de actividad física en un paciente intervenido de cirugía Bariátrica. Autores: Jessica Noack Segovia, Cristina Levet Hernández, Julio Latorre García, María José Menor, Javiera Inzunza Noack, Joaquín Castillo Iturra.
84.	Salud ósea y composición corporal en adultos jóvenes: influencia del índice inflamatorio de la dieta. Autores: Ángel Fernández Aparicio, María Correa Rodríguez, Blanca Rueda Medina, Jorge Enrique Correa Bautista, Robinson Ramírez Vélez, Emilio González Jiménez.
85.	Medidas reguladoras sobre los niveles de referencia de reducción de acrilamida en los alimentos. Autores: Rosa María Blanca Herrera, Cristina Samaniego Sánchez, José Javier Quesada Granados.

86.	Hipersensibilidad muscular y dolor de origen miofascial en supervivientes de cáncer de cabeza y cuello. Autores: Lucía Ortiz Comino, Lydia Martín Martín, Eduardo Castro Martín, Pilar Galván Banqueri, Mario Lozano Lozano, Carolina Fernández Lao.
87.	Disfunción témporo - mandibular y dolor cervical en supervivientes de cáncer de cabeza y cuello. Autores: Lucía Ortiz Comino, Sandra Cubillas Soto, Rosa María Cortés Díaz, Lydia Martín Martín, Eduardo Castro Martín, Carolina Fernández Lao.
88.	Temperatura, dolor y umbrales de dolor a la presión en el fenómeno de Raynaud. Autores: Rosa María Tapia Haro, Antonio Casas Barragán, Sonia Toledano Moreno, José Manuel Pérez Mármol, Mari Carmen García Ríos, María Encarnación Aguilar Ferrándiz.
89.	Relación entre el espacio coracohumeral y grosor del bíceps en pacientes con dolor de hombro. Autores: Santiago Navarro Ledesma, Rosa María Tapia Haro, María Del Carmen García Ríos, José Manuel Pérez Mármol, María Encarnación Aguilar Ferrándiz, Alejandro Luque Suárez.
90.	Eficacia de una intervención multidisciplinar basada en un enfoque biopsicosocial en dolor cervical crónico. Autores: María José Ariza Mateos, María de la Paz Auxiliadora Moreno Ramírez, María del Mar Lucena Aguilera, Isabel López Torres, Ángela Benítez Feliponi, Marie Carmen Valenza.
91.	Eficacia inmediata del vendaje neuromuscular en personas mayores. Autores: Araceli Ortiz Rubio, Irene Cabrera Martos, Irene Torres Sánchez, Laura López López, Jesús Casilda López, Carmen Valenza.
92.	Esfuerzo percibido tras ejercicio incremental en pacientes con Esclerosis Múltiple: estudio piloto. Autores: Araceli Ortiz Rubio, Irene Cabrera Martos, Ramón Romero Fernández, M ^a José Ariza Mateos, Janet Rodríguez Torres, Laura López López.
93.	Eficacia de un programa de Roller autoadministrado en jugadoras de fútbol. Autores: Ramón Romero Fernández, Jesús Casilda López, Irene Torres Sánchez, Irene Cabrera Martos, Gerald Valenza Demet, Marie Carmen Valenza.
94.	Obesidad y osteoporosis en pacientes en Hemodiálisis. Necesidad de un programa de Actividad Física. Autores: Ruth Fernández Gallegos, Eva María Morales Martín, Marta Fernández Martín, Rafael Fernández Castillo.
95.	Grado de apraxia y discapacidad del miembro superior sobre la funcionalidad en el cuidado personal. Autores: Sonia Toledano Moreno, Santiago Navarro Ledesma, Antonio Casas Barragán, M ^a Carmen García Ríos, Laura Cerón Lorente.

96.	Factores que influyen en la funcionalidad de los pacientes tras cirugía por fractura de cadera. Autores: Mariana Ortiz Piña, Susana Salazar Graván, Zeus Salas Fariña, Marta Mora Traverso, Rafael Prieto Moreno, Patrocinio Ariza Vega.
97.	Factores que influyen en la estancia hospitalaria tras cirugía por fractura de cadera. Autores: Mariana Ortiz Piña, Marta Mora Traverso, Susana Salazar Graván, Zeus Salas Fariña, Rafael Prieto Moreno, Patrocinio Ariza Vega.
98.	Fractura de cadera y lugar de residencia al alta hospitalaria. Autores: Patrocinio Ariza Vega, Mariana Ortiz Piña, Rafael Prieto Moreno, Zeus Salas Fariña, Susana Salazar Graván, Marta Mora Traverso.
99.	Caracterización de la mortalidad de la población mayor de 15 años del municipio de Cruces. 2013 – 2015. Autores: Dra. Sara Hernández Malpica, Dra. Yaneysi Mora Águila, Lic. Juan Rafael Zerquera Rodríguez, Dra. María Lina Valdés Gómez, MSc. Leyaní Graciela Díaz Hernández.
100.	Caracterización de la mortalidad en la provincia Cienfuegos, 2013 - 2015. Autores: Dra. Ling Denisse Santeiro Pérez, Dra. María Lina Valdés Gómez, DrC. José Aurelio Díaz Quiñones, Dr. Julio César Díaz Marrero, Dra. Leticia Castro Morejón.
101.	Intervención educativa sobre sexualidad en adolescentes de un consultorio médico. Autores: Dra. Amarilis Martínez Guerra, Est. Beatriz Castellanos Martínez, Lic. Zenia Tamara Sánchez García, Lic. Esther Hernández Pérez, Lic. Marianela Fonseca Fernández, Lic. Jayce Díaz Díaz.

Presentación de E - Poster

Moderadores:

Lic. Daynisett Molina Curbelo Lic. Liliana Cabrera Del Sol

Presentación de los E - Poster No. 51 hasta el No. 106 (Horario de 1:00 pm a 2:20 pm)	
51.	Caracterización de las gestantes que tuvieron recién nacidos con Apgar bajo en Cienfuegos” Autores: Dr. Lisan Iglesias Cruz, Lic. MSc. Ana Esther Rivero del Sol, Dra. Zoraida Montero Padrón, Dra. Yaneris Vega Romero; Dra. Belkis Pérez Hernández, Dra. Maylín Jiménez Delgado.
52.	Caracterización clínico epidemiológica de la reproducción en mujeres de 35 años y más. Cienfuegos 2016. Autores: Dr. Lisan Iglesias Cruz, Dra. Elizabeth Suárez Castillo, Lic. MSc. Ana Esther Rivero del Sol, Dra. Zoraida Montero Padrón, Dra. Yaneris Vega

	Romero, Dra. Belkis Pérez Hernández, Dra. Aymara Rodríguez Márquez.
53.	Resultados perinatales en las gestantes embarazadas diagnosticadas por glicemia en ayunas alteradas. Cienfuegos. 2011 - 2012. Autores: Dra. Yaneris Vega Romero, Dr. Lisan Iglesias Cruz, Dr. Cristóbal Torres González, Lic. MSc. Ana Esther Rivero del Sol, Dra. Zoraida Montero Padrón.
54.	Caracterización clínica de las gestantes adolescentes y su repercusión materna perinatal. Cienfuegos. 2014 – 2015. Autores: Dr. Yoan Hernández Cabrera, Dra. Mileidys Hernández Díaz, Dra. Marioly Ruiz Hernández, Dr. Lisan Iglesias Cruz, Dr. Jorge Luis Diaz Puebla.
55.	Repercusión del embarazo en la adolescencia en las familias y funcionamiento familiar. Área VII. 2016 – 2017 Autores: Dra. Julia Megrís Hernández Mompíe, Dra. Vivian Lima Navarro, Dra. Sandy Marcela Obando Jerez, Lic. Miriam González García.
56.	Guía de intervención de enfermería para el manejo de la cesárea de urgencia. Autores: Lic. MSc. Daimy Rodríguez Díaz, Lic. MSc. Zenia T. Sánchez García, Lic. Ricardo Ramos Estrada, Lic. Rosania Enríquez Rodríguez, Lic. MSc. Jayce Díaz Díaz, Dra. MSc. Amarilis Martínez Guerra.
57.	Factores relacionados con el abandono de lactancia materna en paridas. Área VIII. Cienfuegos 2016 - 2017. Autores: MSc. Miriam de Carmen Martin Ojeda, MSc. Maritza Fundora González, MSc. María Isabel Ledesma Ferrer, MSc. María Julia Placeres Hernández, Lic. Mary Lidia Soriano Najarro, Lic. Juan Carlos Penot Seijos.
58.	Comportamiento de las malformaciones congénitas cardiovasculares en la provincia Cienfuegos. 2008 – 2013 Autores: Dra. Maylé Santos Solís, Dra. Vivian Rosa Vázquez Martínez, Est. Daniela Beatriz Aguiar Santos.
59.	Diagnóstico de mielomeningocele en un feto mediante resonancia magnética de bajo campo. Presentación de un caso. Autores: Lic. Félix González Pérez, Dra. Yarely Águila Hernández, Lic. Víctor Jesús Ibáñez Palacio, Lic. Lázaro Jiménez Hernández, Lic. Yunion Artiles Rodríguez, Lic. Yamany Rodríguez Ponce.
60.	Nivel de satisfacción en embarazadas atendidas en el puesto de salud las brisas. Mataquescuintla. Jalapa. Autores: MSc. Lic. Yamirka González Puerto, Lic. Milagros López Frank, MSc. Lic. Jayce Díaz Díaz, MSc. Zenia Tamara Sánchez García, Lic. Esther Hernández Pérez.

61.	Instrumento de evaluación del desempeño de las licenciadas en Enfermería. Programa materno infantil. Jalapa. 2016 MSc. Lic. Yamirka González Puerto, Lic. Milagros López Frank, MSc. Lic. Jayce Díaz Díaz, MSc. Zenia Tamara Sánchez García, Lic. Esther Hernández Pérez.
62.	Caracterización de pacientes pediátricos con Intoxicaciones exógenas. Cienfuegos 2017. Autores: Dra. Lietter Aguilar Jure, Est. Camila Molina Jure, Dra. Viviana García Escudero.
63.	Intento suicida en adolescentes femeninas del municipio de Abreus. 2018. Autores: Dra. Yanara Calzada Urquiola, Dra. Marioly Ruiz Hernández, Dr. Mario Alzuri Falcato, Dra. Niusha Hernández Muñoz, Dra. Yenisleidys González Rivero, Dra. Yurisandra Vidal Escalona.
64.	Metodología para la desrotación interfragmentaria en la fractura supracondilea de codo en el niño. Autores: Dr. José Julio Requeiro Molina, Dra. Ana María Machado Consuegra, Dra. Juana María Morejón Fernández, Dr. Ovidio Paz Urrechaga, Dr. Pedro Conde Bermúdez.
65.	Cándida tropicalis a propósito de un caso. Autores: Dra. Marta María Montes de Oca Rivero, Dr. Edwin Pérez Pintado, Dra. María Odelmis Urdanivia Cruz, Lic. Nancy Rodríguez.
66.	Síndrome de Prader Willi. Presentación de un caso. Autores: Dra. Alina González Hermida, Dra. Mileidy Portal Amador, Est. Beatriz Santos González, Est. Lianarminda Riquelme González, Est. Leslie Rosa Espín González, Est. Oristel Hernández González.
67.	Aprendiendo más, podrás comprender mejor lo que sucede en la vida de tu hijo. Autores: Lic. Liliana Cabrera Del Sol, Lic. Lisandra Sánchez Peñalver, Lic. Yadiris Cabrera Chao, Est. Francisco Javier Rodríguez Molina, Adalberto Durán Figueroa.
68.	Ingestión de bebidas alcohólicas en adolescentes. Una visión desde la Atención Primaria de Salud. Autores: Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez, Dra. Dayana Palmero Ortega, MSc. Jorge Calixto Borrell Zayas, Dra. Yoilé A. Valdés Garrido, Est. José Carlos Villazón Curbelo., Est. Isnel Vargas Batista.
69.	Comportamiento del consumo de alcohol en adolescentes centrado en el sistema de género. Autores: Dra. Anabel Geroy Fernández, Dra. Ana Teresa Fernández Vidal, Dra. Anay De La Caridad Núñez Herrera, Dra. Galia Ibis Pérez Rumbaut, Dra. Laura Naranjo Hernández, Dra. Yanet Villafuerte Reinante.
70.	Alimentación, nutrición y obesidad infantil: tres aspectos importantes para la antropología cubana. Estudio de caso. Autores: Lic. Lisandra Peña Gómez, Lic. Ernesto Eramis Jacomino López, Lic. Arianna Carreño Nieblas.

71.	Club Martiano “De la mano de Martí aprendo a cuidar mi salud” Autores: MSc Dulce Milagros Niebla Delgado, Dra. Vanessa Vázquez Sánchez, Lic. Lisandra Peña Gómez, Lic. Ernesto Eramis Jacomino López, Lic. Arianna Carreño Nieblas.
72.	Tamizaje nutricional en niños menores de 2 años a su ingreso. Hospital Pediátrico de Cienfuegos. Autores: Dra. MSc. Elsy Roxana Geroy Moya, Dra. Claudia Águila Abreu, Dra. MSc. María Elena, Quiñones Hernández, Dra. Maria Dolores García Suárez, Dra. C María Felicia Casanova González.
73.	Autoexamen de mama. Intervención educativa para modificar conocimientos. Área II. Cienfuegos. 2017 Autores: Dra. Lianet Pérez Rodríguez, Dra. Grissel Utrera Díaz.
74.	Pesquisaje clínico epidemiológico de afecciones mamarias en un consultorio médico. Policlínico Área II. Cienfuegos 2017. Autores: Dra. Grissel Utrera Díaz, Dr. Pedro Toledo Yanes, Lic. Roxana Ramírez Valero.
75.	Caracterización clínico epidemiológica del cáncer de mama en féminas del policlínico Área II. Cienfuegos 2016. Autores: Dra. Grissel Utrera Díaz, Dra. Lianet Pérez Rodríguez, Dr. Pedro Toledo Yanes.
76.	Caracterización clínico epidemiológica de los pacientes diagnosticados de cáncer en el Área V. 2011 – 2015. Autores: Lic. Miriam Costa Cruz, Dra. Indiana Norelys Ferrer Díaz, Dra. Belkis M. Vicente Sánchez, Dra. Alina Esther González Hermida, Dr. Pavel Noa Rodríguez, Dra. Rosa María Acosta Rodríguez.
77.	Intervención educativa en la comunidad para la prevención precoz del cáncer cérvico uterino. Cienfuegos 2017. Autores: Lic. MSc. Yanet Rojas Rodríguez, Lic. MSc. Deise Girau Rodríguez, Lic. MSc. Claribel Domínguez Rojas, Lic. MSc. Nélide Sosa Botana, Lic. MSc. Vivian de los Ángeles Rodríguez Capote, Lic. MSc. Loreta Sánchez Ortiz.
78.	Productos biotecnológicos en cáncer de pulmón de células no pequeñas, estadios IIIB y IV. Autores: MSc. Lic. Diana Rosa Fernández Ruiz, MSc. Lic. Olga Lidia Cuevas Pérez, MSc. Yuleidis García Rodríguez, Dra. Ada Suárez Rodríguez, Dra. Maira Quiros Enríquez, Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez.

79.	Primeras causas de mortalidad desde un enfoque de género. Provincia Cienfuegos Año 2013 – 2014 Autores: Dra. Ling Denisse Santeiro Pérez, Dra. Sara Hernández Malpica, Dra. Leticia Castro Morejón, Dra. María Lina Valdés Gómez, DrC. José Aurelio Díaz Quiñones.
80.	Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en niños de 5 a 12 años, Área VII. Cienfuegos. Autores: Dra. Zulieska Guerra Cruz, Dra. Belkis Vicente Sánchez, Dra. Mabel Godo González, Lic. Miriam González García.
81.	Vulnerabilidad al estrés y mecanismos de afrontamiento en pacientes hipertensos. Consultorio Número 3. Área VII. Autor: Dr. Adniel Marrón López
82.	Prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles por estudiantes de Enfermería. Cienfuegos 2018. Autores: MSc. Vladimir Barco Díaz, Lic. Esp. Mislay Brizuela Osório, Dra. Zoraida C. Álvarez Figueredo.
83.	Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Cienfuegos, 2017. Autores: MSc. Lic. Loreta Sánchez Ortiz, MSc. Lic. Lourdes González Pérez, MSc. Lic. Grisel Elvira Menéndez Rodríguez, MSc. Lic. Haydeé Melián Rivero, MSc. Lic. Felicia Margarita Llerena Bermúdez, MSc. Lic. María Cristina Núñez Martínez.
84.	Estado nutricional del paciente con cirrosis hepática. Autores: Dr. Manuel Castillo Frías, Lic. Gretta Pérez Muñiz, Dra. Teresa Amparo Fonseca Fernández, Dra. Maribel Misas Menéndez.
85.	Morbimortalidad hospitalaria por cirrosis hepática complicada. Cienfuegos. 2014. Autores: Dra. Teresa Amparo Fonseca Fernández, Dr. Manuel Castillo Frías, Dra. Maribel Misas Menéndez.
86.	Letalidad hospitalaria por neumonía adquirida en la comunidad según antimicrobiano empírico inicial. Cienfuegos. Enero 2016 - junio 2017. Autores: Dra. Iris González Morales, Dr. Jorge Armando Labrada González, Dr. Luís Alberto Corona Martínez, Dra. Leticia Justafre Couto, Dr. Moisés Santos Peña.
87.	Uso de Azitromicina y Amoxicilina en las IRA tratadas en la comunidad en farmacias de Cienfuegos. Autores: Lic. Yaima Gálvez Pérez, DraC. María Elisa Jorge Rodríguez.
88.	Evolución del dengue en la provincia Cienfuegos. 2012 - 2016 Autores: Dra. Iris Rodríguez Rodríguez, Dra. Hilda María Delgado Acosta, Dra. Damisley Gómez Paz
89.	Comportamiento del trasplante renal como alternativa de tratamiento al paciente con enfermedad renal crónica terminal. Cienfuegos 2017. Autores: Dra. Beatriz Molina Ramírez, MSc. Dra. Annia Daisy Hernández Martín, Dra. Yordanka Mirabal González, MSc. Lic. Janairy Rosales Orihuela, Dr. Jorge Carlos Fariñas Molina, Dra. Caridad Díaz Soriano.

90.	Resultados del programa de atención integral a pacientes con úlceras del pie diabético en Cienfuegos. Autores: Dra. Ivonne Marrero Rodríguez, Lic. Anaisa del Sol Zerquera.
91.	Heberprot P una alternativa en la calidad de vida del paciente con pie diabético. Autores: Lic. Anaisa del Sol Zerquera, Dra. Ivonne Marrero Rodríguez.
92.	Rehabilitación a paciente con Lesión Medular Tetraplejia Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, 2017. Autores: MSc. Maritza Díaz Villazón, Lic. Liliam Delgado Sacerio, Lic. Niurka Ojeda Valdés, Lic. Yanet Arística Padilla, Lic. Elizabeth Manso Diaz de Villega, Lic. Midelsy Sánchez Nápoles.
93.	Recepción masiva de víctimas. Clasificación para una Unidad Quirúrgica de Emergencias. Autores: Dr. Omar Rojas Santana, Dra. Rosa Mirta Molina Lois, Dra. Indira Rojas Molina, Dra. Lisandra Quesada Candelario.
94.	Terapia con células madre. Repercusión en la calidad de vida de pacientes en Cienfuegos. Autores: MSc. Mabel Collazo Díaz, MSc. Dargy Regla González Alonso, MSc. Josefina I. Vázquez Martínez, MSc. Miladys Cedeño Borges, Lic. Antonia Yásmen Colina Fernández, Lic. Bárbara Susana RojasRivero.
95.	Calidad de la atención médica de pacientes seropositivos al VIH SIDA. Cienfuegos. 2015. Autores: MSc. Lizette Rodríguez Fernández, MSc. Hilda María Delgado Acosta.
96.	¿Qué significa ser Abuela? Autores: Dra. Caridad María González Aragón, Lic. Yannelis Luaces Toledo.
97.	Propuesta de acciones para la inserción del adulto mayor a la vida social en Cienfuegos 2016 - 2017. Autores: MSc. María Isabel Ledesma Ferrer, MSc. Leticia Seoane Monzón, MSc. Miriam de Carmen Martin Ojeda, Lic. Mary Lidia Soriano Najarro, Lic. Juan Carlos Penot Seijos, MSc. Nelson Carlos González Valdés
98.	Familia cuidadora del adulto mayor y sobrecarga. Reflexiones para un abordaje desde la familia. Autores: Lic. MSc. Zenia Tamara Sánchez García, Lic. MSc. Jayce Díaz Díaz, Lic. MSc. Yamirka González Puerto, Lic. MSc. Daimy Rodríguez Díaz, Dra. Elizabeth Rodríguez Montenegro, Lic. Esther Hernández Pérez
99.	Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor. Una polémica en la prescripción. Autores: Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez, Dra. Maira Quirós Enriquez, Dra. Eidy Rodríguez Herrera, Dra. Yoilé A. Valdés Garrido, MSc. Lic. Diana Rosa Fernández Ruíz, Est. Mohamed Nidhar Ali.

100.	<p>Conocimientos del personal de enfermería sobre reanimación cardiopulmocerebral. Centro provincial de emergencias médicas. Cienfuegos.</p> <p>Autores: MSc. Lic. Camilo Rodríguez Pérez, Lic. Yanieski Abreu Álvarez, Lic. Jorge Luis González Mendoza.</p>
101.	<p>Conocimientos y prácticas del lavado de manos en los profesionales de la salud.</p> <p>Autores: MSc. Lic. Felicia Pérez Pérez, MSc. Geneva Hurtado Montero, MSc. Lic. Jayce Díaz Díaz, Est. Claudia Rachel González Iznaga, Est. Sheila Cortiña Rodríguez.</p>
102.	<p>Conocimientos sobre evaluación del dolor postoperatorio en niños.</p> <p>Autores: MSc. Lic. Jayce Díaz Díaz, Dra.C. Norma Mur Villar, Dra.C. María José Aguilar Cordero, MSc. Lic. Juan Carlos Placencia Álvarez, MSc. Lic. Felicia Rodríguez Solís, Téc. Yuleisy Ruiz Hernández.</p>
103.	<p>Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en Salud.</p> <p>Autores: MSc. Lic. Jayce Díaz Díaz, Lic. Esther Hernández Pérez, Lic. MSc. Yamirka González Puerto, Lic. MSc. Zenia Tamara Sánchez García, Dra. Amarilis Martínez Guerra, MSc. Lic. Marianela Fonseca Fernández.</p>
104.	<p>Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes de vigilancia y lucha antivectorial. Curso 2016 – 2017.</p> <p>Autores: Lic. Daynisett Molina Curbelo, MSc. Lic. Héctor Cabrera Rodríguez, Est. Eleanne Soriano Cañizares, Est. Francisco Javier Rodríguez Molina.</p>
105.	<p>Prevalencia de los defectos refractivos en trabajadores y estudiantes. Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos.</p> <p>Autores: Lic. Daynisett Molina Curbelo, Lic. Vismary Valdés Vales, Lic. Liliana Cabrera del Sol, Lic. Yanet Monteagudo López, Lic. Tamila Gissell Vega Mora.</p>
106.	<p>Sistema de acciones para la orientación vocacional en las ciencias médicas: percepción de estudiantes y profesores sobre su calidad.</p> <p>Autores: Lic. Belkis Rosa Vilaboy Pérez, Lic. Idalmis Luisa Martínez Serrano, Lic. Ibis Hernández Palet, Dra. María Isabel Mantecón Ledo, Lic. Ana María Molina Gómez, Lic. Josué Vilaboy Cabrera.</p>

COMITÉ DE

HONOR

Dr. Roberto Morales Ojeda – Ministro de Salud Pública. Cuba.

DrC. José Ramón Saborido Loidi – Ministro de Educación Superior. Cuba.

Dr. Salvador Tamayo Muñiz – Director provincial de Salud Pública. Cienfuegos. Cuba.

Dra. Arellys Falcón Hernández – Rectora. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

DrC. Juan Bautista Cogollos Martínez – Rector. Universidad de Cienfuegos. Cuba.

Dra. Pilar Aranda Ramírez - Rectora. Universidad de Granada. España.

Dra. Dorothy Kelly - Vicerrectora de Internacionalización. Universidad de Granada. España.

Dra. Mayra Sofía Gil León – Decana. Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”, Cienfuegos. Cuba.

Dra. Inmaculada García García – Decana. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. España.

Dra. Ana Isabel del Moral García - Decana. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. España.

Dra. Francisca Expósito Jiménez - Decana. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España.

MSc. Antonio Muñoz Vinuesa – Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. España.

*COMITÉ
CIENTÍFICO*

*Universidad de Ciencias Médicas
de Cienfuegos, Cuba*

Presidente: Dra. María Aurelia San Juan Bosch – Vicerrectora. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Secretario: Dra. Amarilis Martínez Guerra - Directora de Ciencia e Innovación Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Miembros:

DrC. Víctor René Navarro Machado – Presidente del Consejo Científico Provincial. Director del Consejo Provincial de Sociedades Científicas. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

DraC. Norma Mur Villar – Directora de Formación de Profesionales. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Dra. Mabel Rocha Vázquez – Jefa de la carrera de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”, Cienfuegos. Cuba.

Dra. Emma Gil Ojeda - Jefa del departamento de Estomatología. Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”, Cienfuegos. Cuba.

MSc. Lic. Héctor Cabrera Rodríguez – Jefe del departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”, Cienfuegos. Cuba.

MSc. Lic. Anais Martha Valladares González - Jefa del departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”, Cienfuegos. Cuba.

Lic. Dayniset Molina Curbelo - Jefa del departamento de Tecnología de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”, Cienfuegos. Cuba.

MSc. Lic. Jayce Díaz Díaz - Secretaria del Consejo Provincial de Sociedades Científicas. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

*COMITÉ
CIENTÍFICO*

Universidad de Granada, España

Presidente: Dr. Jacobo Cambil Martín – Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Secretario: MSc. Mario Lozano Lozano - Contratado FPU. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Miembros:

Dra. Jacqueline Schmidt Río Valle – Directora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. María del Carmen García Ríos - Directora del Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dr. Cruz Miguel Cendán Martínez - Vicedecano de Relaciones Internacionales, Investigación y Posgrado. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. María Serrano Guzmán - Vicedecana de Estudiantes y Extensión Universitaria. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Encarnación Aguilar Ferrandiz - Vicedecana de Ordenación Académica y Calidad. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dr. Rafael Jesús Giménez Martínez - Vicedecano de Prácticas Externas e Integración Estudiantil. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. España.

Dra. Elvira De Luna Bertos – Subdirectora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Ana María Núñez Negrillo – Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Carmen Herrera Espiñeira - Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dr. Emilio González Jiménez – Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Encarnación Martínez García – Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dr. Germán Prados García – Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Lourdes Díaz Rodríguez – Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. María Correa Rodríguez – Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. María Dolores Pozo Cano – Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. María Isabel Tovar Gálvez – Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Ceuta, España.

Dra. María José Aguilar Cordero – Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. España.

MSc. María Milagrosa Olmedo Alguacil – Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Ceuta, España.

Dra. Marta Linares Manrique – Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Melilla, España.

Dr. Rafael Fernández Castillo – Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Araceli Ortiz Rubio - Profesora del Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Dulce Nombre de María Romero Ayuso - Profesora del Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Irene Torres Sánchez - Profesora del Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dr. José Manuel Pérez Mármol - Profesor del Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Lydia Martín Martín - Profesora del Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Noelia Galiano Castillo - Profesora del Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. Patrocinio Ariza Vega - Profesora del Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dr. Francisco Cruz Quintana – Profesor del Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Granada, España.

Dra. María Isabel Peralta Ramírez – Profesora del Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Granada, España.

Dra. Nieves Pérez Marfil – Profesora del Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Granada, España.

MSc. Isabel María Guisado Requena - Becaria de la Facultad de Farmacia. Granada, España.

Dr. Manuel Olalla Herrera - Profesor del Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Granada, España.

Dra. Silvia Sánchez Hernández - Profesora del Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Granada, España.

Dra. María Ángeles Pérez Morente - Enfermera. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

COMITÉ

ORGANIZADOR

Universidad de Ciencias Médicas

de Cienfuegos, Cuba

Presidente: MSc. Lic. David Cuesta de las Casas – Vicerrector. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Secretario: Lic. Dipsy Dueñas Figueredo – Vicerrectora. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Miembros:

Dra. María Aurelia San Juan Bosch – Vicerrectora. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Dra. Amarilis Martínez Guerra - Directora de Ciencia e Innovación Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Dra. Anay Núñez Herrera – Directora de Formación de Postgrado. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

MSc. Zenia Tamara Sánchez García – Metodóloga de la Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

MSc. Lic. Marianela Fonseca Fernández – Metodóloga de la Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

COMITÉ

ORGANIZADOR

Universidad de Granada, España

Presidente: Dr. Jacobo Cambil Martín – Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Secretaria: MSc. Adelina Martín Salvador – Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Melilla, España.

Miembros:

Ángel Fernández Aparicio - Personal de apoyo técnico a la investigación. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

MSc. Elisabet Fernández Gómez – Profesora del Departamento de Melilla. Facultad de Ciencias de la Salud. Melilla, España.

Dr. Juan Carlos Sánchez García - Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

MSc. Laura Baena García - Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

MSc. Lucía Melguizo Rodríguez - Becaria FPU. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dr. Manuel López Morales - Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

Dra. María Dolores Cano-Caballero Gálvez - Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

MSc. María Gázquez López - Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Ceuta, España.

MSc. Marta Medina Casado – Enfermera. Grupo de Investigación: Gestión y cuidados en salud (Cod.: CTS1021). España.

Dra. Raquel Rodríguez Blanque - Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

MSc. Rebeca Illescas Montes - Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Melilla, España.

Vanesa García Cuenca - Personal de apoyo técnico a la investigación. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

MSc. Víctor Javier Costela Ruiz - Becario FPU. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, España.

*COMISIONES
DE TRABAJO*

Acreditación, documentación y tesorería

Presidente: MSc. Zenia Tamara Sánchez García – Metodóloga de la Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Miembros:

Dra. Anay Núñez Herrera – Directora de Formación de Postgrado. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

MSc. Lic. Marianela Fonseca Fernández – Metodóloga de la Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Lic. Esther Hernández Pérez – Metodóloga de la Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Dr. Diosky Ferrer Vilches – Profesor Auxiliar de la carrera de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Yeniseiy Cordero Ulacia – Secretaria Vicerrectorado Académico. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Aseguramiento logístico

Presidente: Lic. Dipsy Dueñas Figueredo – Vicerrectora. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Miembros:

Lic. Ovidio Díaz Alvelo.

Lic. Rudy Carballosa Herrera.

Lic. Yandry Soriano Escalante.

Dra. Marlene del Valle Pérez.

Dra. Hilda María Delgado Acosta.

Lic. Rosa María Masot Rivero.

Lic. Leticia Seoane Monzón.

Lic. Lidice Ángulo Valladares.

Lic. Mercedes del Sol Bonet.

Lic. Ibys Espinosa Requesen.

Comunicación y relaciones internacionales

Presidente: MSc. Lic. David Cuesta de las Casas – Vicerrector. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Miembros:

Lic. Vivian Rodríguez Capote.

MSc. Lic. Yamirka González Puerto.

Lic. Miriam Terry Calderón.

Ing. Osmel Medina Martínez.

Lic. Marianela Falcón Villaverde.

ÍNDICE

CONFERENCIAS Y
COMUNICACIONES

Tabla de contenido

CONFERENCIA INAGURAL

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD.....	97
---------------------------------------	----

CONFERENCIAS INVITADAS

SISEP 1.0 EL PORTAFOLIO DIGITAL PARA LA EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA	104
ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA EN EL AGUA Y SU INFLUENCIA EN LOS PARÁMETROS MATERNO FETALES. SWEP STUDY	107
CAPACIDADES DE INTERACCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS EN LOS PRIMEROS MINUTOS DE VIDA	110
CAUSAS Y COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL, DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO	116
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES.....	118
ROL DE ENFERMERÍA EN EL CAMPO DEL SUEÑO Y LA SALUD.....	121
CLAVES PARA LA ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS VARIANTES DE CUERPO, GÉNERO E IDENTIDAD.....	123
PROYECTO MANOS SEGURAS ECUADOR.....	129
BUENAS PRACTICAS PARA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PARTO.....	131
DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL DETERIORO PRODUCIDO DURANTE EL ENVEJECIMIENTO	139
DROGODEPENDENCIAS: PREVALENCIA Y DIFERENCIAS DE GÉNERO.....	144
FISIOTERAPIA MANUAL EN LOS TRASTORNOS CÉRVICO CRÁNEO TÉMPORO MANDIBULARES..	149
EVALUACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS APRAXIAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO	151
TERAPIA OCUPACIONAL EN PATOLOGÍA NEURODEGENERATIVA.....	154

COMUNICACIONES: UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS, CUBA

ACCIONES PARA MINIMIZAR LA PROBLEMÁTICA DE LA INTERCONSULTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. CIENFUEGOS, 2017	158
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL ÁREA 2, CIENFUEGOS 2017	166
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL MUNICIPIO DE CIENFIEGOS 2017	176
ADULTOS MAYORES Y NIÑOS/AS CON DISCAPACIDADES SENSORIALES: UNA EXPERIENCIA MARAVILLOSA	184
AFECCIONES OROFARINGE PROVOCADAS POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	195
AFECTACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR POR EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN ADULTOS MAYORES	205
AGRANDAMIENTO GINGIVAL INDUCIDO POR CICLOSPORINA A EN PACIENTE CON PERIODONTITIS CRÓNICA. REPORTE DE UN CASO	215
ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y OBESIDAD INFANTIL: TRES ASPECTOS IMPORTANTES PARA LA ANTROPOLOGÍA CUBANA. ESTUDIO DE CASO	225
ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO EN EL ADULTO MAYOR ACTIVO, EN CÍRCULOS DE ABUELOS ..	233
ALTERACIONES Y TRASTORNOS EN EL APRENDIZAJE. UN RETO PARA LA ESCUELA Y LA FAMILIA CUBANA	241
ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA (2000-2012).....	251
ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y MODOS DE AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES GESTACIONAL.....	261
APLICACIÓN DE MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL EN EL ADULTO MAYOR.....	271
APRENDER A APRENDER, HABILIDAD INDISPENSABLE EN LA EDUCACIÓN MÉDICA.....	281
APRENDER, INTEGRAR, EDUCAR: SUPERACIÓN PROFESIONAL PARA DOCENTES DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN EN SALUD	291
APRENDIENDO MÁS PODRÁS COMPRENDER MEJOR LO QUE SUCEDE EN LA VIDA DE TU HIJO	301
ARTROCENTESIS EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL. CIENFUEGOS 2015-2017	312

ASISTENTE: UN PROCESADOR DE DATOS PARA LA CONFECCIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD	321
ASOCIACIÓN DE VARIABLES BIOQUÍMICAS CON LA GLICEMIA EN CIENFUEGOS, AÑO 2010	331
AUTOESTIMA GLOBAL Y AUTOESTIMA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES	342
AUTOEXAMEN DE MAMA. INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR CONOCIMIENTOS. ÁREA II. CIENFUEGOS 2017	351
AUTOVALORACIÓN Y CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN EL ANCIENO INCORPORADO A LA CÁTEDRA DEL ADULTO MAYOR.....	361
BASES MOLECULARES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO	371
BOCIO ENDOTORÁCICO. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS	381
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ÁREA I CIENFUEGOS AÑO 2015	394
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES SEROPOSITIVOS AL VIH/SIDA CIENFUEGOS 2015	403
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE EDAD MEDIANA	413
CALIDAD DE VIDA VS MUJER, DIABETES MELLITUS Y CÁNCER	426
CALIDAD EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	437
CALIDAD PERCIBIDA Y EFICIENCIA EN SERVICIOS DE ASISTENCIA AL ADULTO MAYOR CIENFUEGOS 2018	441
CAMBIO DE COLORACIÓN EN EL DIENTE Y SU TRATAMIENTO	451
CAMBIOS QUE OCURREN EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DESPUÉS DE LA MUERTE	461
CAMPO DE CANCERIZACIÓN CUTÁNEO EN LA CARCINOMA EPIDERMOIDE	473
CÁNCER BUCAL DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO	482
CAPACIDAD FÍSICA EQUILIBRIO EN ADULTOS MAYORES, MUNICIPIO DE CIENFUEGOS.....	493
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DEL CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LA CAVIDAD ORAL.....	504
CARACTERIZACIÓN CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR FIBROMA UTERINO EN LA PROVINCIA DE CIENFUEGOS.....	513

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y SU REPERCUSIÓN MATERNA-PERINATAL CIENFUEGOS 2014 - 2015	530
CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER EN EL ÁREA V 2011-2015.....	543
CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LA REPRODUCCIÓN EN MUJERES DE 35 AÑOS Y MÁS, CIENFUEGOS 2016.....	553
CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA EN FÉMINAS DEL POLICLÍNICO ÁREA II, CIENFUEGOS 2016.....	570
CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD POR CÁNCER DE MAMA, MUNICIPIO CIENFUEGOS. 2007 - 2013	580
CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA. CIENFUEGOS 2016-2017	590
CARACTERIZACIÓN DE LA ETAPA PRE-PROFESIONAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. HOSPITAL PROVINCIAL CURSO 2016 - 2017.....	599
CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS. MUNICIPIO DE CRUCES 2013-2015	608
CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA PROVINCIA CIENFUEGOS 2013-2015.....	618
CARACTERIZACIÓN DE LAS GESTANTES QUE TUVIERON RECIÉN NACIDOS CON APGAR BAJO EN CIENFUEGOS	628
CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ASTIGMATISMO. ÁREA II. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2016 CIENFUEGOS	636
CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS. CONSULTORIO 14. ÁREA I. CIENFUEGOS..	647
CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INTOXICACIONES EXÓGENAS. CIENFUEGOS 2017	661
CARACTERIZACIÓN DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EMERGENTES. CIENFUEGOS 2016 - 2017	678
CHAGAS, CONSIDERADA COMO ENFERMEDAD DESATENDIDA	688
CLIMA ORGANIZACIONAL DE ENFERMERÍA. HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO. CIENFUEGOS 2018	698
CLUB MARTIANO “DE LA MANO DE MARTÍ APRENDO A CUIDAR MI SALUD”	708
COLONIZACIÓN NASOFARÍNGEA POR NEUMOCOCO EN PRESCOLARES EN LA ERA PREVACUNAL. CIENFUEGOS 2013-2015.....	718

COMPORTAMIENTO DE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO DE LA GINGIVITIS CRÓNICA EN ADULTOS. CONSULTORIO 13, CRUCES 2017	727
COMPORTAMIENTO DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNICAS CARDIOVASCULARES EN LA PROVINCIA DE CIENFUEGOS 2008-2013	741
COMPORTAMIENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES CENTRADO EN EL SISTEMA DE GÉNERO	751
CENTRO ESPECIALIZADO AMBULATORIO “HÉROES DE PLAYA GIRÓN”. HOSPITAL PROVINCIAL DR. GUSTAVO ALDEREGUÍA LIMA. CIENFUEGOS	761
COMUNICACIÓN Y CONDUCTA. PREMISAS EN EL ROL PROFESOR UNIVERSITARIO	774
CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN SOBRE EL USO DE PLANTAS MEDICINALES EN AFECCIONES ONDONTOLÓGICAS.....	784
CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMOCEREBRAL. CENTRO PROVINCIAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS, CIENFUEGOS	792
CONOCIMIENTOS SOBRE EVALUACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN NIÑOS.....	801
CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE VIGILANCIA Y LUCHA ANTIVECTORIAL. CURSO 2016-2017	809
CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL LAVADO DE MANOS EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD CIENFUEGOS	824
CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS VINCULADOS A SUSTANCIAS QUE MEJORAN EL RENDIMIENTO FÍSICO EN GIMNASIOS. CIENFUEGOS 2017	833
CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPLICACIÓN DEL CONSUMO ABUSIVO DE ESTEROIDES ANABÓLICOS ANDROGÉNICOS, PROBLEMÁTICA ACTUAL EN ASCENSO.....	842
CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS DE LA DISCROMIA ASOCIADA A CALCIFICACIONES PULPARES, A PROPÓSITO DE UN CASO	851
CONTRIBUCIÓN A LA CREACIÓN DE UNA IMAGEN POSITIVA DEL ENVEJECIMIENTO	861
COSTOS DIRECTOS HOSPITALARIOS DE ENFERMEAD NEUMOCÓCICA INVASIVA EN LA EDAD PEDIÁTRICA. CIENFUEGOS 2010-2015.....	870
CULTURA, MODA, SEXUALIDAD Y SOCIEDAD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL	880
CURSO ELECTIVO DE HABILIDADES PARA LA VIDA DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ESTOMATOLOGÍA.....	890

DESARROLLO DE ESPECIALIDADES TÉCNICAS Y LICENCIATURAS EN ENFERMERÍA Y TECNOLOGÍAS DE LA SALUD EN CIENFUEGOS	900
DETERMINANTES SOCIALES Y BAJO PESO AL NACER EN ESTRATOS DEFINIDOS. MUNICIPIO ABREUS 2012 - 2014.....	910
DIABETES GESTACIONAL Y FACTORES DE RIESGO DE MACROSOMIA FETO-NEONATAL. CIENFUEGOS 2013-2016.....	919
DIAGNÓSTICO DE MIELOMENINGOCELE EN UN FETO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA DE BAJO CAMPO. PRESENTACIÓN DE UN CASO	928
DIMENSIONES DEL BINESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA.....	934
DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA INFORMATIZACIÓN DE LA DISPENSARIZACIÓN EN LA APS.....	946
DOMINANCIA CEREBRAL. RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA Y CREATIVIDAD EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ESTOMATOLOGÍA.....	954
EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN LA ESPECIALIDAD DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	964
EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERESTESIA DENTINARIA. ESTUDIO SOBRE UNA SERIE DE CASOS	974
EFFECTOS FISIOPATOLÓGICOS DEL TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	980
EFICACIA PROTECTORA DE LAS VACUNAS CONJUGADAS CONTRA LOS NEUMOCOCOS SOBRE LA COLONIZACIÓN NASOFARÍNGEA. CIENFUEGOS 2016-2017.....	991
EL CÁNCER DE PULMÓN EN MUJERES, UNA EPIDEMIA MUNDIAL	1001
EL IMPACTO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS	1008
EL MIEDO AL ESTOMATÓLOGO, UNA BARRERA PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL.....	1015
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. SUS CONSECUENCIAS. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS.....	1025
EMOCIONES NEGATIVAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA	1035
EMPATÍA EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS.....	1051

ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS..	1063
ENFOQUE DE GÉNERO DESDE UNA PERSPECTIVA DE SALUD	1073
ENVEJECIMIENTO ACTIVO: TAI CHI CHUAN EN ESPACIOS MARINOS DE ESTADOS INSULARES: EXPERIENCIAS Y NUEVAS PROYECCIONES.....	1083
ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA.....	1093
ESTADO PERIODONTAL EN UN GRUPO DE EMBARAZADAS. PALACIO DE LA MATERNIDAD DE CIENFUEGOS 2017	1103
ESTADO Y PERMANENCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE 12 AÑOS. MUNICIPIO CRUCES. 2015-2017	1118
ESTÉTICA DENTAL EN RESTAURACIONES DEL SECTOR POSTERIOR DE LA CAVIDAD BUCAL....	1130
ESTÉTICA DENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO	1138
ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS, ESTADO PREVALENTE EN PACIENTES REHABILITADOS PROTÉSICAMENTE. ÁREA III. CIENFUEGOS. 2015 - 2016.....	1145
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A PERSONAS DISCAPACITADAS FÍSICAS CON LIMITACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES	1155
ESTRATEGIA DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN CONTÍNUA DE LOS DOCENTES DEL POLICLÍNICO ÁREA III	1165
ESTRATEGIA PARA SOSTENIBILIDAD DEL CLAUSTRO EN LA CARRERA DE MEDICINA A PARTIR DEL PLAN DE MEJORA	1179
ESTRATEGIA PEDAGÓGICA PARA TRABAJAR CON JÓVENES PROCEDENTES DE FAMILIAS DISFUNCIONALES.....	1188
ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LA FORMACIÓN DE LA HABILIDAD TRATAMIENTO INTEGRAL DEL DOLOR EN RESIDENTES	1200
ÉTICA EN LAS RELACIONES MÉDICO-PACIENTE EN REHABILITACIÓN.....	1210
EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES EN EL CONSEJO POPULAR “PALMIRA NORTE”	1216
EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON FUERZA MUSCULAR EN ADULTOS MAYORES.....	1223
EVOLUCIÓN DEL DENGUE EN LA PROVINCIA DE CIENFUEGOS 2012-2016	1233
EXPERIENCIAS EN EL DESPACHO INDIVIDUAL ACADÉMICO	1241

FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EN PARIDAS. ÁREA VIII. CIENFUEGOS 2016-2017	1246
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS. ÁREA VI. CIENFUEGOS 2015-2016	1255
FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS. ÁREA VII CIENFUEGOS.....	1265
FACTORES DE RIESGO DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA	1275
FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA AL AÑO DEL SEGUIMIENTO EN CONSULTA	1285
FAMILIA CUIDADORA DEL ADULTO MAYOR Y SOBRECARGA. REFLEXIONES PARA UN ABORDAJE DESDE LA FAMILIA.....	1299
FISIOPATOGENIA DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE BUCAL. ACTUALIZACIÓN	1308
FORMACIÓN CIENTÍFICA DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL CURSO ELECTIVO DE ELECTROCARDIOGRAFÍA	1317
FORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS EN LA PROVINCIA DE CIENFUEGOS.....	1327
GLOSARIO DE TÉRMINOS Y VOCABLOS INDÍGENAS PARA COLABORADORES DE LA SALUD EN CENTRO AMÉRICA	1335
GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE LA CESÁREA DE URGENCIA ..	1347
HEBERPROT-P® UNA ALTERNATIVA CIENTÍFICA EFICAZ EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO	1354
HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA COMPLICADA.....	1362
HIGROMA QUÍSTICO CERVICAL VERSUS GLÁNDULA SUBMAXILAR IZQUIERDA. PRESENTACIÓN DE CASO QUIRÚRGICO.....	1377
HIPOPLASIA DEL ESMALTE DENTARIO.....	1387
HIPOSALIVACIÓN / XEROSTOMÍA: RETOS.....	1397
HISTORIA DE LOS DECANOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS	1408
IMAGENOLÓGÍA EN LA ESTOMATOLOGÍA. APLICACIONES Y EFECTOS NOCIVOS DE LOS RAYOS X	1417
INFERTILIDAD FEMENINA DE CAUSA ENDOCRINA. CENTRO TERRITORIAL DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE CIENFUEGOS.....	1427

LA INFLUENCIA DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES MELLITUS EN LA ETIOPATOGENIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	1436
INFLUENCIA DEL GÉNERO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS.....	1445
INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ADOLESCENTES. UNA VISIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	1459
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA. PROGRAMA MATERNO INFANTIL. JALAPA 2016.....	1473
INSTRUMENTO PARA EVALUAR CONOCIMIENTOS EN ENFERMEROS SOBRE LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA TEMPRANA	1481
INSUFICIENCIA SUPRARRENAL CRÓNICA PRIMARIA DE ETIOLOGÍA AUTOINMUNE. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO	1493
INTEGRACIÓN DEL PSICÓLOGO A LA INICIATIVA CULTURA JURÍDICA EN CLAVE DE GÉNERO. CIENFUEGOS 2017-2018.....	1504
INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES FEMENINAS DEL MUNICIPIO DE ABREUS. 2018	1514
INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA COMUNIDAD PARA LA PREVENCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO. CIENFUEGOS 2017.....	1524
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE UN CONSULTORIO MÉDICO	1535
INTERVENCIÓN EDUCATIVA. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES. CONSULTORIOS 2 Y 3. ÁREA IV.....	1543
INTERVENCIÓN PARA AUMENTAR EL EQUILIBRIO Y LA MARCHA EN PERSONAS ADULTAS CON PARKINSON, CIENFUEGOS.....	1553
LA ACUPUNTURA EN EL TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO DE PACIENTES GERIÁTRICOS	1571
LA ALFAFETOPROTEÍNA SÉRICA MATERNA COMO PARÁMETRO DE RIESGO EN EL EMBARAZO	1581
LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS, TRATADOS CON HEBERPROT P.....	1591
LA DISCUSIÓN DE CASO: COMO REALIZARLA EN SU MODALIDAD DE EDUCACIÓN EN EL TRABAJO CIENFUEGOS.....	1601
LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA 5 AÑOS DE ESTUDIO.....	1612

LA INTERDISCIPLINARIEDAD COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA LA CARRERA DE ENFERMERÍA EN CIENFUEGOS 2017.....	1621
LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN FUNCIÓN DE LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y SOCIAL Y LAS ASIGNATURAS ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y SALUD MENTAL EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA	1631
LA INTERDISCIPLINARIEDAD PARA LA FORMACIÓN DOCENTE DEL PROFESOR UNIVERSITARIO	1641
LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE EDAD MEDIA. CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTO. CIENFUEGOS 2017-2018.....	1651
LA SEXUALIDAD DE LA MUJER EN SU ETAPA CLIMATÉRICA. MOLESTIAS BIOPSIOSOCIALES..	1661
LA TEORÍA DEL ESTRÉS OXIDATIVO COMO CAUSA DIRECTA DEL ENVEJECIMIENTO CELULAR	1671
LA TOXOCARIOSIS Y SUS COMPLICACIONES EN EL SER HUMANO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ..	1681
LA TUTORÍA EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ECUADOR. ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL MISMO.....	1691
LA TUTORÍA EN EL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR. ALGUNAS CONSIDERACIONES ACTUALES	1698
LEPTOSPIROSIS A PROPÓSITO DE UN CASO. PROVINCIA CIENFUEGOS.....	1707
LEPTOSPIROSIS HUMANA. UN ABORDAJE EPIDEMIOLÓGICO DESDE FACTORES AMBIENTALES	1717
LESIÓN ENDOPERIODONTAL Y TRATAMIENTO INTEGRADO PARA REGENERACIÓN ÓSEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	1727
LESIONES NO INTENCIONALES EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS.....	1737
LESIONES PERIODONTALES EN PACIENTES CON INVASIÓN DEL ESPACIO BIOLÓGICO	1750
LETALIDAD HOSPITALARIA POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD SEGÚN ANTIMICROBIANO EMPÍRICO INICIAL. CIENFUEGOS ENERO 2016-JUNIO 2017	1760
LIPOSARCOMA PLEOMORFO DE PARED TORÁXICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO	1770
LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS, UN RETO PARA LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SUMINISTRO DE SANGRE	1778
LOS VALORES ESTÉTICOS EN EL PROFESIONAL DE LA SALUD. VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD CIENFUEGOS 2018	1787
MANEJO DEL DOLOR EN LOS NIÑOS Y NIÑAS	1798

MANEJO INMEDIATO DE UN TRAUMATISMO MÁXILO-MANDIBULAR EN NIÑA DE 10 AÑOS	1804
MEDIO DE ENSEÑANZA: “MOSTRANDO EL CAMINO”	1811
METÁSTASIS COROIDES DE UN TUMOR PRIMARIO CONOCIDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO ..	1819
METODOLOGÍA PARA LA DESROTACIÓN INTERFRAGMENTARIA EN LA FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE CODO EN EL NIÑO.....	1826
MIRADA DE GÉNERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA SALA 11 A POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENERO 2018	1827
MODOS DE AFRONTAMIENTO Y AUTOESTIMA EN APICIENTES CON ALTERACIONES EN LA RESPUESTA SEXUAL EN CIENFUEGOS	1837
MORBIMORTALIDAD HOSPITALARIA POR CIRROSIS HEPÁTICA COMPLICADA. CIUDAD DE CIENFUEGOS 2014	1843
MUJER VIOLENTADA POR SU PAREJA, UN PROBLEMA AÚN VIGENTE.....	1856
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PROFESIONALES SOBRE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A PACIENTES CON VIH. CIENFUEGOS 2017	1865
NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS ATEDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS BRISAS. MATAQUESCUINTLA. JALAPA.....	1875
PERCEPCIÓN DE LA ESTÉTICA FACIAL EN LA POBLACIÓN QUE ACUDE A LOS SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS. ÁREA I. CIENFUEGOS.....	1883
PERCEPCIÓN DE RIESGOS DE ENFERMEDADES CANCERÍGENAS ASOCIADAS A LOS ALIMENTOS EN PLAZA LOS GUAJIROS CIENFUEGOS	1894
PERFECCIONAMIENTO DEL TRABAJO METODOLÓGICO EN LA CARRERA DE MEDICINA COMO PARTE DEL PLAN DE MEJORA.....	1907
PESQUISAJE CLÍNICO EPIDEMIOLOGICO DE AFECCIONES MAMARIAS EN UN CONSULTORIO MÉDICO. POLICLÍNICO ÁREA II CIENFUEGOS 2017	1917
PILARES TERAPÉUTICOS DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.....	1927
POLIFARMACIA E INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS POTENCIALES EN EL ADULTO MAYOR. UNA POLÉMICA EN LA PRESCRIPCIÓN	1936
PRECLAMPSIA, TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO	1951
PRESENTACIÓN DE CASO. SÍNDROME DE MILLER FISHER UNA VARIANTE DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ POSTRAUMÁTICO.....	1959

PREVALENCIA DE LOS DEFECTOS REFRACTIVOS EN TRABAJADORES Y ESTUDIANTES. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIENFUEGOS.....	1969
PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN MUJERES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. CIENFUEGOS 2017-2018.....	1984
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.....	1996
PREVENCIÓN DE LA EXTRAVASACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA	2006
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES POR ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. CIENFUEGOS 2018.....	2012
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO. PROVINCIA CIENFUEGOS AÑO 2013-2014.....	2022
PRODUCTOS BIOTECNOLÓGICOS EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS, ESTADIOS IIB Y IV.....	2032
PROGRAMA EDUCATIVO “SALUD BUCODENTAL EN PRESCOLARES” DIRIGIDO A EDUCADORAS DEL CÍRCULO INFANTIL.....	2041
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LA REPERCUSIÓN DEL CLIMATERIO EN LAS FÉMINAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	2051
RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO EN CIENFUEGOS.....	2069
PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ECUADOR CON PARTICIPACIÓN DE PROFESORES CUBANOS.....	2077
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA MUEJRES NEGADAS A REALIZARSE LA CITOLOGÍA VAGINAL AREA V CIENFUEGOS 2016	2085
PROGRAMA DE MAESTRÍA: “ACTIVIDAD FÍSICA Y CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR”	2095
PROGRAMA EDUCATIVO SONRIA FELIZ CON SALUD BUCAL EN GERONTES DE CASAS DE ABUELOS. PROVINCIA CIENFUEGOS.....	2016
LAS PROPORCIONES ÁURICAS EN EL ANÁLISIS MORFOLÓGICO FACIAL.....	2117
PROPUESTA DE ACCIONES PARA LA INSERCIÓN DEL ADULTO MAYOR A LA VIDA SOCIAL EN CIENFUEGOS 2016-2017.....	2127
PROPUESTA DE CURSO OPTATIVO DE NUTRICIÓN EN LA LICENCIATURA DE ENFERMERÍA.....	2136

PROPUESTA DE MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS 2017	2146
PROPUESTA PARA CURSO DE SUPERACIÓN PARA DOCENTES DE ENFERMERÍA SOBRE LA EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE EN ASIGNATURA PRÁCTICAS. CIENFUEGOS 2018	2157
PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA PROPORCIONAR CONOCIMIENTOS SOBRE CEPILLADO DENTAL EN ESCOLARES DE ENSEÑANZA PRIMARIA	2171
PSICODINÁMICA FAMILIAR Y APOYO SOCIAL EN ADOLESCENTES CON CONDUCTA SUICIDA. ÁREA VI CIENFUEGOS	2180
PÚRPURA ANAFILACTOIDE DE SHÖNLEIN HENOCH EN EL CURSO DE UNA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNOLÓGICA CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO	2192
¿QUÉ SIGNIFICA SER ABUELA?	2197
QUISTE BRONCOGÉNICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	2205
REACTIVIDAD SEROLÓGICA PARA TOXOPLASMA.....	2209
RECEPCIÓN MASIVA DE VÍCTIMAS. CLASIFICACIÓN PARA UNA UNIDAD QUIRÚRGICA DE EMERGENCIAS	2217
REDES SOCIALES UNA ALTERNATIVA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL	2223
REHABILITACIÓN A PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR TETRAPLEJIA HOSPITAL DR GUSTAVO ALDEREGUÍA LIMA. CIENFUEGOS 2017	2233
REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, UN SERVICIO MÉDICO QUE FAVORECE LA INCLUSIÓN SOCIAL	2243
REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CEREBRO VASCULAR EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA, UTILIZANDO UN ADECUADO ENTRENAMIENTO FAMILIAR	2253
REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN UN PACIENTE BRUXÓPATA. PRESENTACIÓN DE UN CASO....	2260
RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DEFORMANTES DE LA OCLUSIÓN DENTARIA Y LOS DESÓRDENES EMOCIONALES.....	2269
REPERCUSIÓN DE LA INFERTILIDAD EN LA SALUD FAMILIAR. ÁREA VI CIENFUEGOS 2017	2279
REPERCUSIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LAS FAMILIAS Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. ÁREA VII 2016-2017.....	2289
REPERCUSIÓN SOCIAL DEL ENTRENAMIENTO PARA DIAGNÓSTICO DE MALARIA	2297
REPRESENTACIÓN SOCIAL DE MASCULINIDAD EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA SU SALUD SEXUAL.....	2314

RESILIENCIA EN MADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS. CIENFUEGOS 2018	2321
RESULTADOS DEL HERPROT P EN LAS ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DEL POLICLÍNICO ÁREA IV	2331
RESULTADOS PERINATALES EN LAS GESTANTES EMBARAZADAS DIAGNOSTICADAS POR CLICEMIA EN AYUNAS ALTERADAS. CIENFUEGOS 2011-2012	2343
RETENCIÓN DENTARIA DE CAUSA MULTIFACTORIAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO	2362
SATISFACCIÓN DE EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA Y SUS EMPLEADORES CON LA FORMACIÓN	2372
SÍNCOPE, MOTIVO DE CONSULTA FRECUENTE EN EL ANCIANO	2379
SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS. UNA ENFERMEDAD RARA	2389
SÍNDROME DE PRADER WILLI. PRESENTACIÓN DE UN CASO	2400
SISTEMA DE CIENCIA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD	2407
SOBREPESO Y OBESIDAD EN ESCOLARES CIENFUEGUEROS VINCULADOS AL PROYECTO EXTENSIONISTA	2413
TAI CHI CHUAN: OPCIÓN DE PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. PROPUESTA INVESTIGATIVA	2423
TAMIZAJE NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS A SU INGRESO. HOSPITAL PEDIÁTRICO DE CIENFUEGOS	2432
TAREAS DOCENTES PARA LA AUTOPREPARACIÓN DEL ESTUDIANTE EN LA ASIGNATURA ENFERMERÍA FAMILIAR Y SOCIAL LICENCIATURA EN ENFERMERÍA	2442
TERAPIA CON CÉLULAS MADRE. REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN CIENFUEGOS	2451
TERMOTERAPIA POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA ORAL. CIENFUEGOS 2015-206	2461
TRASTORNOS DE SUEÑO EN OBESOS Y SOBREPESOS: ALERTA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL. ESCUELA ANTONIO MACEO, CIENFUEGOS 2017	2470
TRATAMIENTO PERIODONTAL CON RTG Y ORTODONCIA EN PACIENTE CON PERIODONTITIS JUVENIL	2480
TROMBOCITOPENIA CON AUSENCIA DE RADIOS (TAR). PRESENTACIÓN DE UN CASO	2489
USO DE AZITROMICINA Y AMOXICILINA EN LAS IRA TRATADAS EN LA COMUNIDAD EN FARMACIAS DE CIENFUEGOS	2500

USO DE HEBERFERÓN EN EL CÁNCER CUTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO	2510
UTILIZACIÓN DE LAS TIC EN EL MEJORAMIENTO DEL REGISTRO DE CAPTACIÓN DE EMBARAZADAS	2518
VELOCIDAD DE LA MARCHA EN ADULTOS MAYORES ACTIVOS, COMBINADO DEPORTIVO 3, CIENFUEGOS	2527
VIGILANCIA DE ARBOVIROSIS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DE CIENFUEGOS FEBRERO-MARZO 2016	2535
VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA DE VIBRIO CHOLERAEE	2543
VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA DE PALUDISMO	2551
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES OPERADOS DE LESIONES EN LA REGIÓN BUCOFACIAL. CIENFUEGOS 2012-2016	2558
VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS. CONSULTORIO NÚMERO 3. ÁREA VII	2568

COMUNICACIONES: UNIVERSIDAD DE GRANADA, ESPAÑA

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: UNA VISIÓN DESDE LAS RELIGIONES MONOTEÍSTAS	2579
ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA GESTACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO. (SWEP STUDY)	2581
ELECCIÓN DE ANESTESIA EPIDURAL SEGÚN IDENTIDAD CULTURAL Y SU RELACIÓN CON LA INSTRUMENTALIZACIÓN DEL PARTO	2583
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y LA INTEGRACIÓN DE LOS INMIGRANTES EN LA SOCIEDAD	2585
DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL SISTEMA INFORMAL DE ENFERMOS CON ALZHEIMER	2587
ESTRATEGIAS PARA MEJORAR O MANTENER LAS TASAS DE VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN	2589

FACTORES NECESARIOS PARA UNA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE DE CONFIANZA.....	2591
EFFECTO DE LOS BISFOSFONATOS SOBRE LA CAPACIDAD PROLIFERATIVA DE FIBROBLASTOS HUMANOS	2593
ASOCIACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO DURANTE GESTACIÓN TEMPRANA CON LOS RESULTADOS LIGADOS AL PARTO. PROYECTO GESTAFIT.	2595
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA CONTRA EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES ATÓPICAS.....	2597
EL MUSEO FLORENCE NIGHTINGALE DE LONDRES.....	2599
LA IMAGEN DE LA SALUD (DIOSA SALUS) EN LA MONEDA ROMANA	2601
SOBRE LA INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA EN ESPAÑA.....	2603
DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN USUARIOS DE UN CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DURANTE 2000-2014.....	2605
EVALUACIÓN ORGANOLÉPTICA DE VINOS TINTOS JÓVENES TRADICIONALES Y DESALCOHOLIZADOS. POSIBLE ALTERNATIVA REAL PARA EL CONSUMIDOR.....	2607
INDICADORES DE RIESGO EN USUARIOS DE UN CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DURANTE 2000-2014.....	2609
EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA: VALORACIÓN DE ADULTOS EN RIESGO IDEACIÓN SUICIDA EN GRANADA	2611
COORDINACIÓN CENTRO DE MIGRACIONES ROQUETAS DE MAR CON CENTRO DE SALUD ROQUETAS DE MAR. DISTRITO PONIENTE DE ALMERÍA. EN EL ACOGIMIENTO DE REFUGIADOS	2613
MEDIDAS REGULADORAS SOBRE LOS NIVELES DE REFERENCIA DE REDUCCIÓN DE ACRILAMIDA EN LOS ALIMENTOS	2615
SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS DE PACIENTES CRÓNICOS Y/O DEPENDIENTES	2617
REPERCUSIONES DEL ÁCIDO P-CUMÁRICO SOBRE LA EXPRESIÓN GÉNICA DEL TGFB-1 Y TGFB-R1/TGFB-R2/TGFB-R3 SOBRE OSTEÓBLASTOS HUMANOS.....	2619
EFFECTO DEL LÁSER DE DIODO (940NM) SOBRE LA EXPRESIÓN GÉNICA DEL FGF EN FIBROBLASTOS HUMANOS	2621
INDUCCIÓN MIOFASCIAL COMO TRATAMIENTO DE LA MECANOSENSIBILIDAD NEURAL EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA.....	2623
CONSUMO DE DROGAS Y ASPECTOS DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES ESCOLARES.	2625

VULNERABILIDAD DE MUJERES INVOLUCRADAS CON DROGAS PARA LA PERMANENCIA DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA CONYUGAL.....	2627
PIROXICAM Y SU EFECTO SOBRE LA LÍNEA OSTEOLÁSTICA MG63: EXPRESIÓN GÉNICA DE BMP2 Y BMP7 EN OSTEÓBLASTOS HUMANOS	2629
RELACIÓN ENTRE EL ESPACIO CORACOHUMERAL Y GROSOR DEL BÍCEPS EN PACIENTES CON DOLOR DE HOMBRO	2631
HIPERSENSIBILIDAD MUSCULAR Y DOLOR DE ORIGEN MIOFASCIAL EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO	2633
EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR BASADA EN UN ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL EN DOLOR CERVICAL CRÓNICO	2635
DISFUNCIÓN TÉMPORO-MANDIBULAR Y DOLOR CERVICAL EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO	2637
EFICACIA INMEDIATA DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR EN PERSONAS MAYORES.....	2639
KINESIO TAPING COMO HERRAMIENTA EN LA MEJORA DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO EN EMBARAZADAS	2641
EFFECTOS DE LAS TERAPIAS ENERGÉTICAS SOBRE LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA: REVISIÓN SISTEMÁTICA	2643
NUEVOS DERIVADOS DE TETRAHIDROISOQUINOLINA COMO POTENCIALES INHIBIDORES DE LA INTERACCIÓN HA-CD44.....	2645
UN PROGRAMA PARA DISMINUIR LOS EFECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON NEUMONÍA	2647
REPERCUSIÓN DE LA RESECCIÓN PULMONAR EN MIEMBROS SUPERIORES.....	2649
FACTORES RELACIONADOS CON LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.....	2651
MAS•ECUADOR: SATISFACCIÓN CON LA COOPERACIÓN UNIVERSITARIA AL DESARROLLO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERÍA.....	2653
INFLUENCIA DEL LUGAR DE RESIDENCIA Y EL SEXO EN LA INGESTA ALIMENTARIA Y ADHERENCIA A DIETA MEDITERRÁNEA EN POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA CON SÍNDROME METABÓLICO.....	2655
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS EL PARTO USANDO LA ESCALA CITY-BITS EN ESPAÑA	2657
EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ROLLER AUTOADMINISTRADO EN JUGADORAS DE FÚTBOL.	2659

GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.....	2661
GÉNERO, SALUD Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN ESPAÑA.....	2663
PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA PÉRDIDA Y EL PROCESO DE DUELO COMPLICADO.	2665
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FUNCIONALIDAD DE LOS PACIENTES TRAS CIRUGÍA POR FRACTURA DE CADERA.....	2667
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS CIRUGÍA POR FRACTURA DE CADERA.....	2669
VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE PREOCUPACIONES PRENATALES REVISADO (NUPDQ) EN MUJERES EMBARAZADAS ESPAÑOLAS.....	2671
FRACTURA DE CADERA Y LUGAR DE RESIDENCIA AL ALTA HOSPITALARIA.....	2673
RELACIÓN ENTRE LA RESILIENCIA DURANTE EL EMBARAZO Y LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y NIVELES DE CORTISOL	2675
LA INFLUENCIA DEL MÉTODO PILATES EN MUJERES EMBARAZADAS.....	2677
EXPERIENCIA DE PÉRDIDA EN PADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: UN ESTUDIO CUALITATIVO.....	2679
LA DEPRESIÓN Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LOS PACIENTES RENALES CON HEMODIÁLISIS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	2681
TEMPERATURA, DOLOR Y UMBRALES DE DOLOR A LA PRESIÓN EN EL FENÓMENO DE RAYNAUD	2683
EFFECTO DE LAS HORMONAS SEXUALES EN EL CONSUMO DE ALCOHOL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	2685
MODELO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN RATONES DE BAJA PREFERENCIA: PARADIGMA “DRINKING IN THE DARK”	2687
OBESIDAD Y OSTEOPOROSIS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. NECESIDAD DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA.	2689
IMPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.REVISIÓN SISTEMÁTICA	2691
MÉTODO SWEP Y CALIDAD DE VIDA EN GESTANTES	2693
ADMINISTRACIÓN DE PROBIÓTICOS DURANTE LA GESTACIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL RECIÉN NACIDO.....	2695

ESFUERZO PERCIBIDO TRAS EJERCICIO INCREMENTAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ESTUDIO PILOTO	2697
PRADO2 COMO HERRAMIENTA DOCENTE PARA LA MEJORA DE LA DOCENCIA EN EL GRADO EN ENFERMERÍA.....	2699
SALUD ÓSEA Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN ADULTOS JÓVENES: INFLUENCIA DEL ÍNDICE INFLAMATORIO DE LA DIETA	2701
UTILIZACIÓN DE PACIENTES ESTANDARIZADOS REALES COMO NUEVO RECURSO DOCENTE EN EL FOMENTO DEL APRENDIZAJE ACTIVO	2703
GRADO DE APRAXIA Y DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR SOBRE LA FUNCIONALIDAD EN EL CUIDADO PERSONAL.....	2705
CIRUGÍA BARIÁTRICA POR OBESIDAD MÓRBIDA EN UNA ADOLESCENTE	2707
PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN UN PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA	2709
CAPACIDAD ANTIOXIDANTE Y COMPUESTOS FENÓLICOS TOTALES EN DIFERENTES CAFÉ VERDE Y TOSTADO	2711
FORMACIÓN ENTRE IGUALES Y VIOLENCIA DE GÉNERO: UN PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE EN LA UNIVERSIDAD DE GRANADA	2713
SENSIBILIZACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ALUMNADO DE ENFERMERÍA: UNA APROXIMACIÓN A LOS MITOS QUE LA SUSTENTAN	2715
FÁRMACOS EMPLEADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA	2717
EFICACIA ANALGÉSICA DE LOS AINES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO..	2719
ABORDAJE ENFERMERO AL PACIENTE CON IRC AGUDIZADA	2721
VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES: CONCEPTOS Y PRIORIDADES EN UNA POBLACIÓN AL SUR DE ESPAÑA	2723
EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DUELO EN FAMILIARES DE ENFERMOS CON DEMENCIA.....	2725
ADMINISTRACIÓN DE PROBIÓTICOS Y MASTITIS.....	2727
GESTIÓN DEL ESTRÉS EN ENFERMERÍA.....	2729
CONDICIÓN FÍSICA Y COMPOSICIÓN CORPORAL DE SUJETOS SANOS DE LA PROVINCIA DE GRANADA.....	2731
SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESORES DE SECUNDARIA.....	2733

PREVALENCIA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL EN MUJERES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA: ESTUDIO PILOTO.....	2735
VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA.	2737
RIESGO DE DEPRESIÓN POSTNATAL EN EL PUERPERIO.....	2739
EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA HISTORIA RECIENTE	2741
NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN SUPERVIVIENTES FRAGILES DE CANCER	2743
EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN UN GRUPO DE EMBARAZADAS DE GRANADA, ESPAÑA ...	2745
RELACIÓN ENTRE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL AUTOPERCIBIDA Y LA FORMACIÓN PRÁCTICA EN LOS ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL	2747
CAMBIOS EN LA RESILIENCIA DURANTE LA FORMACIÓN PRÁCTICA DE LOS ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	2749
PERCEPCIÓN TÁCTIL, CONTROL INHIBITORIO E IMPULSIVIDAD COGNITIVA EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD	2751
RESULTADOS DE IMPLEMENTAR GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS EN CUIDADOS BPSO EN HOSPITALES DE GRANADA.....	2753
ALTERACIONES DEL SUEÑO EN EL PERSONAL SANITARIO Y EFECTOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.....	2755
PARADIGMA DE CONSUMO VOLUNTARIO DE ALCOHOL EN RATA WISTAR. POSIBLES INFLUENCIAS GENÉTICAS Y EMOCIONALES.....	2757
VALORACIÓN DE UNA POBLACIÓN DE VEGANOS.....	2759
VALORACIÓN ALIMENTARIA DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE CÁDIZ. (ESPAÑA)	2761
ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LA FELICIDAD, LA DEPRESIÓN Y LAS EXPECTATIVAS DE FUTURO EN PERSONAS SIN HOGAR DE GRANADA	2763

CONFERENCIA

INAGURAL

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

Autora: Inmaculada García García.

Filiación: Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.

Correo electrónico : igarcia@ugr.es

Resumen

En las últimas décadas se viene observando un interés creciente en vislumbrar y profundizar en las consecuencias diferenciales para la salud existentes entre hombres y mujeres, y no solo las debidas a las distintas naturalezas biológicas, sino sobre todo, a las desiguales funciones y representaciones sociales que debido al sexo las personas desempeñamos en las sociedades.

Es por lo que resulta primordial diferenciar claramente los conceptos de sexo y género, ya que aún, en muchos ámbitos, y por supuesto también en el sanitario, se confunden con gran facilidad, lo que dificulta alcanzar conclusiones relevantes que permitan avanzar en el objetivo de que las poblaciones alcancen el mejor nivel de salud posible.

El sexo se define como las características genéticas, fisiológicas o biológicas de una persona que indican si es hombre o mujer. Por tanto, se trata de un constructo biológico basado en los cromosomas sexuales y manifestado en la diferente anatomía, fisiología y hormonas corporales, atributos que además, tienden a ser más o menos constantes a través de las poblaciones.

Por su parte, cuando hablamos de género nos referimos a esa otra construcción, esta vez cultural e histórica, donde cada sociedad asigna roles y comportamientos distintos a hombres y mujeres en base a esa diferenciación sexual.

Lo preocupante resulta cuando estas diferencias sexuales terminan transformándose en desigualdades de género, o claramente en discriminaciones hacia las mujeres que

se manifiestan en múltiples y variados aspectos como son la expresión del poder, el prestigio y el control de los recursos, que originan inevitablemente diferencias definidas por un acceso desigual a los servicios sanitarios, y por ende, a la salud.

Otras características del concepto de género, son que es:

- 1. RELACIONAL:** Su objeto de interés no son las mujeres o los hombres separadamente, sino las relaciones de desigualdad que existen entre ellos en torno a la distribución de poder.
- 2. JERÁRQUICO:** Las diferencias entre hombres y mujeres no son neutras, tienden a atribuir mayor valor a “lo masculino”.
- 3. CAMBIANTE:** Las relaciones de género se modifican a lo largo del tiempo y en el espacio, y son susceptibles de transformación.
- 4. CONTEXTUALMENTE ESPECÍFICO:** Existen variaciones en las relaciones de género según culturas, etnias, lugares geográficos, clases sociales, edades, etc.
- 5. INSTITUCIONALMENTE ESTRUCTURADO:** Se refiere a las relaciones personales y privadas, así como a los sistemas sociales.

Pero en concreto ¿cómo se manifiestan estas diferencias sexuales y desigualdades de género en la salud? Atendiendo a las diferencias sexuales, existe suficiente evidencia científica que muestra, por ejemplo que:

1. Ante la misma exposición de consumo de tabaco, las mujeres fumadoras presentan entre un 20-70% de mayor riesgo de cáncer de pulmón.
2. Sufrido un ataque cardiaco, las mujeres doblan el riesgo de volver a reincidir al año siguiente, en comparación con los hombres.
3. La reacción a un mismo medicamento, así como los efectos secundarios que se pueden provocar son diferentes según sexo (ej: antihistamínicos, antibióticos).

4. La mayor vulnerabilidad de las mujeres a padecer depresión o sufrir síntomas de malestar psicológico parece estar relacionado con la mejor producción a nivel cerebral de serotonina.

5. Las mujeres tienen mayor vulnerabilidad a las enfermedades autoinmunes

6. A pesar de la mayor longevidad de las mujeres, su “calidad de vida” es inferior a la de los hombres (paradoja de la mortalidad femenina) y perciben peor su salud.

7. Ante una relación sexual no segura con una pareja infectada, las mujeres doblan el riesgo de contraer una Enfermedad de Transmisión Sexual y hasta diez veces más el de contraer el VIH que los hombres

En cuanto a las desigualdades de género, se documenta que:

1. Las mujeres tienen un acceso más reducido a las condiciones de vida materiales y sociales que favorecen la salud.

2. Los hombres y las mujeres desarrollan diferentes estilos de vida y patrones de comportamiento de riesgo debido a sus roles asignados culturalmente: los hombres tienden a asumir más comportamientos con consecuencias fatales (alcoholismo, tabaquismo, conducción temeraria, etc).

3. Las mujeres tienen mayor probabilidad de asumir comportamientos preventivos, incluido el acceso a los programas de screening. El mayor consumo de recursos sanitarios por parte de las mujeres también se relaciona a su papel biológico en la reproducción y a su mayor morbilidad y longevidad, así como con el rol de cuidadoras que socialmente, y de manera generalizada, se les ha asignado.

4. El nivel social de las mujeres y sus roles de género culturales y familiares, para muchos autores, es la principal causa de que presenten una mayor prevalencia de stress y depresión en comparación con los hombres.

5. Las mujeres presentan una vulnerabilidad diferencial al reaccionar de manera diferente que los hombres a las condiciones materiales, comportamentales y psicosociales que tienen que ver con la salud.

6. La pobreza constituye uno de los principales determinantes de morbilidad y mortalidad, documentándose que el 70% de los pobres del mundo son mujeres.

7. En sistemas de salud no solidarios, con predominio del aseguramiento privado basado en el riesgo, las mujeres son más costosas para las aseguradoras porque viven más, tienen más necesidades reproductivas y son más pobres.

Por otro lado, en relación a la asistencia sanitaria, se produce el llamado sesgo de género, entendido como la diferencia en el tratamiento médico de hombres y mujeres, incluso ante las mismas condiciones como los infartos de miocardio, o el cáncer. Los profesionales sanitarios en general han extrapolado a las mujeres los resultados de las investigaciones clínicas obtenidos en hombres, ya que de forma sistemática han estado excluidas de los ensayos clínicos y por tanto, no han estado representadas de manera equitativa en la investigación biomédica. No les aplican de igual manera los criterios de sospecha diagnóstica por el desconocimiento de la existencia de una morbilidad diferencial entre hombres y mujeres, así como de la historia natural de ciertas enfermedades en las mujeres. Sobre-utilizan las explicaciones alternativas al considerar las demandas y quejas de las mujeres en mayor medida como psicósomáticas (ansiedad), mientras las de los hombres son “más serias”. Infrautilizan los recursos diagnósticos/terapéuticos ya que las mujeres reciben menos tratamientos hospitalarios y se les aplican de manera sistemática menos tratamientos avanzados y más pruebas inadecuadas y cuidados menos agresivos. Medicalizan más a las mujeres (sobre todo de psicofármacos) y se retrasan más en ofrecerles atención electiva, y sobre todo, urgente.

El sistema sanitario funciona por tanto, como una estructura que invisibiliza a las mujeres al no reconocer la existencia de diferencias sexuales y desigualdades de género en salud; mantiene dichas desigualdades al no proporcionar una atención adecuada, y además por acción directa, reproduce dichas desigualdades y genera otras nuevas.

Por tanto, se puede concluir que cuando no hay ninguna razón biológica posible y plausible que pueda explicar el mantenimiento de resultados en salud y de uso y acceso a los recursos sanitarios diferentes y poco razonables entre hombres y mujeres, hay que sospechar en la discriminación social como la principal causa. Este reconocimiento exige que se planteen medidas para lograr la equidad de género en salud, entendida como la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres, lo que justifica, entre otras medidas, la realización de modificaciones y ajustes en el umbral y grado de sospecha de una enfermedad; en el uso diferenciado de pruebas diagnósticas invasivas y no invasivas; en el uso de pruebas adicionales cuando hay discrepancias clínicas, y en la valoración del índice riesgo/beneficio de intervenciones terapéuticas concretas.

Hacer efectiva esta equidad de género implica diseñar y poner en marcha políticas sanitarias que en principio no solamente tengan en cuenta los problemas de salud reproductiva de las mujeres, sino toda la amplia variedad de condiciones de salud que pueden padecer, las cuales, tradicionalmente han sido desvalorizadas por el carácter androcéntrico de los modelos de salud. Y por supuesto, han de estar enfocadas en la búsqueda de “las causas de las causas”, es decir centrándose en la influencia de las relaciones de género en el acceso y la utilización de los servicios institucionalizados de salud para realizar una distribución ajustada de los recursos sanitarios de promoción, prevención y cuidados de salud.

En España también se documentan problemas de equidad de género en el acceso a las prestaciones sanitarias. Para superarlos se recomienda que las instituciones públicas acometan con rigor y objetividad el estudio sistemático de las desigualdades en el acceso a la salud y la atención sanitaria desde una perspectiva integral, que incluya el análisis de problemas de salud y colectivos concretos, así como la evaluación de impacto en la equidad de todas las iniciativas que se pongan en marcha.

Palabras Clave

Sexo, género, desigualdades de género, salud.

Bibliografía

1. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003; 32:652-57.
2. Velasco-Arias S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. [Internet]. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política social: 2009 [consultado 10 agosto 2018]. Disponible en: goo.gl/YovvA9.
3. García-Calvente MM, Jiménez-Rodrigo ML, Martínez-Morante E. Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género. [Internet]. Madrid, Ministerio de Sanidad y consumo [consultado el 1 de septiembre 2018]. Disponible en: goo.gl/yVr5BJ
4. García-Calvente MM, Marcos-Marcos J, del Río-Lozano M, Hidalgo-Ruzzante N, Maroto-Navarro G. Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: an ethnographic insight into a local spanish context. *Soc Sci Med.* 2012; 75:2225-2232.
5. García-Calvente MM (ed), Jiménez-Rodrigo ML, Martínez-Morante E, Del Río-Lozano M. Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud. [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [consultado 4 de Julio 2018]. Disponible en: goo.gl/XbCohR.
6. Ruiz-Cantero MT, Tomás-Aznar C, Rodríguez-Jaume MJ, Pérez-Sedeño E, Gash-Gallén A. Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempo en España. *Gac Sanit.* De próxima aparición 2018.
7. Organización Panamericana de la Salud. Política de igualdad de género [Internet]. [citado 12 Ago 2018]. Disponible en: goo.gl/UhMfH9.
8. Mara A, Yerkes, Roeters A, Baxter J. Gender differences in the quality of leisure: a cross-national comparison. *Community, Work & Family*, 2018. DOI: 10.1080/13668803.2018.1528968.
9. Sen G, Asha G, Pirotska Ö. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud / Harvard Center for Population and Development Studies, 2005. [Consultado: 16 de Septiembre, 2018]. Disponible en: goo.gl/DwQAai.
10. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso de las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gac Sanit.* 2016; 30(S1):25-30.

CONFERENCIAS

INVITADAS

SISEP 1.0 el portafolio digital para la evaluación de las prácticas de enfermería

De Luna-Bertos Elvira

Subdirectora del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad de Granada.

Resumen

El sistema de Seguimiento y Evaluación de las Prácticas tiene como punto de partida el Espacio Europeo de Educación Superior, donde lo que se promueve es que la formación del estudiantado se centre en la adquisición de Competencias específicas y transversales y dónde el estudiante pasa a ser el responsable de su propio aprendizaje. El objetivo de las prácticas es que a través de ellas se adquieran las competencias relacionadas con la profesión Enfermera, de manera que se acentúe el carácter integrador de los conocimientos en la formación práctica. Ahora las prácticas tienen sentido por sí mismas al tratarse de asignaturas independientes con un carácter finalista en cuanto a adquisición de competencias profesionales.

Desde el Departamento de Enfermería se trabajó para desarrollar un Portafolio que pudiera operativizar el alcance de la Competencia. Cada competencia a alcanzar se le vinculó unas intervenciones Enfermeras de la Clasificación NICs, las cuales han abarcado un enfoque multidimensional que incluyen capacidades de comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico y promoción de valores en beneficio de las personas y comunidades atendidas.

Es bien sabido que las TICs ayudan en el proceso de enseñanza y aprendizaje, y ayudan a ahorrar esfuerzos a la hora de archivar y clasificar los diferentes documentos que se van generando. Por eso a este Departamento se le presentó otro reto, digitalizar el Portafolio, con la finalidad de que pudiera ser más operativo, más dinámico y participativo, en el que tuviera cabida los diferentes elementos de aprendizaje. Por estos motivos se puso en marcha el Sistema Informático de Seguimiento y Evaluación de las Prácticas (SISEP 1.0).

Esta plataforma on-line ha sido diseñada específicamente para el seguimiento de prácticas de los estudiantes de enfermería; que permite: - Realizar el seguimiento y evaluar las intervenciones realizadas por los estudiantes; - Que el estudiante realice su propio seguimiento y autoevaluación; y emitir informes para los estudiantes y tutores. Esta plataforma permite tener diferentes perfiles con funciones y acceso diferenciado (Estudiante, Tutor, coordinador de la asignatura, profesor de la asignatura y administrador de la plataforma) y recopilar todos los elementos que componen la evaluación de las asignaturas de prácticas (Registro de Intervenciones, Informe de actitud, Seminarios, Casos clínico y diario de prácticas).

Con esta forma de trabajar hacemos que el estudiante sea responsable al 100% de su formación y evaluación; ya que es él el que comienza el sistema con la realización de su plantilla de NICs y el registro diario de las intervenciones realizadas, sin esto ninguna de las demás personas implicadas en la formación del estudiante pueden evaluar sus prácticas. Además, SISEP 1.0 proporciona informes individualizados de Prácticas que sirve en muchos casos para informar, en el ámbito profesional, de las competencias trabajadas y alcanzadas por parte del estudiante, a lo largo de sus prácticas.

Es por tanto, una herramienta digital que permite tanto al estudiante como al docente ver su progreso a lo largo de las diferentes asignaturas de prácticas.

Palabras Clave

Estudiantes, Portafolio digital, Prácticas, Sistema de evaluación

Bibliografía

Bibliografía (las 3 más pertinentes. Normas Vancouver o APA)

- Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (2003): La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Documento-marco. Madrid. Recuperado de www.eees.es/es/documentacion.
- Bulechek GM, Butcher HK, y Mc Closkey JC. (2011) Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier.
- Barberà E, Bautista G, Espasa A, y Guasch T. (2006). Portfolio electrónico: desarrollo de competencias profesionales en la Red. En: Antoni BADIA (coord.). Enseñanza y aprendizaje con TIC en la educación superior [monográfico en línea]. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento (RUSC). Vol. 3, n.º 2. UOC.

ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA EN EL AGUA Y SU INFLUENCIA EN LOS PARÁMETROS MATERNO FETALES.

SWEP Study

Autora: Dra. María José Aguilar Cordero.

Filiación: Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.

Correo electrónico : mariajoseaguilar@ugr.es

Resumen

Introducción: El entrenamiento mediante ejercicio físico moderado durante el periodo de gestación aporta beneficios tanto a la mujer embarazada como al feto. Los trabajos de investigación consultados vinculan la actividad física con una reducción del número de cesáreas, de partos instrumentados y con un parto más fisiológico. Previene igualmente la ganancia excesiva de peso de la mujer, disminuye el riesgo de diabetes gestacional y de hipertensión arterial. Nuestra propuesta es realizar un ejercicio físico moderado en el agua, aprovechando las características físicas de este medio; contrarrestar la fuerza de la gravedad con la fuerza de la flotación y con ello disminuir la carga del peso del cuerpo de la mujer, facilitar la amplitud de sus movimientos, evitar las sobrecargas en las articulaciones y reducir los impactos

Objetivo: Determinar la relación entre un programa de ejercicio físico de carácter moderado en medio acuático y su repercusión en los parámetros materno fetales:

Sueño, depresión postparto, periné íntegro, peso del bebé, peso de la embarazada, lactancia, recuperación postparto y neurodesarrollo del bebé.

Materiales y métodos: Se diseñó un ensayo clínico aleatorizado, tipo open-label, con una muestra de 140 mujeres gestantes, con edades entre 21 y 43 años. Al final, se registraron 6 casos no adecuados de mujeres del grupo control (GC) y 5 mujeres del grupo estudio (GE), por lo que la muestra quedó conformada por dos grupos, grupo Estudio (n=65) y grupo Control (n=64). Las mujeres se captaron a las 12 semanas de gestación en el control ecográfico del primer trimestre. El estudio comenzó en la semana 20 de gestación y terminó en la 37. El GE practicó un ejercicio físico de carácter moderado en el medio acuático, durante una hora, tres días a la semana; y según las recomendaciones del método SWEP

Resultados: Tiempo total de parto menor en el grupo de ejercicio. Disminución en el tiempo de dilatación y expulsivo. Partos eutócicos más frecuentes en el grupo de ejercicio. Las gestantes que realizaron ejercicio físico tuvieron una tasa muy superior de integridad perineal al finalizar el parto, 26.15% frente a 3.12% en el GC. El porcentaje de RN que se pueden englobar en la categoría de Bajo Peso es del 3,1%, lo que corresponde a pesos inferiores a 2.500 gr. La práctica de ejercicio físico de carácter moderado no presenta diferencias en la puntuación del test de Apgar al minuto de vida.

A los 5 min hay diferencias estadísticas sin que sea clínicamente relevante

Conclusiones: Mejora la calidad del sueño, especialmente normopeso y sobrepeso. Menor tiempo de parto, especialmente normopeso y sobrepeso. Mejor control de la ganancia ponderal. Mayor integridad del periné. Peso del Recién Nacido más adecuado. Buen estado general del Recién Nacido

Palabras Clave:

Palabras Clave

Embarazo, depresión posparto, actividad física, Índice de Masa Corporal, calidad de vida, neurodesarrollo.

Bibliografía

Bibliografía

1. Aguilar-Cordero, MJ; Sánchez-García, JC; Rodríguez-Blancue, R; Sánchez-López, AM; Mur-Villar, N. Moderate physical activity in an aquatic environment during pregnancy (SWEP study) and its influence in preventing postpartum depression. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2018 Feb 1:1078390317753675. doi: 10.1177/1078390317753675.
2. Rodríguez-Blancue R, Sánchez-García JC, Sánchez-López AM, Mur-Villar N, Aguilar-Cordero MJ. The influence of physical activity in water on sleep quality in pregnant women: A randomised trial. *Women Birth.* 2017 Jul 7. pii: S1871-5192(16)30267-0. doi: 10.1016/j.wombi.2017.06.018. JCR: 2,138
3. Aguilar Cordero, María José; BSc. Rodríguez Blancue, Raquel; BSc. Sánchez García, Juan Carlos; BSc. Sánchez López, Antonio Manuel; BSc. Baena García, Laura; PhD. López-Contreras, Gracia. Influencia del programa SWEP (Study Water Exercise Pregnant) en los resultados perinatales: Protocolo de estudio. *Nutr Hosp.* 2016; 33(1):162-176

CAPACIDADES DE INTERACCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS EN LOS PRIMEROS MINUTOS DE VIDA

Autora: Encarnación Martínez García

Filiación: Matrona Hospital Alta Resolución de Guadix (Granada) (Agencia Pública Empresarial Hospital de Poniente). Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada

Resumen:

Con frecuencia se duda sobre las capacidades que presentan los recién nacidos para adaptarse al medio externo en el momento del nacimiento, sobre todo, las relacionadas con la posibilidad de establecer una interacción efectiva con su madre y padre, y con el establecimiento de la lactancia. El desconocimiento de estas capacidades de interacción por parte de los profesionales sanitarios ha privado a los recién nacidos que han venido al mundo en los centros sanitarios de una mejor adaptación a la vida extrauterina, y limitado el vínculo afectivo de los padres con su hijo (a). Sin embargo, en la actualidad se cuenta con la suficiente evidencia científica y empírica que muestra el amplio abanico de competencias interactivas con las que cuenta el recién nacido.

Con esta ponencia, trataré de mostrarles cuáles son éstas con el objetivo de que los profesionales sanitarios que estamos directamente implicados en la atención al parto podamos facilitar que los recién nacidos las desarrollen y además, fomentar el vínculo, informando a los padres sobre de ellas, para que estén atentos y puedan vivir de la

manera más satisfactoria posible la experiencia del nacimiento y estos momentos únicos e irrepetibles en la vida de sus hijos/as. Así mismo, mostraré las últimas recomendaciones publicadas por la OMS sobre la atención al parto, en las que se reflejan precisamente, el interés creciente por respetar al máximo estos primeros instantes de los recién nacidos.

En el momento del nacimiento, los fetos a término cuentan con un desarrollo neurológico, muscular y sensitivo suficientemente maduros para comenzar la interacción con el medio exterior. Además, el estrés del parto constituye una fuente de hormonas de la familia de las adrenalinas, tanto para madres como para los fetos, que los van preparando para ese primer contacto físico que van a tener en el mundo exterior.

Las mujeres tras el parto se encuentran en un estado de alerta y sensibilidad especial, incluso aunque el trabajo de parto haya sido especialmente complicado, ya que aunque los niveles de Adrenalina descienden, aún permanecerán por algún tiempo en sangre. Los recién nacidos por su parte, si bien algunos lloran en el mismo momento del nacimiento, normalmente pasan a un estado de alerta tranquila, donde permanecen despiertos y sin llanto, que suele durar unas dos horas, también llamando Periodo Sensitivo. Si se les deja sobre el pecho de su madre, en contacto piel con piel y sin grandes estímulos de luces y ruidos, durante los primeros 30-40 minutos mantendrán los ojos muy abiertos, vivos e intensos y no realizarán grandes movimientos, explorando su alrededor con la mirada y buscando los ojos de su madre. Poco a poco empezarán a realizar movimientos con la boca, a chuparse las manos, a salivar, moverán las piernas, realizarán pequeñas embestidas que les permitirán desplazarse lateralmente, y como media en el plazo de una hora, con las manos agarrarán el pezón, abrirán la boca suficientemente e iniciarán la succión correctamente.

Y todo esto lo pueden hacer porque además de contar con unas madres y un ambiente receptivo, disponen de las capacidades de interacción necesarias para ello

relacionadas con los sentidos de la vista, el oído, el tacto, el gusto, el olfato, así como la musculatura y la maduración neuronal que les permiten coordinar todos estos sentidos con sus propios cuerpos.

La vista en los recién nacidos siempre ha sido un sentido que ha generado gran incertidumbre. Los recién nacidos ven, aunque deben mirar con los dos ojos pues tienen una visión binocular, y además son miopes, es decir, ven a una distancia máxima de unos 20-25 cms, la distancia justa que existe entre sus ojos y los de sus madres cuando los sostienen en sus brazos. Además, muestran claras preferencias por los círculos y rayas, y también por los contrastes claro-oscuro como los que existen en los ojos de quienes les miran, o entre la areola materna y el resto del pecho. Prefieren los rostros humanos y eligen ciertas formas examinándolas con atención, hasta el punto de poder imitar y responder a expresiones faciales bastante complejas. Con estas miradas mutuas, a las que ambos, padres y recién nacidos se sienten magnéticamente atraídos, se establece el primer diálogo y el inicio del vínculo afectivo. La audición en los recién nacidos es un sentido altamente desarrollado ya desde la vida intrauterina. Distinguen distintos tipos de sonidos, intensidades y tonos respondiendo a ellos dirigiendo su mirada o con desagrado. Prefirieren los sonidos familiares, agudos y rítmicos. Por su parte, los padres y familiares que los rodean, justamente y de forma instintiva, les hablan y emiten los sonidos que se corresponden con las capacidades de los recién nacidos en el momento de nacer.

El sentido del tacto se considera un componente principal del conjunto de herramientas utilizadas por los bebés para consolarse, explorar su mundo e iniciar el contacto. Son altamente sensibles a la temperatura, a las texturas, presión, humedad, movimiento y dolor. Prefieren el contacto con la piel, el calor, la contención, la flexión y los movimientos rítmicos. Al tocarlos, se estimula la producción de hormonas del crecimiento y mejora el sistema inmunitario. Los padres, por su parte, sienten un deseo de cogerlos, abrazarlos y mecerlos, satisfaciendo así las necesidades básicas de contacto de los recién nacidos.

Igualmente que el oído y el tacto, el gusto es un sentido altamente desarrollado en los recién nacidos. Muestran gran capacidad para distinguir con precisión, y responder incluso a pequeñas alteraciones químicas en los alimentos colocados en su lengua, sintiendo preferencia por los sabores dulces.

Quizá el olfato haya sido el sentido más desconocido como elemento que ayuda a los recién nacidos a su adaptación a la vida extrauterina, si bien, en la actualidad se considera el más importante de todos. Las sensaciones olfativas tienden puentes entre el ambiente intrauterino y el extrauterino al distinguir y reconocer diferentes olores. El olor y el sabor del líquido amniótico que queda en sus manos, les sirve de guía para establecer conexión con cierta sustancia aceitosa que segrega el pezón relacionada con dicho líquido, cuyo olor les guía hacia él, consiguiendo así el agarre y posterior succión. Las preferencias olfativas de los recién nacidos se derivan hacia el olor del líquido amniótico, cambiando poco a poco hacia el del calostro, para finalmente optar por el de la leche materna, lo que claramente se diferencia ya en el cuarto día de vida. Además del desarrollo de los sentidos, los recién nacidos están capacitados para realizar una gran cantidad de movimientos de su cuerpo y extremidades, manteniendo así una conversación con su entorno, mucho antes de que pueda articular palabra. Poseen la fuerza suficiente para levantar la cabeza, para sostener con sus manos el peso de su propio cuerpo, para mover los brazos hacia el objeto de su atención, y para iniciar una marcha por el cuerpo de su madre.

Pues bien, todas estas capacidades de interacción se hacen evidentes cuando los bebés nada más nacer, se les deja secos y calientes encima de su madre, desnudos en contacto piel con piel, sin estímulos de luces o ruidos, y con paciencia. Los padres podrán observar cómo su hijo recién nacido, al que tanto tiempo se le ha considerado incapaz de realizar movimiento con algún objetivo determinado, es capaz no solo de moverse en busca de su sustento, sino de interactuar con su entorno consiguiendo así la mejor adaptación a la vida extrauterina y favorecer el vínculo afectivo con sus progenitores para que lo cuiden y lo amen.

Es por lo que las sociedades sanitarias y científicas, concedoras de estos hallazgos han incorporado el contacto precoz piel con piel en sus recomendaciones institucionales con el fin de promocionar y fomentar la lactancia materna. Así se recoge en los diez pasos de la Iniciativa Hospital Amigos de los Niños, en la sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría, en la Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido, en las recomendaciones del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología, o en las del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Además, forma parte de las buenas prácticas obstétricas establecidas a nivel nacional en España en la Estrategia de Atención al Parto Normal, en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, y en los Cuidados desde el Nacimiento, así como en las buenas prácticas del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía.

A nivel internacional, el último informe publicado por la OMS en 2018, llamado *“Para los cuidados durante el parto, para una experiencia positiva del parto”* en relación con la atención al recién nacido recomiendan, en ausencia de complicaciones, el contacto piel con piel con la madre al menos durante la primera hora para prevenir hipotermia y promover la lactancia, así como la permanencia continua en la misma habitación de madre e hijo las 24 horas del día. En esta primera hora habría que evitar realizarles intervenciones traumáticas como aspiración de secreciones de boca o nariz, inyección de la vitamina K, y por supuesto el baño.

En conclusión, los profesionales sanitarios que atendemos los nacimientos hemos de conocer esta evidencia científica y poner en práctica las recomendaciones institucionales, ya que de otra manera estaríamos privando a estos recién nacidos de una mejor adaptación al mundo extrauterino, y a los padres del comienzo de un adecuado vínculo afectivo tan crucial para la salud de su hijo y para su propia satisfacción de esta experiencia vital, como es el parto.

Palabras Clave: Recién nacidos, capacidades de interacción, contacto piel con piel, lactancia, vínculo afectivo

Bibliografía

Klaus MH, Klaus PH. Su sorprendente recién nacido. Sus capacidades de interacción desde los primeros minutos de vida. Ed. Medici. Barcelona, 2004.

Schaal B, Coureaud G, Doucet S, Delaunay-El Allam M, Moncomble AS, Montigny D, Patris B, Holley A Mammary olfactory signalisation in females and odor processing in neonates: Ways evolved by rabbits and humans. Behavioural Brain Research. 2009; 200 (2): 346-358.

Preliminary evidence of a sensitive period for olfactory learning by human newborns O Romantshik O, Porter RH, Tillmann V ,Varendi H. Acta Paediat Int J Paedia. 2007; 96(3), pp. 372-376.

Early-onset binocularity in preterm infants reveals experience-dependent visual development in humans. Jandó G , Mikó-Barátha E , Markó K , Hollódy K , Török B , Kovacs I. En: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2012;109(27):11049-11052.

OMS. Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. [Internet]. Consultado el 12 de Agosto 2018. Disponible en: goo.gl/XUy3B1

Causas y componentes del Síndrome Metabólico en receptores de trasplante renal, desde una perspectiva de género

Autor: Rafael Fernandez Castillo

Filiación: Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.

Correo electrónico : rafaelfernandez@ugr.es

Resumen

Introducción:

La aparición del síndrome metabólico (SM) entre los receptores renales es una de las mayores complicaciones postrasplante y se asocia con un mayor riesgo de fracaso del injerto y altas tasas de obesidad y diabetes de nueva aparición.

Objetivo:

El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre los componentes del síndrome metabólico y sus combinaciones en pacientes trasplantados renales según género.

Material y método:

La muestra estuvo formada por 500 pacientes trasplantados renales, de los cuales 190 padecían SM, 121 hombres y 69 mujeres, Todos los sujetos se sometieron a evaluación clínica y toma de muestras de sangre para mediciones de laboratorio. El SM se determinó según los criterios de NCEP-ATP-III. Función renal se estimó usando ecuaciones AMDRD y determinaciones de Crs.

Resultados:

Le media de edad fue de 55.5 años. La prevalencia del SM fue significativamente mayor en hombres (23,1% < vs. 9,8%). La HTA fue el componente del MS más observado. Se observaron correlaciones significativas (Pearson; $p < 0.05$) entre TFGAMDRD y TFG Crs y marcadores metabólicos mas en hombres que en mujeres. El IMC fue significativamente mayor en mujeres que en en hombres.

Conclusiones:

La disminución de la función renal asociada con los componentes del SM, la HTA y la obesidad podría representar un riesgo específico preocupante e indicar un rechazo del injerto y un aumento de la morbilidad en estos pacientes

Palabras Clave: Trasplante renal, Alteraciones lipídicas, Hiperlipidemia.

Bibliografía

1. Castillo RF, García Rios MD, Peña Amaro P, García García I. Progression of alterations in lipid metabolism in kidney transplant recipients over 5 years of follow-up. *Int J Clin Pract.* 2014 Sep;68(9):1141-6.
2. Fernández Castillo R, De Alarcon RM, Esteban RJ, Haouari O, Planell E, Perán F, Bravo JA.. Bone mineral density in patients with renal hyperparathyroidism undergoing surgery: relationship with bone parameters. *Med Clin (Barc).* 2010;135:156-159.
3. Fernández Castillo R, Fernández Gallegos R, Peña Amaro MP, Esteban de la Rosa RJ. Assessment of lipid profiles and bone mineral density in renal transplant patients. *Nutr Hosp.* 2015 Jun 1;31(6):2503-10.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

Autor: Adelina Martín Salvador

Filiación: Profesora Sustituta Interina del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla. Universidad de Granada.

Resumen

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema emergente en todo el mundo. Afecta a cerca del 10% de la población mundial. La prevalencia de la ERC aumenta por el envejecimiento poblacional y el incremento de sus factores de riesgo (enfermedades cardiovasculares, diabetes, HTA y obesidad).

El trasplante renal es la terapia de elección que permite dar solución a pacientes con una insuficiencia orgánica terminal e irreversible. El éxito de éste aumenta la calidad de vida del paciente y disminuye el riesgo de mortalidad.

La obesidad es un importante factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad renal. El 50% de los candidatos a trasplante renal en España son obesos o tienen sobrepeso. Muchos servicios de nefrología se oponen a trasplantar a pacientes con $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ debido a las complicaciones que tienen asociadas (complicaciones perioperatorias, infección herida quirúrgica, función retardada del injerto y rechazo agudo).

El aumento de peso después del trasplante es frecuente, se estima entre los 5-10kg. En nuestro estudio se ha observado como en el primer año post-trasplante es cuando hay un mayor aumento del IMC y su línea es seguir aumentando durante en los años sucesivos. Antes del trasplante más del 50% de los pacientes tenían un IMC normal

mientras que tras el primer año este porcentaje disminuye al 33%, aumentando el porcentaje de obesidad a un 26,6%. A los 5 años postrasplante el porcentaje de pacientes con normopeso es del 29% mientras los pacientes que presentan sobrepeso u obesidad es más de 65%. Las causas de este aumento de peso es multifactorial: herencia genética, sexo, raza, alimentación, estilos de vida, estado de salud. Además de causas específicas como son: glucocorticoides, inmunosupresores, esteroides, sensación de bienestar. Dando lugar a diabetes, dislipemia, HTA, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica, ACV y arterioesclerosis.

Al estudiar la función renal mediante la fórmula de Cockcroft-Gault, en estos pacientes con sobrepeso u obesidad, observamos como los valores de esta se mantienen dentro de un filtrado leve pero la tendencia es a disminuir desde el primer al quinto año postrasplante. Lo mismo ocurre con la creatinina sérica donde la tendencia es aumentar desde el primer al quinto año por encima de los valores normales.

Todo esto da lugar a una disminución filtrado glomerular, a un mal funcionamiento del riñón y por último a la pérdida del injerto. Por lo que debemos promover la necesidad de perder peso en estos pacientes con sobrepeso u obesidad antes de someterse al trasplante renal y realizar un seguimiento continuo en todos los pacientes trasplantados renales.

La educación sanitaria es una herramienta muy importante en el manejo de pacientes portadores de una enfermedad crónica. Tanto la obesidad como la ERC asociada son en gran medida prevenibles.

Es importante realizar un programa educacional desde su ingreso al programa de trasplante renal hasta el alta y seguimiento ambulatorio post trasplante, dirigido tanto al paciente como a su familia. Enfermería tiene un papel clave en este proceso de cambios de hábitos de vida. Con una buena educación lograremos que el paciente aprenda a autocuidarse, permitirá realizar modificaciones en su comportamiento y

estilo de vida y prevenir factores de riesgo, principalmente el rechazo y la no adherencia, con la consecuente pérdida del injerto. Además de disminuir su ansiedad y sus miedos. Por consiguiente mejorar su calidad de vida.

Palabras Clave

Educación para la salud; Trasplante renal; Enfermedad renal crónica; Obesidad.

Bibliografía

1. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Atención Primaria*. 2014;46(9):501–19.
2. Foster MC, Hwang S, Larson MG, Lichtman JH, Parikh NI, Vasan RS, et al. Overweight, Obesity, and the Development of Stage 3 CKD: The Framingham Heart Study. *Am J Kidney Dis*. 2008;52(1):39–48.
3. Ryan KJ, Segedin Casas JM, Mash LE, McLellan SL, Lloyd LE, Stinear JW, et al. The effect of intensive nutrition interventions on weight gain after kidney transplantation: Protocol of a randomised controlled trial. *BMC Nephrol*. 2014;15(1):148-156

ROL DE ENFERMERÍA EN EL CAMPO DEL SUEÑO Y LA SALUD

Autor: Germán Prados García

Filiación: Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.

Correo electrónico : germanprados@ugr.es

Resumen

Las alteraciones del sueño y la somnolencia diurna presentan una alta prevalencia en la población general constituyendo un problema de salud pública de primer orden que se ha abordado deficientemente en el ámbito clínico y en la investigación en Ciencias de la Salud.

Desde el ámbito de la Enfermería ha estado claro desde hace tiempo que el descanso nocturno es fundamental para el mantenimiento y recuperación de la salud. Así, ya a mediados del siglo diecinueve, Florence Nightingale bajo su modelo conceptual de la salud y la enfermedad estableció la promoción del descanso y el sueño nocturno como un factor fundamental para la curación del paciente.

En el dominio de la salud y el sueño, el análisis de los factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores que conducen a una mala calidad del sueño debe formar parte del rol investigador de enfermería en salud pública y en el ámbito clínico. También las líneas futuras de investigación deben promover el estudio de la neurofisiología del sueño y la cronobiología desde el punto de vista de la enfermera, y en un campo compartido con otras disciplinas de Ciencias de la Salud. Además, se precisan estudios experimentales que hagan patente la eficacia de los cuidados de enfermería en la promoción del descanso y sueño nocturno incorporando, también, el uso de las nuevas tecnologías.

Palabras Clave

Enfermería, Ensayo clínico, Investigación básica, Salud Pública, Sueño

Bibliografía

- Espie, C. A., MacMahon, K. M. A., Kelly, H. -, Broomfield, N. M., Douglas, N. J., Engleman, H. M., . . . Wilson, P. (2007). Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep, 30*, 574-584.
- Gracia, J., & Díaz del Campo, P. (2009). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- McCurry, S., Song, Y., & Martin, J. (2015). Sleep in caregivers: What we know and what we need to learn. *Current Opinion in Psychiatry, 28*, 497-503.

Claves para la asistencia sanitaria a personas variantes de cuerpo, género e identidad

Autor: María Dolores Cano-Caballero Gálvez

Filiación: Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.

Correo electrónico: mariadolorescanocaba@ugr.es

Resumen

Debe ser una obligación para los profesionales de la salud conocer e interiorizar una asistencia inclusiva de no discriminación, una atención humana, igualitaria y equitativa a personas con diversidad sexual, corporal y de identidad sexual. Además, incorporar esa práctica dentro del paraguas de La Declaración Universal de Derechos Humanos¹ es una necesidad

Hay algunos conceptos que nos gustaría revisar:

- Sexo “asignado al nacer”: Características anatomofisiológicas que posee el individuo al nacer. Socialmente se asignan una de las categorías dicotómicas de hombre o mujer, esto es una construcción histórica y no es una construcción directa de la biología, como plantea Tomas Laqueur².
- Género; Características emocionales, intelectuales y conductuales que cada sociedad asigna a hombres y mujeres. Se debería ver no como un concepto binario, sino como un espacio que cambia temporo-espacialmente de unas sociedades a otras y en las que el individuo se mueve a lo largo de la vida. La idea binarista de género femenino y masculino se supera con este modelo³.

La idea de que sexo y género son dos conceptos independientes que no tienen relación, cada vez está más cuestionada. Se sabe que género y sexo tienen una gran imbricación y en la mayoría de los casos se construyen y se definen a la par.

- Orientación sexual: Atracción emocional, romántica, sexual y/ o afectiva que siente la persona. La idea de que el deseo es innato, natural e inmutable y no cambiante, también se pone en evidencia en las nuevas investigaciones sobre sexualidad.
- Identidad sexual: Conciencia o deseo que tienen una persona de pertenencia al uno u otro género. La identidad también se ha entendido como que es innata e inmutable, esta idea muy afianzada en muchos sectores sociales, está en cuestión. La habitual no tiene porque ser lo normal o adecuado.

Hay otras formas de construcción personal, de identidad distintas del cuerpo y la atracción sexual que deben ser reconocidas y que no se deben patologizar. Entre otras tenemos a las personas homosexuales, transexuales, gender-queer o personas intersexuales.

La Declaración Universal de Derechos Humanos plantea que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, por lo que no es justificable distinguir, excluir o tratar como inferior a persona alguna, si no existe un fundamento razonable para ello. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”¹.

Otro paraguas que nos debe cubrir en nuestra práctica asistencial, para la no discriminación por razones de sexo corporal e identidad de género, son los principios de la Bioética: Autonomía, Consentimiento Informado, No Maleficencia, Justicia que fomenta que el individuo dé su consentimiento para cualquier decisión sobre su persona con la información necesaria, donde se buscará beneficiar a los participantes o a los futuros pacientes, minimizar los posibles daños, de forma que

se garanticen estos derechos en las personas variantes de cuerpo, género e identidad⁴.

Hay heterogéneas formas de exclusión a personas diferentes como:

- Discriminación (negar la igualdad de trato, produciéndole un daño)
- Estereotipo (atribuirle las características negativas, generalmente falsas, de un grupo, sin tener en cuenta sus características personales)
- Prejuicio (considerarlo sin conocerlo malo, erróneo o inadecuado, solo por ser diferente a la mayoría)

Ejemplos concretos de homofobia (miedo o rechazo a personas homosexuales): se sabe que el mayor número de casos de bullying en colegios es hacia este colectivo, pensar que las personas homosexuales contagian enfermedades, son necesitados de rehabilitación, etc. Se debería tener en cuenta en su atención las necesidades diferentes de colectivos con características distintas. El lenguaje es un recurso importante de discriminación. Un ejemplo concreto: cuando se dice que “los homosexuales tienen más riesgo de padecer VIH”, en lugar de que son las personas que realizan sexo anal, se estereotipa al colectivo, se olvida que hay otras personas que tienen prácticas sexuales, anales como son personas bisexuales o incluso heterosexuales.

Ejemplos concretos de transfobia (miedo o rechazo a personas transexuales, las que su identidad no corresponde al sexo asignado al nacer): ser consideradas personas enfermas mentales, no poder inscribirse en el registro civil con la identidad que se desea, menores posibilidades sociales y laborales, no recibir una atención sanitaria adecuada a sus necesidades, considerarlas personas viciosas y sin control sexual, etc.

Ejemplos concretos de intersexfobia (miedo o rechazo a personas intersexuales, aquellas que su cuerpo tiene características anatomofisiológicas de ambos sexos a veces muy evidente y otra no tanto): intervenciones tempranas de los genitales, en los primeros meses después de su nacimiento, para adaptarlos a los cánones sociales binaristas de sexo-género, considerar la intersexualidad una emergencia psicosocial que requiere de intervención sin que la persona en cuestión pueda decidir.

Me gustaría terminar exponiendo las propuestas de la **Campaña Internacional Stop Trans Pathologization**, que es una plataforma activista internacional, creada con el objetivo de impulsar acciones por la despatologización trans en diferentes partes del mundo⁵:

- Reconocimiento legal del cambio registra de nombre y género sin requerimiento médico.
- Derecho a la despatologización y a la cobertura pública sanitaria trans-específica como derechos humanos (biopsicológica).
- Estrategias a corto-largo plazo, regionales/internacionales para conseguir implementación progresiva.
- Retirada de categoría trans-específicas actuales del DSM y CIE.
- Introducción de una referencia no patologizante de la atención sanitaria trans-específica en la CIE como un proceso de salud no basado en enfermedad o trastorno.
- Lucha contra la “transfobia” en los ámbitos educativos, jurídico, sanitario, etc.

Y las propuestas del activismo intersex, que trabajan para rectificar la errónea presuposición según la cual cada cuerpo alberga una “verdad innata” sobre su sexo que los profesionales médicos pueden discernir y traer a la luz por sí solos⁶:

- Una abolición de las prácticas de intervención quirúrgica no consentidas a recién nacidos, niños y adolescentes intersex.
- Un cese de los abortos selectivos por ese motivo.
- La despatologización de variaciones en las características sexuales en guías médicas, protocolos y clasificaciones diagnósticas.
- La formación de profesionales sanitarios, el acceso a las historias clínicas, así como la garantía de un proceso de información, toma de decisión y consentimiento informado en todas las intervenciones médicas.
- El derecho a un registro del género al nacer y a la posibilidad de cambiar este registro, a la vez de recomendar la supresión general de la categoría de

sexo/género en los registros de nacimiento y documentos identificativos en un futuro.

- Garantizar el reconocimiento y la reparación del daño causado a personas intersex en el pasado, crear conciencia sobre los derechos de las personas intersex en la sociedad actual, así como de facilitar la creación de “contextos de contención, comunicación y celebración para las personas intersex, sus familias y quienes les rodean”

¿Categorizar los cuerpos qué nos aporta? El ser humano es diverso, diferente, distinto, nadie debe ser discriminado por vivir su sexualidad o su identidad como desea.

Lo cotidiano, es siempre construido por los discursos que lo fundan y legitiman.

Palabras clave

Sexo, género, orientación sexual, identidad de género, transexualidad, trastorno del desarrollo sexual, atención a la salud.

Bibliografía

Organización de Naciones Unidas (ONU). Declaración Universal de Derechos Humanos. Consultado el 3 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Laqueur T. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Madrid: Cátedra; 1994.

Collignon-Goribar MM, Lazo-Corvera P. Derechos humanos/sexuales, género y biopolítica: reflexiones sobre la configuración subjetiva del derecho a la libre elección

de identidad de género. 2017. La ventana. Revista de estudios de género (Consultado el 22 de abril de 2018) 5(45), 50-87. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362017000100050&lng=es&tlng=pt.

Dos Santos-Cosac DC. Autonomía, consentimiento y vulnerabilidad del participante de investigación clínica. Revista Bioética. 2017; 25 (1): 19-29.

Stop Trans Pathologization. Objetivos de la campaña. Consultado 23-abril 20018. Disponible en: <https://www.stp2012.info/old/es/objetivos>.

Brújula Intersexual. Intersex Genital Mutilations Human Rights Violations Of Children With Variations Of Sex Anatomy. Consultado 22 de abril 2018. Disponible en: <http://intersex.shadowreport.org/public/2018-CEDAW-Mexico-NGO-Intersex-Brujula-StopIGM.pdf>.

Proyecto Manos Seguras Ecuador

Autor: Jacobo Cambil Martín

Filiación: Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.

Correo electrónico : jcambil@ugr.es

Resumen

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada es el primer centro universitario en España en haber conseguido la acreditación del Distintivo Manos Seguras, otorgado por el Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía en Abril de 2014. Como Centro Mentor reacreditado en Mayo de 2016, la Facultad lidera el proyecto “Manos Seguras Ecuador” de Cooperación Universitaria al Desarrollo en Seguridad del Paciente mediante modelos de acreditación y formación sanitaria.

El objetivo de esta cooperación académica es transferir el Distintivo Manos Seguras a la Facultad de Ciencias de la Salud de Riobamba de la Universidad Nacional del Chimborazo, Ecuador, para formar y acreditar a esta Facultad y así empoderarse como referente en línea estratégica de seguridad del paciente en Ecuador.

La metodología del proyecto se plantea según la filosofía del Enfoque del Marco Lógico para la formulación de proyectos en cooperación al desarrollo.

Ambas Facultades han participado en la identificación y formulación del proyecto según dos núcleos de acción: la acreditación y formación sanitaria, considerando las recomendaciones de la Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud para la mejora de la higiene de las manos. Concretamente, se implantó un programa formativo y se reforzó el sistema de garantía de la calidad en Seguridad del Paciente de la Facultad de Ciencias de la Salud de Riobamba, contando con la participación activa de la comunidad riobambeña y, por

supuesto, del personal docente e investigador, personal de administración y servicios, y estudiantes de las asignaturas de la Carrera de Enfermería.

La colaboración de los profesionales de Enfermería de los Centros de Salud de Atención Primaria de Salud fue esencial en la evaluación de la transferencia del aprendizaje sobre buenas prácticas de higiene de manos del alumnado en las familias y grupos claves en la comunidad.

Palabras Clave

Atención Primaria de Salud, Cooperación Universitaria al Desarrollo, Enfermería, Seguridad del Paciente.

Bibliografía

Cambil Martín, Jacobo; Jiménez Muñoz, Rocío; Mora Martín, Elena; Fernández García, Álvaro Miguel; Navarro Jiménez, María del Carmen; García García, Inmaculada. Manos Seguras: innovación en cultura de seguridad del paciente en Enfermería. Rev Paraninfo Digital, 2013; 19. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n19/187d.php>> Consultado el 21 de ene del 2018.

Observatorio para la Seguridad del Paciente. Mejora de la Higiene de las Manos. [Internet]. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 2018 [Consultado 18 ene 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/higienedemanos/index.html>

BUENAS PRACTICAS PARA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PARTO

Autora: María Dolores Pozo Cano

Filiación: Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.

Correo electrónico: pozocano@ugr.es

Resumen

La asistencia al parto en España, en los años 60, se caracterizaba por escasa medicalización e intervencionismo del mismo. La mayoría de los partos se realizaban en el domicilio y eran asistidos por matronas. Durante esta época, la lactancia materna alcanzaba altas tasas y la morbi-mortalidad materna y neonatal era elevada.

A finales de los años 60-70, el “boom hospitalario” que sufrió nuestro país también afectó a los partos que se comenzaron a realizar en los hospitales. Este cambio conllevó una disminución de la morbimortalidad materna y neonatal, pero hizo que la atención al parto fuera altamente intervencionista y medicalizada y en su mayoría asistidos por obstetras.

Como casi el 100% de los partos son hospitalarios, se generalizan prácticas empíricas como el uso de la episiotomía de forma rutinaria, aumenta considerablemente el número de partos instrumentales y con respecto a la lactancia materna se impone a la madre que amamante cada tres horas durante diez minutos en cada pecho. También toman auge la industria de los leches de fórmula, que si bien ayudan en aquellos casos

en que las madres tienen dificultades en el amamantamiento, hacen que disminuya considerablemente la lactancia materna.

Ante la pregunta ¿Fue “solo” la “hospitalización” del parto la causa de la disminución de la morbilidad neonatal y materna?

Durante esta época se produjeron otros factores a tener en cuenta, como mejoras en la nutrición, en las condiciones de las viviendas con saneamiento de agua potable y de los vertidos. También se produce un mayor acceso a la educación, así como a los antibióticos y transfusiones y como no, la implantación de Centros de Planificación Familiar en todo el país que difundieron el uso de anticonceptivos hormonales. Además de lo anteriormente expuesto, habría que añadir las mejoras sociales y los avances científicos-técnicos en Medicina.

Los ginecólogos Fraser en 1983 y Salvatierra en 1990 dieron respuesta a la pregunta de ¿por qué una obstetricia tan tecnificada? “Puesto que algunas intervenciones salvan la vida de la mujer y/o del recién nacido, se tiende a ampliar las indicaciones de la intervención al resto de las gestantes”. En esas fechas, las medidas de control y terapéuticas que se aplicaban a una pequeña población de gestantes, como eran las de alto riesgo, se generalizan a todas las embarazadas.

El parto tiende a ser visto, no como un proceso fisiológico natural, sino como una enfermedad que exige intervención médico-quirúrgica. La asistencia al mismo se realizaba en “salas quirúrgicas”, con aislamiento de la “paciente” y separación de sus familiares. Se inducen partos por necesidades reales o según conveniencia, se produce una elevadísima frecuencia de episiotomías (80-90% partos), se separa a la madre del recién nacido y hay un aumento injustificado en la tasa de cesáreas.

A finales de los 80, se extiende una insatisfacción creciente con la asistencia obstétrica institucional, altamente tecnificada. Las mujeres solicitan un parto más “natural”, con menor dirigismo médico. Posteriormente, en 1998 los médicos españoles son criticados por la alta tecnología que desarrollan en el parto al no seguir las recomendaciones de la OMS.

La OMS llama la atención sobre estas prácticas diciendo que el parto hospitalario se ha centrado en el proceso biológico, olvidando que también es un proceso social. Para la mujer es esencial que el parto sea una experiencia positiva, pues repercutirá en su desarrollo individual y su papel como madre.

En abril de 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) patrocinaron una conferencia interdisciplinaria sobre tecnología apropiada para el parto. De esta conferencia salieron una larga lista de recomendaciones, entre las cuales se encuentran: el derecho de la mujer a ejercer control sobre las condiciones de trabajo de parto y parto; la importancia de la comunicación entre las mujeres, sus familias y el personal sanitario y la necesidad de hacer un uso juicioso de tecnologías como el monitoreo fetal. Recomendaciones que fueron posteriormente publicadas por la revista Lancet

Posteriormente en el 2001, Chalmers et al., publicaron los principios de la OMS. Entre otros, se citan: Permitir que la mujer elija la posición que desee durante el proceso. Evitar el uso de la posición supina para el parto, y particularmente la posición de litotomía. No realizar episiotomía de rutina. Suturar cuando esté indicado y no rutinariamente los desgarros o los cortes menores. Revisar el cuello uterino postparto solo si hay evidencia de hemorragia.

En cuanto a las cesáreas, su tasa debe estar entre el 5-15% y utilizar la técnica CST: Misgav-Ladach (Starr) si es posible.

Referente al alivio del dolor, se recomienda evitar medicación durante parto, recurrir a los métodos no farmacológicos (deambulación, masajes acupuntura, bañera, etc.), no utilizar analgesia epidural de rutina y usar anestesia espinal para las cesáreas.

En relación a las recomendaciones para establecer un buen contacto madre – hijo, éstas fueron las siguientes:

En el Nacimiento, ubicar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo inmediatamente. Animar a que la madre participe. Quitar esa toalla y tapar a la madre y al niño con una segunda toalla que se encuentre seca. Mantener la cabeza del bebé tapada para minimizar la pérdida del calor. Cortar el cordón una vez que hayan cesado

las pulsaciones del mismo, mantener al bebé con su madre, siempre y cuando no exista una hemorragia significativa.

Propiciar el contacto materno piel a piel durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo lo que sea posible durante el postparto inmediato y posteriormente. Promover el amamantamiento, para ello se debe incentivar la alimentación al bebé cuando el mismo esté dando señales de que está listo para recibirla.

No separar al bebé de su madre en las primeras horas después del parto, para ello se intentará realizar todos los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre y retrasar los que no sean necesarios, así como retrasar la hora del baño por 6 horas o más. Demorar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica, para evitar que el contacto visual madre - hijo se vea alterado. Después del nacimiento buscar los momentos apropiados, para dar la vitamina K, BCG y realizar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica contra la gonorrea. (en aquellas instituciones donde esté protocolizado).

En 2002 se vuelven a plantear si no ha llegado demasiado lejos en la medicalización del parto, pues aunque los obstetras juegan un papel muy importante en mantener vivo a la madre y al feto cuando hay complicaciones, este intervencionismo médico se ha convertido en una rutina sin que se haya demostrado su efectividad y los factores asociados con las intervenciones obstétricas parecen ser la medicina privada, la presión médico-legal y de la familia, y no involucrar a la mujer en la toma de decisiones.

En el año 2018 la OMS, vuelve a publicar un documento titulado Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Este modelo de cuidados durante el parto vuelve a insistir en algunas de las recomendaciones publicadas anteriormente y realiza otras modificaciones. Estas recomendaciones son las siguientes:

Trabajo de parto respetado y atención durante el mismo. Facilitar el apoyo emocional de un acompañante de su elección. Propiciar la comunicación efectiva de parte del personal. Realizar una vigilancia regular del trabajo de parto, documentación de eventos, auditoría y comentarios. Permitir la movilidad durante la dilatación y dejar que la gestante elija la posición que desea durante el parto. Ofrecer ingesta de líquido y alimentos por vía oral. Disponer de un plan de derivación preestablecido y Continuidad de la atención.

Con respecto a las Estrategias para el alivio del dolor, recomiendan, uso de anestesia epidural, utilización de opioides de administración parenteral, como fenatilo, diamorfina y petidina, y técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias. Todas ellas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto y siempre dependiendo de las preferencias de la mujer.

En España, se iniciaron cambios en la asistencia y se publicaron artículos y Guías de Práctica Clínica por profesionales interesados en este tema. El Marco Legal de la asistencia al parto está basado en la Directiva 80/155/CEE. (21/01/80) (Matrona). Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente (41/2002). Ley 55/2003 Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios De Salud.

Todo lo anterior contribuyó a que se pasara de un Modelo Sanitario Seguro y Medicalizado a Modelo Sanitario Seguro y Respetado. En 2008, el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Observatorio de Salud de la Mujer, recopiló evidencias y experiencias innovadoras y mediante encuentros con las asociaciones mujeres, sociedades profesionales y Administraciones Autonómicas, elaboró un documento de consenso que fue aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS, llamado Estrategia de Atención al Parto Normal. A partir de este documento, se estableció un Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta Andalucía y se creó el Proyecto de mejora de la humanización de la atención perinatal en Andalucía.

A partir de este proyecto se diseñó un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado. Mediante el mismo, se pretende garantizar la seguridad de la madre y de los recién nacidos/as sin renunciar al uso de la tecnología, pero haciéndola compatible con la participación de las mujeres y sus parejas en el proceso del nacimiento de sus hijas e hijos.

Este proyecto aborda el proceso desde distintas perspectivas: la maternidad, el parto y la crianza, con especial hincapié en la garantía de elección, libre e informada, de la mujer en relación con su maternidad, su parto y la crianza de su bebé, en especial la lactancia materna precoz.

También da un paso más y elabora el documento de Buenas Prácticas en el área de Partos. Que tiene en cuenta los siguientes aspectos:

Intimidad, para preservar la misma se ha de solicitar permiso para presenciar el parto así como preservar la misma cuando se da información y en las exploraciones ginecológicas.

Acogida, debe existir un Plan de acogida, además, el personal responsable debe presentarse a la pareja y manifestarles una buena acogida manteniendo en todo momento la amabilidad y el respeto.

Práctica Clínica

Con respecto al parto, se debe establecer un plan de parto. No se recomienda el uso aislado de amniorrexis para prevenir el retraso del trabajo de parto, tampoco se utilizará de forma rutinaria la oxitocina y se permitirá la deambulaci3n de la gestante si ella lo desea. Tambi3n se debe permitir el uso de alimentos y bebidas durante el proceso. El parto se debe practicar en la misma sala de la dilataci3n y durante el expulsivo, los pujos deben ser espont3neos y no dirigidos. La mujer adoptará la postura del parto que ella desee y se facilitará que el acompa1ante corte de cord3n si lo desea.

En cuanto al Recién nacido, se debe propiciar el contacto precoz piel con piel y facilitar la instauraci3n precoz de la lactancia materna. No es necesario realizar de forma

rutinaria el sondaje para la comprobación de la permeabilidad de coanas. Así mismo, se debe mantener a los recién nacidos con la madre siempre que sea posible.

Referente al Tratamiento del dolor, se deben ofertar diferentes alternativas para el alivio del dolor y no se recomienda utilizar procedimientos de forma rutinaria que aumenten el dolor, así como evitar la cascada de intervencionismo.

En relación a la Información, es necesario informar de todos los procedimientos en términos comprensibles y establecer un programa de formación sanitaria fomentando el autocuidado. También se proporcionará información de los motivos de la indicaciones diagnosticas y terapéuticas (inducción, cesarea, parto instrumental...).

Con respecto a la Calidad del entorno y satisfacción. Se ha de promover un ambiente de confort y silencios y una actitud de amabilidad y respeto.

En cuanto al Acompañamiento, Se debe respetar la decisión de de la mujer con respecto a la persona que desee estar con ella que la podrá acompañar durante todo el proceso, incluso en las exploraciones ginecológicas.

BILIOGRAFIA

- Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud (Coord). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. 2007. [consultado 15 Abril 2018]. Disponible en: goo.gl/XmmpzL
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio. [Internet]. Sevilla; Junta de Andalucía; 3ª ed. 2014. [consultado el 25 Abril 2018]. Disponible en: <http://goo.gl/PTft7d>.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de

Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.

- Aguayo Maldonado J (Coord). Buenas Prácticas en Atención Perinatal. [Internet]. Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.2008. [consultado 26 Abril 2018] Disponible en: goo.gl/hY7wEW
- OMS. Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. [Internet]. Consultado el 12 de Mayo 2018. Disponible en: goo.gl/XUy3B1

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL DETERIORO PRODUCIDO DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

Dra. María José Calero García; Dra. María Luisa Grande Gascón.

Resumen

Un hecho muy importante en la evolución de la población española, es el incremento de personas de edad avanzada, que han superado los 80 años y en algunos casos hasta los 100 años. Las proyecciones que las Naciones Unidas asignan para el año 2050, vemos que España se sitúa en un segundo lugar con un 35% de personas de 65 años (Gómez J., Martín I., Baztán J.J., Regato P., Formiga F., Segura A, et al., 2007).

En este contexto, el envejecimiento poblacional y el incremento de la expectativa de vida, junto a la alta incidencia y prevalencia de la enfermedad en las personas de edad avanzada, hacen que la necesidad de hospitalización de pacientes mayores sea muy elevada y pocos de ellos son ingresados en un servicio de geriatría especializado. Durante esta estancia hay dos aspectos que deben valorarse periódicamente: los efectos negativos de la institucionalización, que pueden originar la despersonalización del paciente con desinserción de la familia y la comunidad; y los efectos iatrogénicos, complicaciones, accidentes, etc. (Segura, 2008). La falta de adaptación de la estructura sanitaria a las necesidades del anciano frágil puede favorecer el desarrollo de deterioro funcional y dependencia. Según los resultados revisados existe una tendencia real a la cronicidad e incapacidad en el anciano hospitalizado, por lo que puede ocurrir que tras la hospitalización se desarrolle una pérdida funcional y mental que contribuya a incrementar la reutilización de servicios médicos, la mortalidad, la institucionalización y las necesidades y el consumo de recursos sanitarios y sociales (Calero, Navarro, Gómez, López y Calero-García, 2008).

Se conoce poco acerca de cuáles son las dimensiones psicosociales de la vida de las personas mayores que pueden influir en el envejecimiento exitoso como una consecuencia de lo vivido previamente (Tobiasz-Adamczyk, et al., 2017). No obstante, los estudios muestran que la participación social definida como “la participación de la persona en actividades que proporcionan interacción con otros en la sociedad o en la comunidad” (Levasseur et al., 2010) es un determinante del envejecimiento activo y

existe evidencia de que puede producir consecuencias beneficiosas a nivel de salud tanto física como mental (Tomioka, Kurumatani & Hosoi, 2017; Tomioka, Kurumatani & Hosoi, 2016) ya que la participación social permite a las personas mantener su función física (Tomioka, Kurumatani & Hosoi, 2017); les proporciona información que les ayuda a tener una mejor salud y hace que tengan estilos de vida más saludables (Umberson & Montez, 2010). Además, la participación social preserva la función cognitiva (Sakamoto et al., 2017) y lleva a experimentar estados psicológicos positivos, que incluyen un sentido de pertenencia, una mayor autoestima y un mayor sentimiento de competencia (Cohen, 2004; Tomioka, Kurumatani & Hosoi, 2016). Además, alivia el estrés, reduciendo así los problemas de salud mental que se pueden derivar del mismo (Kawachi & Berkman, 2001).

El tipo de participación social y los cambios que en ella puedan producirse con la edad difieren significativamente de unos individuos a otros en la medida en que las personas mayores son una población bastante heterogénea (Shaw, Karuse, Liang, & Bennett, 2007). Esta variabilidad individual puede explicarse por características contextuales y personales, especialmente por el género (Antonucci, Birditt, Sherman Trinh, 2011). Así, los hombres tienden a participar en grupos de voluntariado después de la jubilación, mientras que las mujeres lo hacen en la época en la que están criando a los hijos; en las asociaciones de mayores y culturales la participación de las mujeres es mucho más alta y en las asociaciones de vecinos son los hombres los que suelen ocupar los cargos directivos (Tomioka, Kurumatani & Hosoi, 2017). Por otra parte, conforme avanza la edad, las relaciones de los hombres disminuyen y se centran en la pareja y en un círculo íntimo mientras que las mujeres mantienen esas redes íntimas, pero también amplían sus relaciones con redes que se vuelven más grandes y más diversificadas (Schwartz & Litwin, 2018). Debido a las diferencias encontradas en función del género sería muy importante investigar si existe un efecto diferencial del tipo de participación en el beneficio que produce en hombres y mujeres.

El objetivo general del presente trabajo ha sido conocer la incidencia del deterioro cognitivo y/o la variación del nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años hospitalizados y analizar la relación con el género como variable moduladora de este deterioro durante la hospitalización, así como de la recuperación en el periodo posterior al alta hospitalaria.

Nosotros partimos de la hipótesis de que existen diferencias de género en la recuperación funcional al alta de las personas mayores de 65 años.

La población de referencia estuvo constituida por todas aquellas personas, mayores de 65 años, ingresadas con una patología aguda. Se valoró al paciente a las 24 horas del ingreso, al alta y a los tres meses. Para alcanzar los resultados de investigación que se

han propuesto en este trabajo se ha realizado un diseño cuasi experimental de medidas repetidas.

La muestra está formada por el total de pacientes mayores de 65 años, ingresados en el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Neurotraumatológico de Jaén (TyCO), con diagnóstico de fractura ósea, durante el año 2010. Al tomar como participantes a la totalidad de los pacientes no se precisa instrumento de muestreo ni aleatorización.

La muestra final está formada por 259 participantes, de un total de 283 personas ingresadas que, según el registro del centro, cumplían los criterios de inclusión. De ellos 203 (78,4%) son mujeres y 56 (21,6%) hombres, cifras comparables a otros estudios realizados en Andalucía y Madrid, para este grupo poblacional (Baztán, Gonzalez, Morales, Vazquez, Morón, et al., 2004; Cruz, Pancorbo, García, carrascosa, Jimenez et al., 2010; Elipe, 2006).

En general, los resultados sobre las características sociodemográficas del anciano hospitalizado, van en la misma línea de los datos encontrados en otras investigaciones en nuestro país (Abianza, Navarro, Romero, León, Sánchez-Jurado et al., 2007; Baztán et al., 2004; Calero-García, Ortega, Navarro, Jimenez, Calero, 2011; Cruz et al. 2010; Delgado-Parada et al., 2009; Mañas, Marchan, Conde, Sánchez, Sánchez-Maroto et al., 2005 y Vidán, 2008;), así como en algunas investigaciones de países latinoamericanos sobre el deterioro cognitivo (Varela, et al. 2004a, 2004b) y funcional del anciano hospitalizado (García-Zenón, López y Villalobos, 2006).

Resultados: ¿Por qué las mujeres se recuperan mejor y con más rapidez que los hombres? Cuando analizamos variables fisiológicas no encontramos diferencias significativas que nos dieran una respuesta, por lo que en nuestros estudios los orientamos a analizar las variables culturales y como influían las diferencias de estas en hombres y mujeres en su recuperación. Es decir, analizamos las diferencias de género. Empezamos analizando las diferencias en la pérdida funcional durante la hospitalización (disminución en puntos del Índice de Barthel durante este periodo) en función de los cuidadores y observamos que los ancianos cuyo cuidador principal en el hospital es su pareja o un hijo tienen mayor ganancia funcional y menor pérdida funcional que los ancianos cuidados por personas que no pertenecen a su familia y sobre todo por los cuidados por otros parientes (sobrinos, primos, etc.) los cuales presentan muy poca ganancia y una gran pérdida funcional. Es importante destacar que esta diferencia resulta de gran relevancia, como se puso de manifiesto a través del cálculo del tamaño del efecto que nos dio un valor para la d de Cohen de 0,984.

En segundo lugar, analizamos que diferencias existían entre los cuidados aportados por cada tipo de cuidador, a través de un análisis cualitativo y observacional, encontrando que los cuidadores que obtenían una mayor recuperación eran los que mantenían una

mayor comunicación, actividades compartidas y fomento de la autonomía. A la inversa los cuidadores con resultados menos favorables eran los que no mantenían una relación de comunicación y los sobreprotectores.

Finalmente analizamos las actividades de las personas en domicilio, comparando hombres y mujeres, tomando como variables dependientes la ganancia cognitiva y funcional y como independientes las actividades que habían recuperado tras la hospitalización, como eran:

- Participación social: asociaciones de vecinos, voluntariado, visitas familiares, etc.
- Ocio: partidas, centros de día.
- Actividades de mantenimiento del hogar/huerto.
- Apoyo familiar: cuidado nietos, etc.

Los análisis realizados muestran la existencia de una relación negativa significativa ($p < 0,01$) entre el número de actividades incorporadas y el índice de Barthel al alta ($r_{xy} = -0,266$), IB domicilio ($r_{xy} = -0,199$) y ganancia funcional en el hospital ($r_{xy} = -0,172$). Igualmente, se encontró una asociación significativa con las puntuaciones obtenidas en el Fototest en domicilio ($r_{xy} = -0,146$, $p < 0,05$)).

Los ancianos que se incorporan a más actividades habituales en su vida diaria, presentan puntuaciones más altas en todos los indicadores de dependencia y deterioro cognitivo, y por lo tanto menores niveles de dependencia y deterioro cognitivo y además en su mayoría son mujeres. Igualmente, los hombres en las zonas rurales, presentan una mayor recuperación que en la ciudad (núcleos de más de 20.000 habitantes).

En cuanto a las características sociodemográficas asociadas a una mayor pérdida funcional o cognitiva durante la hospitalización, los resultados muestran que no hay diferencias entre hombres y mujeres en el periodo intrahospitalario, lo que coincide con estudios similares (Abianza et al., 2007; Calero-García, 2008; Delgado Parada et al., 2009). Sin embargo, se observa que en la revisión a los tres meses, en el domicilio, las mujeres presentan mejor nivel de independencia tanto para ABVD, como para AIVD y que han mejorado más que los hombres según el informador principal (IQCODE), aspecto que no se ha recogido en los estudios anteriormente citados.

En este caso, los resultados, también han mostrado que la ganancia funcional en domicilio es mayor en mujeres que en hombres, a diferencia de los datos obtenidos en la relación entre altos y bajos dependientes, o en los distintos estudios sobre deterioro funcional, en los que no se encontraron diferencias en función del sexo ya comentadas (Abianza et al., 2007; Delgado-Parada et al., 2008, etc.).

Respecto a la recuperación del nivel funcional en el domicilio, los resultados de este trabajo parecen reflejar que existen ciertas diferencias en función del género del

anciano y que estas están relacionadas con las actividades que incorporan en su vida diaria a la vuelta al domicilio. En ese campo también se debería profundizar, para ver qué variables asociadas al mismo producen estas diferencias.

Habría que investigar sobre la influencia de aspectos sociodemográficos no incluidos, y otros como la sobreprotección familiar y las bajas expectativas respecto a la funcionalidad del anciano; y las influencias de estas sobre la recuperación posterior al ingreso.

Palabras Clave

Envejecimiento exitoso, deterioro cognitivo, deterioro funcional, diferencias de género.

Bibliografía

Abianza, P., Navarro, J.L., Romero, L., León, M., Sánchez-Jurado, P., y Domínguez, L. (2007). Upper extremities function as an independent predictor of adverse events in hospitalized elderly. *Gerontology*, 1, 267-273.

Baztán, J.J., Fernandez-Alonso, M., Aguado, R., y Socorro, A. (2004). Resultados al año de la rehabilitación tras fractura de fémur proximal. *Anales de Medicina Interna*, 21, 25-32.

Calero, M.D., Navarro, E., Gómez, A., López, I., y Calero-García, M.J. (2008). Olvidos y memoria: Relaciones entre memoria objetiva y subjetiva en la vejez. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 4, 299-307.

Tomioka, K., Kurumatani, N. & Hosoi, H.(2017) Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65–70 years: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatr* . 17: 111. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0502-8>

Drogodependencias: prevalencia y diferencias de género

Autor. Cruz Miguel Cendán Martínez

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las drogas se pueden definir como “toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”. En este contexto, existen muchas formas de clasificar las drogas o las sustancias de abuso. De tal manera, que se pueden clasificar según su estatus legal o ilegal (como ocurre con el alcohol o el tabaco en nuestro país), según criterios socioculturales (p.ej, dura o blanda), según su origen (natural o sintética) o bien, según si posee indicaciones médicas o no (p.ej. las benzodiazepinas y opioides). Sin embargo, estas clasificaciones no aportan información sobre los efectos reales que provocan las mismas en el Sistema Nervioso Central (SNC), ya que estas drogas pueden ejercer efectos depresores, estimulantes o alucinógenos en la persona que los consume. Así, entre los depresores del SNC se encuentran: los opioides (heroína, oxicodona), el alcohol, cannabis (marihuana, hachís), hipnótico-sedantes (benzodiazepinas y barbitúricos) y las sustancias volátiles (pegamentos, disolventes, anestésicos); entre los estimulantes o psicoestimulantes se encuentran la cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis (éxtasis y derivados), tabaco (nicotina) y cafeína; y por último, estarían los alucinógenos o psicotomiméticos, como el LSD, psilocibina y mescalina.

Independientemente, del tipo de efecto que produzcan sobre el SNC, todas estas sustancias deben generar dependencia o adicción, y esta se va a manifestar como un trastorno de conducta caracterizado por la autoadministración compulsiva de dicha

sustancia y la dificultad para abandonar su consumo, a pesar de la aparición de toxicidad y de la disminución de los efectos placenteros. Además, para considerarse droga, una sustancia debe provocar en los usuarios tolerancia, es decir, una disminución progresiva del efecto de la sustancia tras su administración repetida, y de forma paralela, también debería inducir la aparición de un fenómeno denominado síndrome de abstinencia, que se caracteriza por un conjunto de respuestas físicas y/o psicológicas desagradables producidas en una persona dependiente de una droga, por la supresión brusca de la presencia de ésta en el organismo o en sus receptores. Todas estas características estarían implicadas en la génesis y mantenimiento de las drogodependencias.

La adicción a sustancias o drogodependencias, supone un enorme problema sanitario y socioeconómico a nivel mundial. Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2017 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), las cifras globales de estimación de consumo de drogas indican que alrededor de 250 millones de personas, es decir, aproximadamente el 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. Asimismo, unos 30 millones de esos consumidores (el 0,6% de la población adulta mundial) sufren patologías relacionadas con el consumo de drogas. En cuanto a la prevalencia de consumo de las distintas drogas durante el año 2015, 183 millones de personas consumieron cannabis, 35 millones consumieron opioides sujetos a prescripción médica, 18 millones consumieron opiáceos (morfina, heroína y derivados), 17 millones consumieron cocaína, 37 millones consumieron anfetaminas y estimulantes de venta con recetas, y 22 millones consumieron éxtasis (UNODC, 2017). En Europa (Informe Europeo sobre Drogas, 2017) y Estados Unidos (National Survey on Drug Use and Health, 2016), se mantiene esta prevalencia, siendo el cannabis la sustancia ilegal más consumida.

Respecto al consumo de alcohol, en el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud (OMS, 2014), se señala que cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo abusivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones a nivel mundial. Por último, en relación al consumo de tabaco y según la

OMS se estima que 1.000 millones de personas son fumadores en el mundo, y que el tabaco mata cada año a más de 7 millones de personas, de las que más de 6 millones son consumidores del producto y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno.

En cuanto a las diferencias, en el patrón de consumo entre hombres y mujeres, existen diferencias significativas, aunque hay muy pocos estudios al respecto. No obstante, entre los estudios y las encuestas disponibles se ha observado que:

- En comparación con el consumo de drogas entre los hombres, el consumo general de drogas sigue siendo bajo entre las mujeres.
- A nivel mundial, los hombres tienen 3 veces más probabilidades que las mujeres de usar cannabis, cocaína o anfetaminas.
- Por el contrario, las mujeres tienen más probabilidades de abusar de drogas legales y medicamentos con receta, especialmente opioides e hipnótico-sedantes (hasta 4 veces más).
- Normalmente las mujeres comienzan a consumir drogas más tarde que los hombres, pero una vez que han iniciado el uso de sustancias, las mujeres tienden a aumentar su tasa de consumo de alcohol, cannabis, opioides y cocaína más rápidamente que los hombres y pueden progresar más rápido también en el desarrollo de trastornos por consumo de drogas.

Por lo tanto, hay que tener en cuenta que existen diferencias entre hombres y mujeres basadas en el sexo o la biología, y en el género, es decir, aquellas diferencias basadas en el papel atribuido a mujeres y hombres (Fundación Atenea, 2017). Como consecuencia de estas diferencias, sería necesario abordar los tratamientos para la adicción de forma diferencial entre ambos sexos. Sin embargo, existe una importante falta de estudios que tengan en cuenta estos aspectos, y realicen un análisis por género. En cualquier caso, habría que tener al menos en cuenta, algunas diferencias fundamentales. Entre estas cuestiones habría que considerar, las diferencias biológicas y como estas influyen en los efectos de las distintas drogas. Por ejemplo, la nicotina se metaboliza y elimina antes en las mujeres, por lo que los tratamientos sustitutivos con

parches o chicles de nicotina son menos efectivos que en los hombres. Por otro lado, existen importantes diferencias en aspectos sociales que están relacionadas con los patrones de consumo. Se puede dar la circunstancia de que una mujer embarazada y que sea drogodependiente no busque ayuda por miedo a que le quiten la custodia del bebé. Además, a la hora de acceder a los tratamientos para la adicción, se pueden presentar muchos problemas, como por ejemplo, si tiene hijos y no tiene con quien dejarlos, no podría asistir a las sesiones. También podría ocurrir que si una drogodependiente embarazada dejase de consumir sin ayuda médica podría producirse un síndrome de abstinencia muy intenso y podría perder al bebé. Precisamente, por la falta de inclusión de mujeres en ensayos clínicos, muchos tratamientos para la deshabituación a drogas no han sido evaluados en mujeres, y no se conoce bien ni su efectividad ni el riesgo que podría entrañar para las mismas. En conclusión, existe una enorme necesidad de aplicar políticas específicas para la mujer y facilitar su asistencia a los tratamientos para su drogadicción.

Palabras Clave

Drogas; adicción; prevalencia; diferencias; género; sexo;

Bibliografía

Bibliografía (las 3 más pertinentes. Normas Vancouver o APA)

-European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Differences in patterns of drug use between women and men, 2005. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_34281_EN_TDS_gender.pdf

-Fundación Atenea Hombres, Mujeres y Drogodependencias, 2016. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/BDGeneroyDrogas.htm>

-Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe Mundial sobre las Drogas, 2017. Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

Fisioterapia Manual en los trastornos Cérvico Cráneo Témporo Mandibulares

Autor: Eduardo Castro Martín

Filiación: Departamento de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.

Correo electrónico : eduardoc@ugr.es

Resumen

El término "disfunción temporomandibular" (DTM) comprende problemas clínicos que afectan la articulación temporomandibular, los músculos masticatorios y las estructuras anatómicas asociadas. Para comprender sus signos y síntomas hay que considerar los vínculos miofasciales y neurológicos con la región cervical.

Desde los modelos teóricos biomecánicos hasta las investigaciones en humanos, se ha demostrado que durante los movimientos cráneo-cervicales y mandibulares existe una coactivación entre los músculos de dichas regiones para conseguir más eficiencia durante las funciones de masticación, deglución y fonación. Por otro lado, la existencia del complejo trigémino-cervical (un núcleo de convergencia neural a nivel medular) justifica la frecuente sintomatología dolorosa en las regiones asociadas, cervical, craneal y orofacial.

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello reciben tratamiento de radioterapia y frecuentemente son intervenidos quirúrgicamente, quedando cicatrices y afectación del movimiento y la sensibilidad. De este modo sufren secuelas dolorosas.

La fisioterapia se ha mostrado eficaz en el manejo de la sintomatología derivada de la DTM. Se propone la fisioterapia manual como una estrategia para la mejora de esta disfunción, en una población de pacientes operados de cáncer de cabeza y cuello.

Palabras Clave

Fisioterapia manual, Disfunción temporo-mandibular, Cáncer de cabeza y cuello, Terapia física.

Bibliografía

Butts R, Dunning J, Pavkovich R, Mettelle J, Mourad F. Conservative management of temporomandibular dysfunction: A literature review with implications for clinical practice guidelines (Narrative review part 2). *J Bodyw Mov Ther.* 2017 Jul;21(3):541-548.

Armijo-Olivo S, Pitance L, Singh V, Neto F, Thie N, Michelotti A. Effectiveness of Manual Therapy and Therapeutic Exercise for Temporomandibular Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther.* 2016 Jan;96(1):9-25.

Morell G. Manual therapy improved signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Evid Based Dent.* 2016 Mar;17(1):25-6.

Evaluación y rehabilitación de las Apraxias de los Miembros Superiores en daño cerebral adquirido

José Manuel Pérez Mármol

Resumen

La apraxia de miembro superior es un síndrome asociado al ictus que reduce la independencia de los pacientes e incrementa los niveles de discapacidad. La apraxia de los miembros superiores suele afectar a ambas extremidades de forma bilateral. La apraxia se define habitualmente como un trastorno neurológico que afecta a la capacidad para llevar a cabo movimientos previamente aprendidos, a pesar de que los sistemas motor y sensorial no presentan ningún tipo de alteración. Por lo general, este síndrome puede alterar movimientos axiales y de las articulaciones. Aunque está muy ligado al ictus, puede aparecer como consecuencia de otras enfermedades. Las funciones práxicas pueden ser clasificadas en dos categorías principales: gestos y uso de objetos reales. La mayoría de los instrumentos de evaluación se centran en valorar la producción de gestos, ya que han demostrado ser un factor predictor de las dificultades en el uso de objetos. El análisis de los gestos puede dividirse a su vez en la valoración mediante la imitación y la pantomima (orden verbal). En función de si comunican algún contenido semántico, se conocen como simbólicos (contienen un significado implícito), y no simbólicos aquellos (carecen de sentido). Los gestos simbólicos pueden clasificarse además como intransitivos (naturaleza comunicativa) o transitivos (relacionados con el uso de objetos o herramientas).¹⁻³

La evaluación de la apraxia de los miembros superiores valora los movimientos realizados por brazos y/o manos. Los síntomas clínicos observados con frecuencia en la apraxia de los miembros superiores son alteraciones en la imitación de gestos

abstractos y simbólicos, deficiencias en la pantomima del uso de objetos y herramientas, así como déficits en el uso objetos reales. Los déficits práxicos no solo se observan durante la evaluación de la apraxia, sino que tienen un considerable impacto sobre la vida cotidiana de las personas que la sufren. Se hace imprescindible determinar un protocolo de evaluación completo, que permita evaluar las apraxias de los miembros superiores en profundidad. Hasta el momento, el test EULA es el único test en castellano que valora las apraxias de los miembros superiores desde una perspectiva multidimensional. De esta forma, se podría identificar las necesidades de estos pacientes, permitiendo crear estrategias de intervención en consonancia. Actualmente, la apraxia está infra diagnosticada y a menudo este diagnóstico se basa en el juicio cualitativo, lo que supone una limitación para la investigación y la clínica. También es importante tener en cuenta que los entornos conocidos y familiares como el propio hogar del paciente pueden enmascarar los déficits apráxicos.^{1,3}

La intervención sobre la apraxia puede dividirse en dos grandes enfoques. El enfoque rehabilitador, cuando se ha perdido la función práxica pero existen posibilidades de que el paciente vuelva a recuperar los niveles previos de función. Por otra parte, el enfoque compensatorio centra sus esfuerzos en adaptar el contexto y el entorno del paciente para que pueda seguir viviendo de forma autónoma, ya que no se puede volver a recuperar a niveles previos de función práxica. La evidencia actual ha demostrado que las medidas clínicas de apraxia correlacionan significativamente con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, afectando a la independencia y funcionalidad. Para poder tratar de una forma eficaz la apraxia primero es necesario detectarla y tener el criterio necesario para identificar los errores por los que se caracteriza. Por lo tanto, se necesitan instrumentos de valoración válidos y fiables, con propiedades psicométricas adecuadas que permitan el diagnóstico de la apraxia.^{2,3} En la presente conferencia invitada se aborda de forma profunda ambas perspectivas desde el punto de vista del trabajo realizado desde Terapia Ocupacional.

Palabras Clave

Apraxia, ictus, miembros superiores, evaluación, rehabilitación

Bibliografía

1. Pérez-Mármol JM, Lopez-Alcalde S, Carnero-Pardo C, la Fuente Canadas-De GA, Peralta-Ramirez MI, Garcia-Rios MC. Creation and design of a test for the Evaluation of Upper Limb Apraxia (EULA) based on a cognitive model: a pilot study. *Revista de Neurologia*. 2015 Jan;60(2):66-74.
2. Pérez-Mármol JM, García-Ríos MC, Barrero-Hernández FJ, Molina-Torres G, Brown T, Aguilar-Ferrándiz ME. Functional rehabilitation of upper limb apraxia in poststroke patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015 Dec;16(1):508.
3. Vanbellinghen T, Bohlhalter S. Apraxia in neurorehabilitation: Classification, assessment and treatment. *NeuroRehabilitation*. 2011 Jan 1;28(2):91-8.

Terapia Ocupacional en patología neurodegenerativa

Autora: Araceli Ortiz Rubio

Filiación: Departamento de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.

Correo electrónico : aortiz@ugr.es

Resumen

Introducción: Las enfermedades neurodegenerativas representan un conjunto de entidades clínicas de gran relevancia debido a su incidencia en aumento y al importante consumo de recursos sociosanitarios que generan¹. Estas aglutinan una serie de enfermedades heterogéneas, algunas de causa desconocida, inicio insidioso y que tienen en común el hecho de ser progresivas². Las enfermedades neurodegenerativas se clasifican según la fisiopatología, topografía lesional y las características clínicas que predominan, incluyendo síndrome demencial; trastorno del movimiento y la postura y debilidad y atrofia muscular³. Entre las enfermedades neurológicas que causan mayor grado de discapacidad a nivel mundial en adultos jóvenes se encuentran la Esclerosis Múltiple⁴. Datos publicados en la provincia de Cienfuegos, provincia de Cuba indican que más 3 500 personas en el país sufren Esclerosis Múltiple⁵.

La Esclerosis Múltiple cursa con síntomas motores y no motores que implica una repercusión negativa sobre la calidad de vida y la funcionalidad de las personas afectadas⁶. Este cuadro clínico aparece a causa de la formación de placas escleróticas en el sistema nervioso central que suponen una respuesta inflamatoria, desmielinización y gliosis⁷. Los síntomas motores que afectan a miembros superiores provocan reducción de la funcionalidad de los miembros superiores, debilidad muscular, una alteración de la destreza y coordinación manual⁸. El objetivo principal

de este estudio fue diseñar un programa de intervención focalizado en las alteraciones motoras y funcionales de los miembros superiores en personas con diagnóstico de Esclerosis Múltiple. El objetivo secundario fue evaluar la efectividad de un programa de intervención domiciliario.

Metodología: Se incluyeron 37 personas con diagnóstico de Esclerosis Múltiple y capacidad manual deteriorada. Los participantes fueron aleatorizados en dos grupos: grupo experimental y grupo control. El grupo experimental recibió un programa supervisado de entrenamiento de miembros superiores 2 veces por semana durante 8 semanas. El grupo control recibió un documento con un programa de entrenamiento de miembros superiores. Se utilizó la función del brazo como variable principal (la funcionalidad del brazo se evaluó con la herramienta Finger Taping Test y la herramienta Action Research Arm Test). Como variables secundarias se registró la destreza manual (evaluada con la herramienta Purdue Pegboard Test) y la fuerza con dinamometría.

Resultados: Tras 8 semanas, se encontró una mejoría estadísticamente significativa entre grupos (<0.05) en la prueba bimanual de herramienta Action Research Arm Test y en el miembro superior más afectado de la herramienta Finger Taping Test. Las variables secundarias mejoraron en el miembro superior más afectado del grupo experimental.

Conclusiones: Un programa de intervención domiciliario de 8 semanas de duración centrado en miembros superiores mejoró la funcionalidad y las variables fisiológicas de la extremidad más afectada en personas con diagnóstico de Esclerosis Múltiple en comparación con el grupo control⁹.

Referencias

1. Beal MF, Lang AE, Ludolph AC. Neurodegenerative diseases: Neurobiology, pathogenesis and therapeutics: Cambridge University Press; 2005.
2. Kovacs GG. Molecular Pathological Classification of Neurodegenerative Diseases: Turning towards Precision Medicine. *Int J Mol Sci.* 2016;17(2). pii: E189. doi: 10.3390/ijms17020189.
3. Schaefers AT, Teuchert-Noodt G. Developmental neuroplasticity and the origin of neurodegenerative diseases. *World J Biol Psychiatry.* 2016;17(8):587-599.
4. Kingwell E, Marriott JJ, Jetté N, Pringsheim T, Makhani N, Morrow SA, et al. Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review. *BMC Neurol.* 2013;13:128. doi: 10.1186/1471-2377-13-128.
5. Rivera VM, Medina MT, Duron RM, Macias MA. Multiple sclerosis care in Latin America. *Neurology.* 2014;82(18):1660-1. doi: 10.1212/WNL.0000000000000376.
6. Karussis D. The diagnosis of multiple sclerosis and the various related demyelinating syndromes: a critical review. *J Autoimmun.* 2014;48-49:134-42. doi: 10.1016/j.jaut.2014.01.022.
7. Milo R, Miller A. Revised diagnostic criteria of multiple sclerosis. *Autoimmun Rev.* 2014;13(4-5):518-24. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.012.
8. Kraft GH, Amtmann D, Bennett SE, Finlayson M, Sutliff MH, Tullman M, Sidovar M, Rabinowicz AL. Assessment of upper extremity function in multiple sclerosis: review and opinion. *Postgrad Med.* 2014;126(5):102-8.

doi:10.3810/pgm.2014.09.2803.

9. Ortiz-Rubio A, Cabrera-Martos I, Rodríguez-Torres J, Fajardo-Contreras W, Díaz-Pelegrina A, Valenza MC. Effects of a Home-Based Upper Limb Training Program in Patients With Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2016;97(12):2027-2033. doi: 10.1016/j.apmr.2016.05.018.

COMUNICACIONES

Universidad de Ciencias Médica de

Cienfuegos, Cuba

ACCIONES PARA MINIMIZAR LA PROBLEMÁTICA DE LA INTERCONSULTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. CIENFUEGOS, 2017.

Autores:

- Dra. Anay de la Caridad Núñez Herrera- Esp. 1er Grado en MGI Profesor Asistente – FCM. – Cfgos Email- anaynh@jagua.cfg.sld.cu
- Dra. Ana Teresa Fernández Vidal- Esp. 1er y 2do Grado en MGI Profesora Auxiliar FCM – Cfgos
- Dra. Anabel Geroy Fernández- Esp. 1er Grado en MGI Profesor Instructor – Policlínico Area II. Cienfuegos.
- Dra. Silvia Enriquez Vilaplana. Esp. 1er Grado en MGI Profesor Auxiliar – FCM.– Cfgos
- Lic. Aleidys Villazon Clavero. Licenciada en Enfermería. Esp. 1er Grado en Enfermería Comunitaria. Profesor Instructor-Palacio de la Maternidad, Policlínico Area I-Cienfuegos.
- Felisbel Herrera Toledo. Licenciada en Enfermería. Esp. 1er Grado en Enfermería Comunitaria. Profesor Instructor-Palacio de la Maternidad, Policlínico Area I-Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: La interconsulta constituye una importante actuación básica de la medicina familiar que favorece el logro de los objetivos del Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia. **Objetivo:** Identificar los problemas fundamentales que se presentan en el proceso de la interconsulta médica en la Atención Primaria de Salud y proponer a los directivos docentes y administrativos un sistema de acciones encaminadas a resolver las dificultades y a elevar la eficacia en el proceso de la interconsulta médica en la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** investigación de sistemas y servicios de salud desarrollada por encargo, marzo a junio de 2017, en la provincia de Cienfuegos. Se aplicó la técnica de grupo nominal para obtener los resultados y se incluyeron para ello a todos los metodólogos de la provincia. **Resultados:** las principales dificultades de las interconsultas son: la existencia de Grupo Básico Trabajo (GBT) incompletos, más del 50% de los especialistas de los GBT no presentan categorización docente, no todos los casos que asisten a la interconsulta planificada tienen desarrollado el Proceso de Atención de Enfermería adecuadamente y no se ha logrado uniformidad en el control y monitoreo del perfil de desempeño de la enfermera. **Conclusiones:** el plan de medidas propuesto debe contribuir a perfeccionar las interconsultas en la provincia de Cienfuegos.

INTRODUCCIÓN.

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer nivel de contacto del sistema nacional de salud con los individuos, la familia y la comunidad, como parte integrante del sistema nacional de salud representa la función central y su núcleo primordial, un elemento de interés es que interviene en el desarrollo social y económico de la comunidad.

En 1978, la Conferencia Internacional de Alma Ata ⁽¹⁾ definió la Atención Primaria de Salud (APS), como la estrategia para cumplimentar la meta de salud para todos para el año 2000.

La Atención Primaria y el Médico y Enfermera de la Familia, constituyen la base del sistema de salud, la labor desarrollada por los equipos básicos de salud ha permitido alcanzar resultados superiores en el Estado de Salud de la población cubana. ⁽²⁾

La Medicina Familiar, también llamada Medicina de Familia, Family Practice, es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de Salud (APS), la misma posee un cuerpo de conocimientos propios, presenta una unidad funcional conformada por la familia y el individuo, y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. ^(3,4)

El EBS, máximo responsable de la salud de su población está conformado por un médico y una enfermera/o de la familia, los que constituyen la célula básica para el desarrollo del trabajo planificado del consultorio. Ambos están responsabilizados con la labor que realizan, el médico desarrolla la actividad de dirección, sin embargo es preciso señalar que la enfermera desempeña un rol protagónico para el cumplimiento exitoso de las funciones declaradas en el programa. ⁽⁵⁾

Robert Taylor, enuncia que la medicina de familia es la especialidad médica que proporciona una atención sanitaria total al individuo y a su familia., es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y conductuales. El ámbito de la medicina de familia abarca todas las edades, ambos sexos sistemas orgánicos y las entidades patológicas, ⁽⁶⁾ otros autores refieren que el médico de familia es el que practica la especialidad y utiliza los principios de la Medicina Familiar. “ Es el médico que provee cuidados de salud continuos e integrales en el contexto de la familia sin limitaciones por edad o sexo del paciente o por el tipo de problema que se presenta, sean estos biológicos, psicosociales o del comportamiento, o cualquier combinación de los mismos”. ⁽⁷⁾

Al analizar cualquiera de las actuaciones básicas de la Medicina Familiar debemos tener presente los cuatro atributos que debe cumplir la Atención Primaria, descritos por Bárbara Starfield: Accesibilidad y primer contacto, donde debe existir un fácil acceso al sistema sanitario; longitudinalidad, donde se debe establecer una relación personal y continua entre el médico y paciente; integralidad, que da solución a las necesidades de salud más frecuentes de la comunidad; y coordinación, que significa un trabajo en conjunto entre los médicos de Atención Primaria y otros especialistas. ⁽⁸⁾ La interconsulta médica, constituye una actuación básica esencial para el cumplimiento exitoso del Programa del Médico y Enfermera Familia, es meritorio señalar que en la misma accionan al unísono los cuatro atributos descritos y la enfermera desarrolla un rol transcendental.

Es importante dominar por los directivos y funcionarios a cargo de Atención Primaria Salud los elementos que sustentan esta actuación básica, su naturaleza, cómo llevar a cabo estos procedimientos, las causas que las motivan, enfatizándose en la importancia de su correcto desarrollo, además de valorar la responsabilidad del equipo básico con el paciente.

Los médicos de familia, formados con un amplio perfil, pueden resolver del 80 al 90 % de los problemas de salud de sus pacientes, como parte de su formación, reciben entrenamiento para coordinar de conjunto con la enfermera la atención a personas que

necesitan del concurso de otros especialistas, además pueden integrar y guiar su actuación para proporcionar una asistencia óptima.

La solicitud y el uso correcto de las opiniones y consejos de otros médicos es una habilidad esencial a lograr por los miembros EBS, de esta forma se contribuye a perfeccionar la asistencia a los pacientes. El Médico y la enfermera de la Familia deben aprovechar todos los recursos de la medicina y la sociedad para brindar una atención de calidad a sus pacientes.

En la Atención Primaria de Salud la interconsulta es una interacción docente-asistencial entre el Médico de Familia, que requiere asesoría y el especialista que la aporta, el interconsultante puede ser un médico de cualquier especialidad, incluido otro médico de familia, o un miembro de cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud, aunque siempre el Médico y la Enfermera de Familia continuarán teniendo la máxima responsabilidad con respecto al paciente.

El Dr. Días Novás en su trabajo "La interconsulta y la referencia" publicado en la revista de Medicina General Integral en el año 2005, señala que en Cuba se han presentado dificultades con la referencia y la contrarreferencia de pacientes, además que se han proporcionado las vías para su solución, el mismo plantea que es muy importante que el especialista interconsultante, o el que recibe la referencia, informe adecuadamente, enseñe sin disertar, oriente sin dar órdenes, resuelva los problemas sin hacer que el médico que solicita la interconsulta o haga la referencia parezca un incapaz, y que aunque el diagnóstico del Médico de Familia estuviera equivocado, no desmeritarlo sino reconocer su esfuerzo.⁽⁹⁾

Por las razones antes expuestas se realizó esta investigación con el objetivo de identificar los problemas fundamentales que se presentan en el proceso de la interconsulta médica en la APS y proponer a los directivos docentes y administrativos un sistema de acciones encaminadas a resolver las dificultades y a elevar la eficacia en el proceso de la interconsulta médica en la APS.

DESARROLLO

Métodos

Se realizó un estudio en sistemas y servicios de salud La investigación en el periodo de marzo a junio del 2017.

Universo: 20 profesionales, que incluye todos los metodólogos de postgrado de las diferentes instituciones de APS de la provincia, (15) así como otros directivos de la dirección provincial de salud (5.) y la universidad de ciencias médicas del territorio

Para la identificación de los problemas fundamentales que se presentan en el proceso de la interconsulta médica en la APS y la propuesta a los directivos docentes y administrativos de la provincia de un sistema de acciones encaminadas a resolver las dificultades identificadas, se aplicó la técnica de grupo nominal con la participación de todos los funcionarios de docencia de los diferentes municipios de la provincia, para ello se realizaron las diferentes etapas según se describe en la metodología de la técnica.⁽¹⁰⁾

Descripción de la técnica aplicada:

Los participantes se reunieron en un local de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Se sentaron formando una U de forma que todos los participantes pudieran alcanzar a ver la presentación (proyección). El moderador correspondió con el autor principal de la investigación, quien expuso las orientaciones fundamentales a los participantes en la investigación y la importancia de la identificación de los problemas fundamentales que se presentaron en el proceso de la interconsulta médica en la APS y propusieron un sistema de acciones para resolver la problemática.

Etapas del proceso de la técnica del grupo nominal.

Se solicitó a cada participante escribir una lista individual sobre el papel con los problemas que existen para el desarrollo exitoso de las interconsultas en la APS y la propuesta de este para resolver los mismos. Esto se efectuó completamente en silencio para impedir que el grupo se dejara influenciar en su opinión acerca de estas ideas. Se recogieron las hojas.

Presentación de las listas:

Luego el moderador organizó y proyectó estas para que todos los participantes alcanzaran a ver los problemas identificados, así como su análisis y las propuestas para resolver estas.

Votación y valoración y debate de los resultados

Después el moderador pidió a los participantes que expresaran sus valoraciones. Se logró como resultado una propuesta de acciones para resolver los problemas identificados para el desarrollo de las interconsultas médicas en la APS en la provincia de Cienfuegos.

En la segunda etapa se presentó a los directivos provinciales las propuestas de acciones que se obtuvo como resultado al aplicar el grupo nominal.

De esta forma los resultados constituyen un reflejo de la aportación de todos los miembros del grupo. Se logró la inclusión de los juicios individuales.

Es importante considerar el Rol de la enfermera en las Interconsultas Médicas como parte del equipo básico de salud, la misma desarrolla acciones de planificación, coordinación, ejecución y evaluación a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), así como otras funciones específicas: prepara y organiza el funcionamiento del escenario para que se desarrolle la interconsulta adecuadamente, acompaña al paciente al Policlínico y participa en interconsultas no básicas de ser necesario y solicitado por su médico, facilita el uso de los documentos básicos del consultorio según las demandas de los interconsultantes, garantiza el cumplimiento de los procedimientos de enfermería que emanen del proceso de la interconsulta, así como su cumplimiento en el domicilio, participa en conjunto con el médico en las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación emanadas de la interconsulta, incluyendo las necesidades de equipos y accesorios para la atención al paciente, con discapacidad o postración, para lo cual coordina la

evaluación por la trabajadora social del Grupo Básico Trabajo. El rol del médico de la familia en el proceso de interconsulta es fundamental, el mismo debe participar con el paciente en la misma con una adecuada actualización de la Historia Clínica individual del paciente referido de manera adecuada haciendo uso del método clínico epidemiológico y social con una visión integral.

El profesor interconsultante dirige y controla la actuación médica integral de las diferentes situaciones de salud que le son planteadas por el médico de la familia, además realiza funciones de enseñanza y funciones didácticas que permitan orientar, instruir y educar al médico de familia

Las acciones de la enfermera dentro del equipo básico son fundamentales y vitales para el logro de mayor eficiencia y efectividad en el trabajo del equipo.

Es importante señalar que todo caso a interconsultar debe tener desarrollado el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), como instrumento esencial dado por la importancia que se le concede al mismo.

Todo lo anterior ejemplifica el amplio perfil de desempeño de la enfermera en la Atención Primaria de salud, como miembro del equipo básico y como parte de ese binomio imprescindible para garantizar el cumplimiento del Programa de Medicina Familiar, que garantiza la satisfacción de la población, este perfil de desempeño bien consolidado, argumentado y certificado constituye un área principal de gestión de la supervisora del Grupo Básico Trabajo y de la Jefa de Enfermera del Policlínico. ^(5,11)

Resultados

Las dificultades fundamentales identificadas para el desarrollo adecuado de las interconsultas en la provincia son las siguientes:

- El 100 % consideró como dificultad la existencia de Grupo Básico Trabajo incompletos.
- El 86.2% consideró que existen áreas que cumplimentan las interconsultas de forma centralizada, en un consultorio se interconsultan los pacientes de otros consultorios cercanos
- El 100% considera como dificultad que más del 50% de los especialistas de los Grupo Básico Trabajo no presentan categorización docente.
- El 93.1% señaló que no se garantiza la calidad de la presentación del caso en la Historia Clínica Individual del paciente por parte de los médicos de la familia que interconsultan, que no todos los profesores escriben el resultado en la Historia Clínica Individual y que no dejan la evidencia del componente docente de la misma en la libreta de supervisión, ni en la tarjeta del residente.
- Correspondió al 86.2% de los participantes señalar como dificultad que no todos los facilitadores certificados para garantizar las interconsultas asistenciales tienen preparación pedagógica.
- El 100% de los participantes en la investigación plantearon que no se garantiza la exigencia de lo establecido para el cumplimiento de los objetivos de la interconsulta a los médicos familiares luego de concluir la especialidad
- El 96.5% consideró que no todos los Grupo Básico Trabajo de la provincia garantizan el cumplimiento de lo establecido en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, de evaluar los resultados de las interconsultas mensualmente en la Reunión de los Grupos Básicos de Trabajo.

- El 100% plantea que en las especialidades no básicas las interconsultas en ocasiones son realizadas por residentes, o profesores no categorizados.
- El 96.5% plantea que el médico y/o la enfermera de familia en muchas ocasiones no aprovechan la participación en las interconsultas de las especialidades como oportunidad de familiarización o superación continuada y deja de participar en estas.
- El 100% plantea que no todos los casos que se interconsultan tienen desarrollado el PAE adecuadamente.
- El 82.7% consideró que no se ha logrado uniformidad en el control y monitoreo del perfil de desempeño de la enfermera miembro del equipo básico de salud.

Sistema de acciones

- Cada territorio debe garantizar el completamiento de los Grupo Básico Trabajo para cumplimentar las interconsultas con la periodicidad y la calidad establecida.
- Las interconsultas deben desarrollarse en cada consultorio para garantizar el cumplimiento de los objetivos y requerimientos metodológicos que se establecen en el Programa de médico y Enfermera de la Familia y los que declara el Programa de la Especialidad de Medicina General Integral, referido para la habilidad de la interconsulta médica.
- Nombrar como profesor de los GBT solo profesionales categorizados para garantizar que cuenten con las herramientas metodológicas de la pedagogía básica necesaria para garantizar la calidad de las interconsultas, así como de otras actuaciones básicas de la Medicina Familiar.
- Monitorear y evaluar por cada tutor docente, por el jefe del Grupo Básico Trabajo y otros directivos del área, municipio y/o provincia la calidad de la presentación del caso y de la confección de las Historias Clínicas Individuales (HCI) del paciente por parte de los médicos y enfermeras de la familia que interconsultan, así como exigir a los profesores que escriban el resultado en la Historia Clínica Individual I y dejen evidencias del componente docente de la misma, en la libreta de supervisión y en la tarjeta del residente.
- Nombrar como facilitador certificado para las interconsultas en la Atención Primaria Salud, solo especialistas de Medicina General Integral (MGI) categorizados y así garantizar que los mismos puedan cumplimentar esta actuación docente asistencial con calidad, al contar con las herramientas pedagógicas necesarias.
- Garantizar que los médicos y enfermeras recién graduados y los especialistas de Medicina General Integral cumplimenten la participación en las interconsultas.
- Monitorear por parte de los directivos docentes y asistenciales que los Grupo Básico Trabajo de la provincia garanticen el cumplimiento de lo establecido en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, de evaluar los resultados de las interconsultas mensualmente en la Reunión de los Grupos Básicos de Trabajo.
- Seleccionar a los profesores con elevada categorización docente y científica para interconsultar en la APS, además reconocer esta actuación por los directivos del territorio.
- Planificar y organizar el trabajo del médico y la enfermera de la familia de forma tal que se garantice su participación activa en las interconsultas básicas y no básicas, lo que favorece la formación del residente y la educación continuada del especialista o licenciado.

- Monitorear y controlar que los casos que se interconsulten tengan desarrollado el PAE adecuadamente.
- Lograr uniformidad en el control y monitoreo del perfil de desempeño de la enfermera miembro del equipo básico de salud, por la supervisora del Grupo Básico Trabajo y por la Jefe de Enfermera del Policlínico.

CONCLUSIONES

La interconsulta médica constituye una actuación básica en la Atención Primaria Salud, la implementación adecuada de la misma a nivel de consultorios, Grupos Básicos de Trabajo y municipios eleva la calidad de los servicios en la Atención Primaria Salud y la satisfacción de la población con los mismos, favorece además los procesos docentes que se desarrollan tanto para el pre como para el postgrado.

Es vital una correcta comunicación bidireccional entre el equipo básico de salud y el interconsultante, así mismo entre estos y el paciente.

Se presenta una propuesta de acciones a implementar por los directivos de la atención primaria de salud docente y asistencial, con miras a elevar la calidad de las interconsultas médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
2. Cuba Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica. 1998.
3. Lemus ER, Borroto ER, Aneiros-Riba R. Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Educación Médica. La Paz: Biblioteca de Medicina; 1998
4. Álvarez Sintés R. Ciencia y Arte de la Medicina General Integral. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. 2da. Ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
5. Morales Ojeda R, Portal Miranda JA, Struch Rancaño L, Cobas Ruiz M, González Martín R, Luna Morales EC, et al. Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia: el policlínico y el hospital. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
6. Taylor RB. Medicina de familia. Aspectos actuales y perspectivas futuras. En: Taylor, RB, Alan K. David AK, Johnson, T A, DM Phillips, JE. Scherger. Family Medicina de Familia. Principios y Práctica. 6^{ta} ed. Barcelona: Editora: MASSON, 2006. Parte 1. Cap. 1, p. 3-7
7. Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de Familia en España y otros países. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. T. 1. 5. ed. Madrid: Editora Elsevier; 2003. p. 307-326.
8. Rosas Prieto A.M, Narciso Zarate V, Cuba Fuentes, MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta méd. peruana* [online]. 2013, vol.30, n.1 [citado 2015-06-16], pp. 42-47 .Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917.
9. Díaz Novás J. Gallego Machado B. La interconsulta y la referencia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300020
10. Pérez Andrés C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa?. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2000 Ago [citado 2018 Abr 24]; 74(4): 00-00. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000400001&lng=es.
11. González García G, Borrego Borrego M, Suárez Fuente R, Tejera Villareal G, et al. El método científico. En *Enfermería familiar y social*. Ciudad de la Habana. Edit. Ciencias Médicas, 2004. p: 515

TÍTULO: ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL ÁREA #2. CIENFUEGOS 2017.

TITLE: THERAPEUTICAL ADHERENCE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION. AREA #2. CIENFUEGOS 2017.

Autores:

Marian Amanda Vázquez Núñez, medmavn970429@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Carrera de Medicina, 3er año.

Erika Solange Ruíz Domínguez, medesrd970116@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Carrera de Medicina, 3er año.

Amanda Rodríguez Chaviano, anafrank95@gmail.com, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Carrera de Medicina, 5to año.

Tutor: Ahmed José Pomares Avalos, **Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Licenciado en Psicología. Master en Psicología de la Salud. Profesor Asistente.**

Resumen

Fundamento: la Hipertensión Arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos en las poblaciones de todas partes del mundo.

Objetivo: determinar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial.

Material y Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo que admite la comparación de variables, en el Área de Salud #2 Cecilio Ruíz de Zarate, de la provincia de Cienfuegos, en el período comprendido de abril a mayo de 2016. Se realizó un muestreo aleatorio simple quedando conformada la muestra por 27 pacientes. Las variables de estudio son: edad, sexo, nivel escolar, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad y adherencia terapéutica. El instrumento de recogida de la información es el Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG. Se aplicaron los instrumentos de forma individual con cada paciente y el análisis estadístico de la información se realizó en la base de datos del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

Resultados: Prevalció la adherencia parcial al tratamiento.

Conclusiones: se observan dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas ya que un bajo por ciento se adhiere de forma total al tratamiento.

Palabras Claves: Hipertensión Arterial, Adherencia terapéutica

Abstract

Fundaments: High blood pressure is one of the most common conditions which affects the grown individuals in populations all over the world.

Objective: Determinate the behaviors of the therapeutic adherence in patients who suffer from high blood pressure.

Materials and methods: This investigation is an observational, descriptive which admits the comparison of variables. This study was carried out at the Area 2 Cecilio Ruíz de Zarate, at Cienfuegos Province, in the period between April and May, 2016. A simple random sample was taken and it was constituted by 27 patients. The variables of study are: age, sex, scholarship, occupations, time of evolution of the disease and therapeutic adherence. The tools to get the information was the Quest for the evaluation of therapeutic adherence MBG. All the tools were applied in an individual way in every patient and the static analysis was taken to the SPSS static data base. (Statistical Package for the social Sciences)

Results: The partial adherence to the treatment prevailed.

Conclusions: Difficulties in the accomplishment of the medical indications were observed due to a low percent is adhered in a total way to the treatment.

Key words: High blood pressure, Therapeutical Adherence.

Introducción

La Hipertensión Arterial está considerada la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos en las poblaciones de todas partes del mundo. **(1)** Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades como las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebro vascular e insuficiencia renal, entre otras. **(2)**

Reportes científicos reflejan que esta problemática de salud afecta aproximadamente 1 billón de personas en todo el mundo y se incrementará a menos que se implementen medidas preventivas eficaces. **(3)**

Cuba refleja cifras de Hipertensión Arterial de 214.9 por cada 1000 habitantes. Por su parte la provincia de Cienfuegos tiene una tasa de prevalencia de 228 por cada 1000 habitantes y la evidencia clínica sugiere que esta problemática de salud continúa en aumento. **(4)**

Como todas las afecciones crónicas, requiere de tratamiento para toda la vida, sin embargo la evidencia científica demuestra las dificultades que presentan los pacientes hipertensos con la adherencia a estos tratamientos. **(5, 6, 7).**

Las investigaciones sobre adherencia terapéutica e Hipertensión Arterial ofrecen resultados pocos alentadores. Estudios confirman que la cifra de pacientes no cumplidores alcanza cerca del 40 % para el tratamiento médico farmacológico y entre el 60 y 90 % para el tratamiento médico no farmacológico que abarca las medidas higiénicas, dietéticas y la práctica de ejercicios físicos entre otros. **(8, 9,10)**

De ahí que se convierta en un asunto serio el estudio de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial, más si se tiene en cuenta que es un problema mundial, que se presenta en todos los países con independencia de su nivel de desarrollo. Partiendo de estos aspectos se decide realizar esta investigación con el objetivo de determinar cómo se manifiesta la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo que admite la comparación de variables, en el período comprendido de abril a mayo de 2016. El estudio se realizó en el Área de Salud #2 Cecilio Ruíz de Zarate, de la provincia de Cienfuegos. Se realizó un muestreo aleatorio simple de los pacientes con hipertensión arterial del Área #2 de Cienfuegos. La muestra quedó conformada por 27 pacientes.

Resultados

La tabla #1 muestra las características socio-demográficas de los pacientes de estudio. Prevalece el grupo etario de más de 60 años (51,9%). Predominan los sujetos del sexo femenino (63,0%), los de mayor nivel escolar (63,0%), así como los profesionales (44,4%). El tiempo de evolución de la enfermedad que predomina es el de más de 10 años (40,7%)

La tabla #2 muestra los resultados de la adherencia terapéutica en los pacientes de estudio. Prevalecen los sujetos que presentan una adherencia parcial (66,7%), seguido de la adherencia total (18,5 %).

La tabla #3 muestra la relación entre las variables sociodemográficas y la adherencia terapéutica. Los pacientes que se encuentran en el rango de edad de 20-40 años predominan con valores similares la adherencia parcial y la no adherencia en un (50%) respectivamente. Los pacientes que se encuentran en el rango de edad de 41-60 años hay un predominio de la adherencia parcial (72,7%).

Con respecto a los sujetos mayores de 60 años hay un predominio de la adherencia parcial (64.3 %). Como dato relevante en este rango de edad un (35,7%) de pacientes se adhieren totalmente al tratamiento.

Al analizar el sexo tanto en el masculino como el femenino existe un predominio de la adherencia parcial en un (50%) y (76,5%) respectivamente.

En cuanto a la escolaridad, en los pacientes con menor nivel escolar prevalece la adherencia parcial (60%), seguido de la adherencia total (30%). Mientras que los pacientes con mayor nivel escolar, prevalece la adherencia parcial (70,6%), seguido de la no adhesión (17,6%).

Con respecto a las categorías ocupacionales, las amas de casas presentan un predominio en la adherencia parcial (75%), seguido de la adherencia total (25%). Los jubilados presentan un predominio en la adherencia parcial (83,3%), seguida de la adherencia total (16,7%). Al analizar los obreros, existe una prevalencia de la adherencia total (60%). Por otra parte en los profesionales predomina la adherencia parcial (75%), y como dato relevante ninguno se adhiere totalmente al tratamiento.

Discusión

En la presente investigación el comportamiento de la variable edad, coincide con una serie de artículos revisados donde predominan los pacientes Hipertensos mayores de 60 años. **(11,12, 13)**

Estudios plantean que más de la mitad de los pacientes hipertensos sobrepasan los 50 años de edad, además se ha encontrado que la incidencia de HTA comenzó a elevarse a partir de los 50 años y alcanzó valores de hasta 200 x 100 000 habitantes después de los 65 años. **(11,12, 13)**

La edad es un factor de riesgo no modificable y lógicamente, se encuentran un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad, lo que puede estar provocado por los importantes cambios que suceden en el organismo que aumentan el riesgo de sufrir enfermedades. **(14, 15)**

La hipertensión y el envejecimiento interaccionan de forma negativa sobre el cerebro, el corazón y el sistema renal, principalmente por las modificaciones hemodinámicas que ocurren a medida que el organismo envejece y su repercusión deletérea sobre los mencionados sistemas. **(14, 15)**

Al analizar el sexo, la presente investigación coincide con los resultados de otros estudios al prevalecer el sexo femenino en personas mayores de 60 años. La literatura científica revisada refiere que en el hombre aumenta la probabilidad de padecer cardiopatía isquémica e Hipertensión Arterial de 4 a 5 veces con respecto a la mujer, hasta los 40 años de edad. A partir de este momento, en el sexo femenino existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad, esto se atribuye a cambios en los patrones hormonales. **(11, 16)**

Con respecto a las categorías ocupacionales hubo un predominio de los profesionales, lo que tiene una clara explicación ya que se plantea que la actividad laboral se asocia a incrementos en [los valores medios](#) de presión arterial que pueden o no atravesar el umbral de hipertensión. **(17)**

Otro elemento es la sobrecarga de trabajo, la cual siempre conduce al estrés, ante esto están más propensos quienes trabajan una cantidad excesiva de horas y aquellos que realizan esfuerzos físicos o [intelectuales](#) que van más allá de lo considerado normal. **(18)**

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad hubo un predominio de los pacientes que padecen la enfermedad más de 10 años. Es necesario señalar que a medida que la enfermedad se prolonga en el tiempo, la persona se hace más conscientes del riesgo que esta constituye, lo que trae consigo una implicación emocional y por tanto pasa a formar parte de los motivos de más alta jerarquía.

Resulta llamativo, al analizar la adherencia terapéutica el predominio de la adherencia parcial al tratamiento, lo que nos permite corroborar que se mantienen dificultades en la terapéutica antihipertensiva en los pacientes estudiados, ya que solo el (18,5 %) de los pacientes se adhieren totalmente al tratamiento indicado.

Estos datos coinciden con otros estudios realizados en Cuba donde prevalece la adherencia parcial al tratamiento **(8,19)**.

Esto significa que los pacientes se encuentran en una fase contemplativa, donde no existe una plena conciencia de la enfermedad y sus riesgos asociados. La no adherencia al tratamiento conlleva a dificultades en el control de la enfermedad

hipertensiva, y genera complicaciones clínicas que incluso pueden comprometer la vida de los pacientes, además de las repercusiones socioeconómicas y familiares que esto trae consigo. **(19)**

Diversos son los factores que contribuyen o no al cumplimiento del tratamiento médico siendo los más relevantes las cuestiones que tienen que ver con: la organización de los servicios de salud, configuraciones personalógicas, características del tratamiento, disponibilidad de recursos económicos y el apoyo familiar. **(8,19)**

Resulta llamativo que solo los pacientes mayores de 60 años se adhieren totalmente al tratamiento. Algunos autores han encontrado que las personas de mayor edad olvidan menos las tomas de medicamentos porque frecuentemente dichos enfermos padecen también otras afecciones y tienen más síntomas, lo cual los incentiva a no abandonar la medicación. **(14, 15)**

Sin embargo, otro estudio concluyó que los pacientes de mayor edad incumplen más la terapéutica porque con mayor frecuencia olvidan tomar los medicamentos debido a la pérdida de memoria que a menudo acompaña al envejecimiento. **(14)**

La disparidad de las opiniones puede deberse a que el tiempo de evolución de la HTA a menudo es prolongado, y los tratamientos de larga duración constituyen otro factor contribuyente al incumplimiento de la terapéutica.

Resulta de sumo interés recordar que la transición demográfica que experimenta la población mundial hacia el envejecimiento favorece el aumento de personas con enfermedades crónicas a lo que no escapa el territorio de la América Latina y el Caribe.

Al analizar la relación entre el sexo y el cumplimiento de la adherencia terapéutica se observa que el sexo masculino presenta mayor por ciento en relación al sexo femenino de pacientes adheridos totalmente, aunque el por ciento de pacientes no adheridos también predomina en el sexo masculino.

Estos datos están en correspondencia con otros estudios que han sugerido que las mujeres son más sistemáticas en el cumplimiento de las indicaciones médicas. **(20)**.

Un dato relevante constituye que los pacientes de mayor nivel escolar presentaron mayores dificultades para adherirse al tratamiento, datos que no coinciden con las evidencias clínicas, que sugieren que los pacientes con estudios superiores, son portadores de una mayor educación general, lo que puede favorecer una percepción más realista del riesgo que a largo plazo implica la condición de ser hipertenso no controlado.

En cuanto a la relación existente entre la ocupación y la adherencia al tratamiento, se encontró mayor dificultad en aquellos pacientes con vínculo laboral, específicamente los profesionales. Datos que están en correspondencia con otros estudios que reflejan que entre los factores relacionados con la adherencia, la variable ocupación es una de las que resulta más significativa. **(17)**

Los pacientes que tienen una vida laboral activa cuentan con menores posibilidades de adherirse al tratamiento.

Bibliografía

- 1- Zubeldia Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunitat valenciana. Rev Esp Salud

Pública.2016 [Citado el 1 de abril de 2016] 90 (1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: : www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/.../RS90C_LZL.pdf

- 2- Campos Nonato I, Hernández Barrera L, Rojas Martínez R, Pedroza A, Medina García C, Barquera Cervera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx. 2013. [Citado el 16 de abril de 2016] 55 (2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000800011.
- 3- Nolasco Monterroso C, Navas Santos L, Carmona Moriel C.E, López Zamorano M, Santamaría Olmo R, Crespo Montero R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. Enferm Nefrol 2015. [Citado el 22 de abril de 2016] 18 (4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842015004400006&lng=es&nrm=iso.
- 4- Anuario estadístico del Ministerio de Salud Pública de Cuba. 2015. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf.
- 5- Zurera Delgado I, Caballero Villarraso M.T, Ruíz García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Enferm Nefrol. 2014. [Citado el 4 de abril de 2016]17; (4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n4/03_original2.pdf.
- 6- Alfonso Godoy K, Achiong Estupiñan F, Achiong Alemañy, Achiong Alemañy F, Fernández Alfonso J, Lenia Delgado Pérez L. **Factores asociados al hipertenso no controlado**. Rev. Med. Electrón. 2011. [Citado el 1 de abril de 2016] 33 ;(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201100030004.
- 7- Cazorla Santana M, Rodríguez Díaz D. Grado de adherencia terapéutica a los fármacos del metabolismo óseo-mineral: ¿toman nuestros pacientes la medicación prescrita? Enferm Nefrol. 2013. [Citado el 4 de mayo de 2016] (16); 1: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842013000100007&script>.
- 8- Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, et al. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Rev Cubana Farm. 2013. [Citado el 2 de mayo de 2016] 47(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347515201300040006.
- 9- Martín Alfonso L, Bayarre Veá H, Corugedo Rodríguez M, Vento Iznaga F, La Rosa Matos Y. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Revista Cubana de Salud Pública. 2015. [Citado el 29 de abril de 2016] 41(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662015000100004.

- 10- Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¿Qué difícil es cumplir! Aten Primaria. 2011 [Citado el 4 de abril de 2016] 43(7): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencin-primaria-27-articulo-adherencia-terapeutica-que-dificil-es-90023817?referer=buscador>
- 11- Piloto Hernández L, Palma López M, Rodríguez Álvarez L, Carmona Brito J. Principales causas de muerte en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina. 2015. [Citado el 6 de mayo de 2016] 54 (1): [aprox. 2q p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1729>.
- 12-León Álvarez J, Pérez Caballero M, Guerra Ibáñez G. Cinco años de experiencia en consulta especializada de hipertensión arterial complicada (2008-2012) Revista Cubana de Medicina. 2013. [Citado el 17 de abril de 2016] 52(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v52n4/med04413.pdf>.
- 13- Herrera Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. av. enferm., XXX. 2012. [Citado el 3 de mayo de 2016] (2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf
- 14- Libre Rodríguez J, Laucerique T, Noriega L, Guerra M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Rev cubana med.2011. [Citado el 29 de abril de 2016] 50 (3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v50n3/med03311.pdf>.
- 15- Santiago A. López Vázquez I, Chávez Vegal R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016. [Citado el 6 de mayo de 2016] 15(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X201600010006.
- 16- National Heart, Lung, and Blood Institute. Factores de riesgo para la presión arterial alta. 2015. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/hbp/atrisk>.
- 17- Cardona Arias JA, Llanes Agudelo OM. Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en indígenas. Rev CES Med 2013. [Citado el 6 de mayo de 2016] 27(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/cesm/v27n1/v27n1a04.pdf.
- 18-Molerio Pérez O, Arce González M, Otero Ramos I, Nieves Achón Z. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. Revisión bibliográfica. Universidad Central de Villa Clara. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43_1_05/hie07105.htm.
- 19-Corugedo Rodríguez M, Martín Alfonso L, Bayarre Veá H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. Rev Cubana Med Gen. 2011. [Citado el 4 de mayo de 2016]; 27(4) [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400009.
- 20-Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Enriquez O, Koch E, et al. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Rev Med. Chile. 2014.

[Citado el 16 de abril de 2016]; 142 (10): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872014001000003.

Anexos:

Tabla1: Caracterización general de los pacientes según variables sociodemográficas y tiempo de evolución de la enfermedad.

	Variables	Frecuencia	%
Edad (años)	20-40	2	7,4
	41-60	11	40,7
	+de 60	14	51,9
Sexo	Masculino	10	37,0
	Femenino	17	63,0
Ocupación	Ama de casa	4	14,8
	Jubilado	6	22,2
	Obrero	5	18,5
	Profesional	12	44,4
Escolaridad	Menor de 12 grado	10	37,0
	Mayor de 12 grado	17	63,0
Tiempo de evolución de la enfermedad	Menor de 5 años	9	33,3
	De 6 a 10 años	7	25,9
	+ de 10 años	11	40,7

Fuente: Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG

n: 27

Tabla2: Comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

Variables		Frecuencia	%
Adherencia Terapéutica	Adherencia total	5	18,5
	Adherencia parcial	18	66,7
	No Adherencia	4	14,8

Fuente: Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG

n: 27

Tabla3. Relación entre las variables sociodemográficas y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial

Variables Sociodemográficas		Adherencia Terapéutica		
		Adherencia Total	Adherencia Parcial	No Adherencia
Edad	20- 40 (n: 2)	-	1 50%	1 50%
	41-60 (n: 11)	-	8 72,7%	3 27,3%
	+60 (n: 14)	5 35,7%	9 64,3%	-
Sexo	Masculino (n: 10)	2 20%	5 50%	3 30%
	Femenino (n: 17)	3 17,6%	13 76,5%	1 5,9%
Nivel escolar	Mayor de 12 grado (n: 17)	2 11,8%	12 70,6%	3 17,6%
	Menor de 12 grado (n: 10)	3 30%	6 60%	1 10%
Ocupación	Ama de Casa (n: 4)	1 25%	3 75%	-

	Jubilado (n: 6)	1 16,7	5 83,3%	-
	Obrero (n: 5)	3 60%	1 20%	1 20%
	Profesional (n: 12)	-	9 75%	3 25%

Fuente: Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG

n:27

TITULO: ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL MUNICIPIO DE CIENFUEGOS.2017.

Autores: Lic. Loreta Sánchez Ortiz, farmacologia7412@ucm.sld.cfg.cu, Facultad de Ciencias Medicas de Cienfuegos, máster en Ciencias de la Educación.

Lic. Lourdes González Pérez, Facultad de Ciencias Medicas de Cienfuegos, máster en Educación médica.

Lic. Grisell Elvira Menéndez Rodríguez, Facultad de Ciencias Medicas de Cienfuegos, máster en Ciencias de la Educación.

Lic. Haydee Melián Rivero, jdae@ucm.sld.cfg.cu, Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, máster en Ciencias de la Educación.

Lic. Margarita Llerena Bermúdez, Facultad de Ciencias Medicas de Cienfuegos, máster en Educación médica.

Lic. Maria Cristina Núñez Martínez, Facultad de Ciencias Medicas de Cienfuegos, máster en Educación.

RESUMEN

Introducción: En el momento actual la adherencia farmacoterapéutica reviste gran importancia sobre todo en las enfermedades crónicas. El incumplimiento del tratamiento médico aumenta la morbilidad, mortalidad, y aumenta los costos de la asistencia sanitaria

Objetivos: Describir el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas en Cienfuegos.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en pacientes con enfermedades crónicas de dos áreas de salud del municipio de Cienfuegos. La muestra quedó conformada por 81 pacientes. La información se obtuvo con la aplicación del test de Hayness y Sacket. Se procesaron los resultados con procedimientos estadísticos.

Resultados: En el estudio existió un predominio de pacientes con adherencia al tratamiento terapéutico para un 59.2 %. El sexo no influyo en el cumplimiento del tratamiento, sin embargo en el estado civil se destacan los pacientes que no están casados y viven solos. Todos los pacientes con mala adherencia tienen tratamiento con más de un fármaco.

Conclusiones: A pesar que la mayoría de los pacientes manifiestan tener buena adherencia terapéutica se considera elevada la cifra con dificultad en el tratamiento. El género en este estudio no influyó en el cumplimiento del tratamiento, sin embargo en el estado civil se destacan los pacientes que no están casados y viven solos. Detectar oportunamente al paciente no adherente es muy importante, para que posteriormente los profesionales de la salud se tracen estrategias para lograr mejorar la adherencia farmacológica y así evitar una evolución desfavorable de la enfermedad.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, enfermedades crónicas, tratamiento farmacológico.

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento.

El incumplimiento es la principal causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los enfermos. A este

respecto, la falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables. ^(1, 2, 3,4)

El término de cumplimiento hace referencia al grado en que el paciente obedece, sigue instrucciones y prescripciones médicas, lo cual depende del estado de salud de cada persona.

La adherencia al tratamiento implica también aceptar el diagnóstico correspondiente a la propia enfermedad, ya que esto lleva al enfermo al éxito y a un pronóstico favorable.

Ocurre lo contrario cuando el paciente no se apega a su diagnóstico e, incluso, puede llegar a ser señalado o excluido dentro de una sociedad por su enfermedad. El incumplimiento puede ocasionar: molestias o efectos secundarios propios del tratamiento, un costo elevado, decisiones basadas en juicios de valores personales, creencias religiosas, culturales, alteración en rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento anómalos, entre otras.

Los pacientes con problemas crónicos debido a esquizofrenia, epilepsia, hipertensión, diabetes mellitus, entre otros, recaen y se complican por no llevar un tratamiento adecuado, puesto que hay estudios que mencionan que las recaídas se van presentando cada vez más severas y éstas son por la falta de adherencia al tratamiento; esto conlleva un riesgo de retrocesos, hasta del 100% en aquellos pacientes que interrumpen el tratamiento farmacológico.

La mayoría de los tratamientos de este tipo de padecimientos son de por vida, desde que son diagnosticados. Otro factor importante es la falta de conciencia del paciente al desconocer totalmente su padecimiento, lo que deriva en complicaciones por diferentes factores. ^(1, 2,5)

Entre los factores implicados en el incumplimiento, se encuentran:

- Factores relacionados con la enfermedad: cuando un paciente va mejorando su estado de salud.
- Factores relacionados con el tratamiento: el tratamiento farmacológico ocasiona efectos secundarios como mal sabor, discinesias. Otros factores relacionados son: eficiencia, dosis y tiempo de acción, duración y complejidad, costos y vía de administración.
- Factores relacionados con el entorno del paciente: Influye la actitud de la familia, de la persona enferma y su tratamiento, la relación paciente con el profesional de medicina o enfermería.
- Factores relacionados con el equipo terapéutico: Ésta es la relación del paciente y el profesional de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la falta de adherencia terapéutica como “un problema mundial de primera magnitud”. ⁽³⁾

Mejorar la adherencia a la medicación se ha convertido en una prioridad para las autoridades e investigadores sanitarios, ya que diversos estudios sugieren una alta prevalencia. Entre un 30% y un 50% de los pacientes crónicos no toman sus medicamentos o no los toman como fueron prescritos, acarreando un problema relevante en la práctica clínica.

La falta de adherencia de los pacientes al tratamiento es una oportunidad perdida para los beneficios de la farmacoterapia y disminuye su calidad de vida. Si la patología empeora, aumentarán los costos desde la perspectiva del sistema de salud, por un aumento de las hospitalizaciones y la aparición de complicaciones como consecuencia de la falta de adherencia terapéutica.

La detección y prevención de la falta de adherencia terapéutica es una actividad que todos los profesionales sanitarios deben incluir en sus rutinas de trabajo para prevenir y/o evitar la aparición de casos de incumplimiento terapéutico en los pacientes. ⁽⁶⁾

Es importante realizar estudios sobre la adherencia terapéutica, ya que el incumplimiento puede traer consigo pérdida en la calidad de vida del paciente y su familia, puede comprometer la vida del mismo y el incremento en los costos para el enfermo y el sistema de salud.

Por lo que nos planteamos como problema científico:

¿Cómo se comporta la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del municipio de Cienfuegos?

Objetivo: Describir la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cienfuegos.

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en pacientes con enfermedades crónicas en las áreas de salud II y III del municipio de Cienfuegos durante el mes de Octubre del 2017.

El universo estuvo conformado por todos los pacientes que asistieron a la farmacia de 5 de Septiembre, y a la farmacia de la Juanita durante el periodo de estudio. Se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia. La muestra quedó conformada por un total de 81 pacientes.

La recolección de la información se realizó con la aplicación del test de Hayness y Sackett o también llamado cuestionario de "comunicación del autocumplimiento.

Las variables utilizadas en el estudio son las siguientes:

1. Edad:
2. Sexo
3. Estado civil
4. Patologías crónicas
5. Tratamiento farmacológico: Si es monoterapia o politerapia
6. Adherencia terapéutica : se clasifico en buena según el Test de Hayness y Sackett

Buena: Es aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos > 80% y < 110% .

Mala : a todos aquellos que no están en este margen

Los resultados fueron procesados con procedimientos estadísticos.

Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

Análisis y discusión de los resultados:

El 59.26% de los pacientes seleccionados en el estudio oscilaban entre los 20 a los 60 años de edad, mientras que el 40.74 % eran igual o mayor de 61 años. El 54.32% eran del sexo femenino y el 45.68 del sexo masculino. Estos resultados se muestran en las tablas 1 y 2 que aparecen en los anexos.

El 61.73% eran solteros, divorciados o viudos y el 38.27 eran casados. Se muestran los resultados en la tabla 3.

La patología de mayor frecuencia en la población estudiada fue la hipertensión para un 61.9%, siguiéndole las cardiopatías para un 60.4 %, le siguió la diabetes mellitus con un 28.3 % y el asma bronquial con un 24.7%. En menor medida el asma, osteoporosis y la gastritis. (Tabla 4)

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, la hipertensión arterial sistémica es considerada como un factor de riesgo cardiovascular que predispone al individuo a una serie de comorbilidades cardiovasculares. Su detección temprana, la instauración de un tratamiento integral, y la adherencia al tratamiento por parte del paciente, permiten disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad generada por la hipertensión.

El 65,43 % de los paciente tenían tratamiento con 3 o más fármacos, es decir la mayoría de los pacientes tenían politerapia, mientras que un 34.56 % con monoterapia. (Tabla 5)

Al aplicar el *tess de Haynes-Sackett se obtuvo que el 59.2%* tenían buena adherencia y el 40.8% mala adherencia al tratamiento farmacológico. (Tabla 6)

Otras investigaciones realizadas en España, señalan que del 29 % al 56 % de los hipertensos toman la medicación en la forma indicada, valores cerca obtenidos en nuestra investigación ⁽⁷⁾. Se estima que el grado de adherencia a la farmacoterapia para la hipertensión varía entre 50 – 70 %. Además, se ha calculado que en el primer año de tratamiento, de 16 a 50% de los pacientes con hipertensión arterial interrumpe la toma de sus medicamentos antihipertensivos y, entre quienes siguen el tratamiento a largo plazo, las dosis de medicación perdidas son comunes. Estas cifras difieren para los pacientes recién diagnosticados y aquellos con hipertensión crónica de muchos años ⁽⁸⁾. Otra investigación realizada en Perú resulto adherente al tratamiento farmacológico en un 37,9%, del total de la población estudiada ⁽⁹⁾ valores inferiores a los obtenidos, al igual que en otro estudio realizado en el Hospital Comunitario de Yungay ubicado en Chile, obtuvo un 45,9% de adherencia al tratamiento antihipertensivo ⁽¹⁰⁾.

De los pacientes con mala adherencia el 75 % eran solteros , divorciados y viudos, y el 25 % casados. Destacándose los viudos para un 50 %. (Tabla 7). Aquí es importante destacar el papel que juega el entorno del paciente, sobre todo el apoyo familiar. Esto promueve una mayor adherencia pero al mismo tiempo marcan un eje de dependencia.

Un estudio realizado en Perú, en el cual se valoró la adherencia farmacológica, se halló que el estado civil viudo tiene relación con la adherencia al tratamiento, pero se consideró este dato como producto del azar ⁽⁸⁾.

La mayoría de los pacientes de este estudio padecen de hipertensión y cardiopatías por lo que hay que tener en cuenta que estas son patologías crónicas, por lo que hay que tener presente que existe menos adherencia cuando se toma el medicamento de modo preventivo, en el caso de enfermedades asintomáticas o cuando no hay o no se percibe que haya consecuencias inmediatas. ⁽⁷⁾

En el estudio realizado el género no influyó, se comporta en partes iguales en el incumplimiento del tratamiento, estos resultados son similares a otro realizado

en Costa Rica, que no se encontró una diferencia significativa concluyente entre géneros en relación a la adherencia al tratamiento ⁽¹²⁾.

El 100 % de los pacientes con mala adherencia tenían politerapia. Son varios los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la polifarmacia, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales de los fármacos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos ⁽¹²⁾. Resultados similares se han obtenidos en otras investigaciones, como la realizada en Yungay ubicado en Chile, a los cuales se donde el 72,7% de los pacientes que usaban tres fármacos estaban descompensados. ⁽¹⁰⁾

Conclusiones:

A pesar que la mayoría de los pacientes manifiestan tener buena adherencia terapéutica se considera elevada la cifra con dificultad en el tratamiento. El género en este estudio no influyó, sin embargo en el estado civil se destacan los pacientes que no están casados y viven solos. Todos los pacientes con mala adherencia tienen tratamiento con más de un fármaco, hay que tener presente que con la polifarmacia ocurre un incremento de la aparición de las reacciones adversas e interacciones medicamentosas, que influyen en el incumplimiento del tratamiento. Detectar oportunamente al paciente no adherente es muy importante, para que posteriormente los profesionales de la salud se tracen estrategias para lograr mejorar la adherencia farmacológica y así evitar una evolución desfavorable de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

- 1) De Andrés Muñoz S. Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. Revista Metas enfermería. 2017 .20(2).18-24.
- 2) Díaz Porto Robles, M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Revista Griot .2014; 7(1).p73-84.
- 3) Forero Villalobos J, Hurtado Castillo Y, Barrios Araya S. Revista de Enfermería y Nefrología 2017: abril-junio; 20 (2): 149/157. Disponible en URL: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-288420170000200008>
- 4) Caqueo-Urizar A, Alfonso Urzúa M, I. Adherencia a la medicación antipsicótica en pacientes indígenas con esquizofrenia. Salud Mental 2016;39(6):303-310
- 5) Rodríguez García, MJ, **Del Castillo Arévalo F. Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. Revista electrónica trimestral de enfermería. N° 25 Enero 2012- p 207-218- Disponible en [URL:www.um.es.eglobal](http://www.um.es.eglobal).
- 6) Díaz Porto ,R. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Revista Griot Volumen 7, Número. 1, Noviembre 2014
- 7) Crespo Tejero N, Rubio Franco V. Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: estudio exploratorio. Hipertension. [serie en línea] 2000 Ene [citado 2014 Feb 11]; 17(1):[4-8]. Disponible en; URL:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/hipertension--riesgo-vascular-7/factoresmoduladores-adherencia-farmacologica-hipertension-arterial-estudio-10017208originales-2000>

8) Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. [online]. 2003 [citado 2014 May]. Disponible en URL: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid

9) Carhuallanqui, R, Diestra-Cabrera, G, Tang-Herrera J, Malaga German. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered [online] 2010; 21(4): [197201]*. Disponible en URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_

10) Noack de la F. Karin, Cornejo-Contreras. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. *REVISTA ANACEM, 2013 [online]; 7(2): [7578]*. Disponible en URL: http://www.revistaanacem.cl/pdf/vol7/7.2hipertensos_yungay.pdf

11) Silva Germán E, Galeano Esmeralda, O, Correa J. *Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia*. *Acta Med Colombia*. [online] 2005 Oct-Dic [citado 2014 May]; 30(4): [268-273]. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>

12) Arce Espinoza L, Monje Najera J. Género y adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica.

Cuadernos de investigación UNED [online] 2009 Dic; 1(2):[163-170]. Disponible en URL: <http://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/cuadernos/article/view/226>

Anexos:

Test de Haynes-Sackett

También denominado cuestionario de “comunicación del autocumplimiento”.

Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos. ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa, se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de

tiempo (por ejemplo, los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de

comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos > 80% y < 110% de los prescritos.

Tabla 1: Edades de los pacientes. Cienfuegos. Octubre 2017.

Rangos de edades(años)	de	Porciento (%)
20-30		1.24
31-40		2.47
41-50		11.11
51-60		44.44
61-70		18.51
Más de 70		22.23
Total		100

Tabla 2: Sexo de los pacientes del estudio de adherencia terapéutica. Cienfuegos. Octubre 2017.

Sexo	Cantidad de pacientes	Porciento (%)
Femenino	44	54.32
Masculino	37	45.68
Total	81	100

Tabla 3: Estado civil de los pacientes del estudio de adherencia terapéutica. Cienfuegos. Octubre 2017.

Estado civil	Cantidad de pacientes	Porciento (%)
Soltero	10	12.34
Casado	31	38.27
Divorciado	22	27.16
Viudo	18	22.23
Total	81	100

Tabla 4: Patologías de los pacientes del estudio de adherencia terapéutica. Cienfuegos. Octubre 2017.

Patologías	Cantidad de pacientes	%
Hipertensión arterial	55	61.9
Cardiopatías	49	60.4
Diabetes Mellitus	23	28.3
Asma bronquial	20	24.7
Tiroides	5	6.2
Gastritis	3	3.7
Osteoporosis	1	1.2

Tabla 5: Tipo de tratamiento farmacológico utilizado

TRATAMIENTO	PACIENTES	%
Monoterapia	28	34.56
Politerapia	53	65,43
Total	81	100

Tabla 6: Comportamiento de la de adherencia terapéutica de los pacientes del estudio. Cienfuegos. Octubre 2017

Adherencia	Cantidad de pacientes	Por ciento (%)
Buena adherencia	48	59.2%
Mala adherencia	33	40.8%
Total	81	100

Tabla 7: Estado civil de los pacientes con no adherencia al tratamiento. Cienfuegos. Octubre 2017.

Estado civil	Cantidad de pacientes	Por ciento (%)
Soltero	4	16.7
Casado	6	25
Divorciado	2	8.3
Viudo	12	50
Total	24	100



II Congreso Internacional y VII Encuentro Hispano Cubano en Ciencias de la Salud

“Salud y Género”

TÍTULO: ADULTOS MAYORES Y NIÑOS/AS CON DISCAPACIDADES SENSORIALES: UNA EXPERIENCIA MARAVILLOSA.

AUTORES:

MSc. Guadalupe N Sevilla Gómez. lupesg@jagua.cfg.sld.cu. Dirección Provincial Salud. Cuba

MSc. Leonor Margot Suarez Rodríguez. imsuarez@ucf.edu.cu Profesora de la Universidad de Cienfuegos, Dra. Mileysi Águila Rodríguez. amayor@dps.cfg.sld.cu Dirección Provincial Salud, MSc. Hortensia Mesa Reinaldo, Directora E.Esp. Dionisio San Román, MSc. Bárbara L Acevedo Pastrana, Profesora de la Universidad de Cienfuegos.

RESUMEN

El trabajo presenta los resultados de la Multiplicación de Saberes de los Adultos Mayores del aula de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor (CUAM) de la comunidad de Pueblo Griffo en Cienfuegos y los niños/as con discapacidades sensoriales de la escuela especial Dionisio San Román, que permite establecer alternativas para mejorar la calidad de la educación y rehabilitación de estos. El proyecto se desarrolla en 4 etapas; en la muestra utilizada intervienen, 12 alumnos con discapacidades sensoriales, 7 docentes y 12 adultos mayores directamente, el resto participa indirectamente, ya que el aula consta con una matrícula de 24 estudiantes de la CUAM; dirigiendo nuestro objetivo a transmitir experiencias acumuladas a través de la vida de los estudiantes de la CUAM a los niños/as Sordos e Hipoacúsicos y Débil Visual. Este proyecto ha permitido fortalecer el proceso de recuperación de ambos estudiantes de ambos aprendizaje y la socialización intergeneracional, llevando al plano familiar las experiencias adquiridas que han sido expresadas por los padres y familiares en la satisfacción por el desarrollo que los niños/as han demostrado en las nuevas habilidades para la vida, fortaleciéndose su desarrollo integral, así como fortalecer la estimulación cognitiva en el adulto mayor transmitiendo sus experiencias vividas, lo que propicio en estos elevar su nivel de motivación, creatividad, elevar su autoestima, disminución del estrés y mayor funcionalidad e independencia.

Palabras claves: Multiplicación de saberes, Discapacidades Sensoriales, CUAM intergeneracional

INTRODUCCIÓN

La disminución de las tasas de fecundidad, junto con el aumento de la esperanza vital, determina cambios notables en las pirámides poblacionales de la mayoría de los países del planeta. En Cuba, también hay cada vez más adultos mayores, considerando como tales a los que sobrepasan los 60 años de edad.

El inicio del nuevo milenio, marcó la fecha, en la que se registró la duplicación de la cantidad de senescentes con la que contaba el mundo hasta 1985, lo que constituye un fenómeno con implicaciones sociales entre otras, que obligan a estadistas y planificadores a considerarlo con prioridad en los planes prospectivos, e impone la necesidad de establecer acciones para enfrentarlo con proyecciones concretas de salud, no solo del estado clínico sino de la salud física, formando parte de un todo de interés, donde se toma en cuenta su repercusión social.

Cuba es uno de los países latinoamericanos con mayor índice de envejecimiento poblacional con un 19,8 %, por lo que diversos son los programas de atención al adulto mayor, que tiene como objetivo principal, favorecer la educación continua y permanente de este sector de población para ubicar al hombre y a la mujer, a la altura de los cambios y novedades tecnológicas, sociales y científicas.

Por este motivo, resulta fundamental el desarrollo de investigaciones que permitan establecer alternativas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

La magnitud alcanzada en este orden constituye un elemento a tener en cuenta, por cuanto es en la Tercera Edad donde el individuo necesita ser reconocido en cuanto a su valía como ser humano, siendo útil y productivo. Es entonces una de las alternativas el surgimiento de las Cátedras del Adulto Mayor (CUAM)

El proyecto surge en el curso 2016- 2017 incorporando variantes y enriqueciéndolo con otras actividades en el curso actual. Existen experiencias de trabajo con el adulto mayor en escuelas primarias general donde no estaba incorporada la enseñanza especial, como una vía de inclusión necesaria, para la orientación y el fomento de trasmisión de conocimientos a niños/as con discapacidades sensoriales.

Por este motivo, resulta fundamental el desarrollo de este proyecto que permita establecer opciones para mejorar la calidad de la educación, rehabilitación de los niños/as con discapacidades sensoriales de la Escuela Especial Integral para niños Sordos Hipoacúsicos, Ciegos y Débil Visual.

De ahí que esta práctica está dirigida a la Multiplicación de Saberes del aula de la CUAM de la comunidad de Pueblo Griffo en Cienfuegos, con los niños/as de la escuela especial de la comunidad antes referida.

Estando dirigido nuestro objetivo a transmitir experiencias acumuladas a través de la vida, de los estudiantes de la CUAM a los niños/as de la Escuela Especial Integral Dionisio San Román para niños Sordos Hipoacúsicos y Débil Visual. Identificándose como problema el pobre desarrollo de habilidades de la vida diaria que están relacionadas con las asignaturas que reciben, pero que no han sido fortalecidas por las familias. El objeto de trabajo lo constituye la multiplicación de saberes a los estudiantes y el campo la relación de los estudiantes de ambos centros.

DESARROLLO

Motivar al adulto mayor, se materializa en la capacidad del profesor de significar ante este, la importancia que tienen las actividades que se le proponen, para el aprovechamiento de sus capacidades residuales cognitivas y atenuar sus problemas de salud mental y física; así como establecer nexos afectivos del estudiantes con el sistema de actividades. Para que el nuevo sistema de actividades cree necesidades, debe estar identificado con la cultura, vivencias e interés del adulto mayor y de los niños con discapacidades sensoriales, sólo así creará las motivaciones que le permiten aceptar los intercambios entre ambos estudiantes de diferentes generaciones.

Para lograr éxitos en la labor del proyecto con los adultos mayores, se necesita de un proceso además de motivado, afectivo, emotivo que estimule a los abuelos y los incorpore conscientemente a su propio bienestar. Por ello, el método empleado por el profesor debe poseer determinadas características psicológicas como aspecto interno del método, para desempeñar tan compleja tarea.

La motivación es la forma con que, en la personalidad de los abuelos, se concretan sus necesidades.

La comunicación es el proceso mediante el cual se establecen las relaciones entre los sujetos presentes en las actividades: profesor- adultos mayores y entre los adultos mayores, docentes-familia-niños/as.

La actividad es el proceso que relaciona al abuelo con sus vivencias, transmitirla en la actividad práctica en interrelación con los docentes de la escuela especial y niños/as en la propia actividad, ya sea propuesta por el profesor, los niños/as, los abuelos o los propios docentes según las necesidades identificadas en estos niños/as con discapacidades sensoriales.

La creatividad se definen una atmósfera creativa como aquella que propicia un estado óptimo de activación -cognitiva y afectiva en los procesos de pensamiento, que incrementa el rendimiento productivo individual y grupal al intentar cumplir con ciertas tareas; asimismo, es una disposición de ánimo que favorezca al alumno en sus habilidades, para lo cual es necesario considerar la presentación interpsíquica e intrapsíquica de lo que ha aprendido y lo que aprenderá.

Este programa dirigido al adulto mayor es aplicable en todos los niveles de atención, que incluyen salud, seguridad social, deporte, cultura, recreación y otros.

Desde el punto de vista científico y metodológico, existe la experiencia del trabajo en aulas con el adulto mayor y escuelas primarias generales, como una vía para orientaciones y el fomento de la gestión de conocimientos necesarios, para el desarrollo de una vida más placentera en esas edades y por supuesto propiciando la estimulación cognitiva en los adultos mayores.

El proyecto se desarrolla en 4 etapas:

1ra etapa: Se realizó el acceso al campo, con el objetivo de efectuar el diagnóstico inicial, mediante la aplicación de instrumentos, convenio con la dirección del centro escolar, los consentimientos informados y autorizados por los padres o familiares de los niños/as con discapacidades sensoriales que participan.

2 da etapa: Aplicación y encuentros en los diferentes escenarios, dos veces en el aula de la casa de abuelos, una vez en la escuela especial y como proyección comunitaria en el círculo social recreativo de la comunidad, el último domingos del mes.

3ra etapa: Reelaborar el sistema de actividades intervencionistas.

4ra etapa: Evaluación del sistema de actividades e impactos.

Métodos del nivel empírico:

La observación: como proceso intencional, premeditado y consciente sobre el objeto.

-El fenomenológico: permitió determinar el significado conferido por los adultos mayores del estado físico y mental.

Investigación acción del profesor: posibilitó a las investigadoras, el análisis de las situaciones problemáticas susceptibles de cambio.

-Analítico-Sintético: Se aplicó para consultar y caracterizar por las partes, las fuentes y tópicos relacionados con el estudio, comprensión y procesamiento de la información

Histórico- Lógico: empleado para el desarrollo del estudio bibliográfico.

Inductivo-Deductivo: para viabilizar la generación de experiencias a partir del trabajo con los casos típicos ideales, y tratar casos individuales a partir de resultados generalizados.

Técnicas cualitativas

-La observación participante: por implicar a los autores en los fenómenos observados durante todo el proceso.

Los alumnos con hipoacusia o sordera van a precisar sobre todo que se facilite su **acceso** a los contenidos mediante todo tipo de recursos. No será necesario, en la mayoría de los casos, adaptar su nivel de dificultad de manera más o menos significativa o importante ya que los estudiantes de la CUAM recibieron un módulo de lengua de seña con los conocimientos y palabras específicas que le permitieran comunicarse y entenderse entre ambos estudiantes

En el caso de los alumnos con discapacidad visual, los propios docentes prepararon a los estudiantes de la CUAM y a los profesores en el manejo de éstos en el desarrollo de las actividades teniendo en cuenta el uso de los materiales con colores llamativos y el tamaño necesarios para responder a las necesidades y diferencias individuales de todos los participantes. Estamos hablando de inclusión educativa.

Para poder avanzar hacia una cultura escolar más inclusiva, que responda a la diversidad de todos y todas sus estudiantes, incluidos los que presentan discapacidad, se precisa, además potenciar las condiciones que favorecen los procesos educativos en la escuela especial y en la casa de abuelos.

Fomentando en los niños y niñas la autonomía e independencia, brindando el apoyo estrictamente necesario en el desarrollo de este proyecto.

Realizar trabajo colaborativo con el equipo de integración y/o con el equipo de docente.

Muestra utilizada:

Escuela especial Dionisio San Román: Participan un total de 12 alumnos de ellos 4 sordos, 1 Hipoacúsicos y 7 débil visual.

En el caso de los docentes de la escuela fueron 3 maestros Defectólogos, tres auxiliares pedagógicas, la directora de centro, una intérprete de lengua de señas y 1 jardinero. En el aula de la CUAM de una matrícula de 24 estudiantes, participan en el proyecto 12 estudiantes directamente, de ellos 8 mujeres y 4 hombres, el resto participa indirectamente. Por la universidad de la CUAM, 1 coordinadora principal y 2 profesoras adjuntas.

Los resultados mostraron que, para los niños con discapacidad, la motivación y creatividad representa un recurso psicológico importante para enfrentar los requerimientos educativos y de la vida diaria dentro del ámbito formal, demuestran afectividad, respeto y comprensión por los adultos mayores.

En los adultos mayores se aprecia incremento de la motivación e interés en el desarrollo de las actividades y la creatividad en todos los participantes, se minimiza el estrés, mejoran su rendimiento cognitivo y funcional, incrementan la autonomía personal en las actividades de la vida diaria.

Dimensiones

Actividades realizadas en la Multiplicación de Saberes.

1. Juegos de participación.
2. Taller educativo de manualidades y de educación artística.
3. Taller educativo de corte y costura.
4. Taller siembra cuidado y utilidad de plantas medicinales.
5. Musicoterapia de fondo durante todo el proceso.
6. Encuentro de adultos mayores de la CUAM en la Escuela Especial Dionisio San Román.
7. Encuentro entre grupos de adultos mayores y los niños del concejo popular Pueblo Griffo.

Escenarios

Aula de la Cátedra del Adulto Mayor en la casa de abuelos de Pueblo Griffo.

Escuela Especial Dionisio San Román de la Comunidad.

Círculo Social Recreativo de la Comunidad.

DESCRIPCIÓN. (ejemplo de una actividad)

Juegos de participación.

Ejemplos: Completamiento de frases entre ambos estudiante, Adivinanzas

En este caso expondremos el juego de mesa Dominó.

Organización:

Se integran los niños interesados con los adultos mayores en los diferentes juegos de mesa.

Participantes: 1 hembras y 1 varón débil visual, varones 1 sordos, 1 hipoacúsico.

Desarrollo:

Dominó: Cuatro participantes según se establece el juego los abuelos le explican las reglas, técnicas y organización del mismo se colocan de frente a los niños con discapacidad auditiva para hablarles, le hacen la seña de muy bien cuando obtienen un éxito en el juego , a su vez los pioneros refieren como lo hacen y preguntan las dudas, la interprete apoya la comunicación entre ambos enseñando al abuelo como hacer la seña al responder y por donde debe tocarlo para que lo atienda y de esa forma fluye bien la comunicación para saber cuando colocar la ficha según su tipo y poder ganar en parejas.

Al finalizar la actividad, el facilitador propicia en el grupo un análisis de lo que ocurrió durante ésta, de tal manera, los participantes toman conciencia de qué, por qué, cómo y para qué hicieron dicha actividad, así como la utilidad y aplicación que esto puede tener en otros ámbitos de la vida del alumno.

Taller educativo de corte y costura.

Ejemplos: aprenden a utilizar las diferentes puntadas, a marcar la tela para cortar, poner botones, hacer dobladillos, hacer ropas para vestir sus muñecas.ect

Organización:

Se integran los niños interesados según su preferencia con los adultos mayores en las diferentes mesas, se determina los materiales a utilizar, hilos de diferentes colores, agujas

tijera, retazos de telas, botones de tamaño medianos y grandes de dos y cuatros puntos de diferentes colores.

Participantes: Cuatro niños débil visual 3 hembras y 1 varón

Desarrollo:

Siempre la abuela Lily pues así la llaman los niños le da las bienvenida y los motiva con una conversación amena y corta (hoy vamos a practicar como poner un botón de la blusa o camisa escolar) y ¿quienes quiere aprender primero a hacer el dobladillo para arreglar su saya o pantalón?, entonces se dividen los niños entre las cuatro adultas mayores que participan en este taller, en el caso de los niños débil visual siempre utilizan combinaciones de colores, el botón claro con el hilo más oscuro para aprender, siempre enseñando que lo correcto es que sean del mismo color, también tiene en cuenta la distancia en que deben colocarse estos niños de las muestras, así mismo proceden con las telas y los hilos para hacer el dobladillo, los profesores propician que vayan rotando por ambas actividades. Se estimulan con aplausos a los que lo logren hacer mejor.

Este tipo de actividad al llevarlo a un nivel meta cognitivo nos facilita poder desarrollar, analizar y perfeccionar las estrategias para movilizar el interés de ambos estudiantes, además de ser necesarias para favorecer que el alumno utilice sus habilidades en contextos futuros, modificar el rol protagónico de la interprete en lengua de señas, la coordinadora y facilitadores de las actividades, fomentar la participación de cada integrante del grupo, sin obligar a aquellos alumnos que no deseen hacerlo y propiciar que la actividad resulte interesante en sí misma.

Por este motivo, resulta fundamental el desarrollo de esta experiencia ya que permita establecer alternativas para mejorar la calidad de la educación, la eficacia en la multiplicación de saberes y mejoras la calidad de vida de los niños/as con discapacidad y adultos mayores involucrados en este proyecto.

Profundizando en la utilización de la creatividad como un recurso para apoyar a personas con requerimientos de educación especial no es algo nuevo, desde hace dos décadas hablaban de los aportes de sobre creatividad y su integración a los programas escolares, en particular en los programas de educación especial para niños, lo que hemos transpolado también a la educación de adultos mayores pues han referido satisfacción al poderse comunicar en alguna medida con las personas de la comunidad sorda e hipoacusia.

En el contexto de investigaciones anteriores realizadas se establece que la creatividad debe ser desarrollada desde los primeros años de la escuela primaria. Bajo esta perspectiva, el interés de este trabajo está centrado principalmente en la capacidad creadora como aquella factible de ser desarrollada a través de un proceso educativo, ya sea netamente académico o con un sentido terapéutico, como es el caso de nuestra investigación.

Si tenemos en cuenta lo anterior, considerando que la relación entre la creatividad y el proceso de enseñanza-aprendizaje es bastante evidente, dado que ambos se nutren de un mismo proceso psicológico básico: la percepción..

De acuerdo con estos planteamientos, la relación hipotética entre la creatividad y la necesidad de educación especial, está basada en la estrecha relación que tienen los procesos de creatividad, de enseñanza-aprendizaje y el proceso de atención como mediador del desarrollo de todos los procesos psíquicos, tan importante en mantener activo tanto en los niños como en los adultos mayores.

Al hablar de ámbito, un presupuesto es la existencia de límites determinados y un espacio donde se desarrollan intereses de un determinado grupo social, en este sentido, uno de los

propósitos de la psicología al estudiar la creatividad está orientado hacia caracterizar la conducta creativa, identificar las dimensiones funcionales que la conforman y las condiciones que la estimulan.

La educación es uno de los principales procesos por los que se desarrollan competencias en el ser humano, sin embargo, requiere del diseño de situaciones que permitan una estructuración variada y no de respuesta única.

En este sentido con la creatividad y experiencias acumuladas durante toda la vida de nuestros adultos mayores se propicia un estado óptimo de activación -cognitiva y afectiva en los procesos del pensamiento, que incrementa el rendimiento productivo individual y grupal al intentar cumplir con ciertas tareas; asimismo, es una disposición de ánimo que favorece a los estudiantes en sus habilidades, para lo cual es necesario considerar la presentación intersíquica e intrapsíquica de lo que ha aprendido y lo que aprenderá.

Por otra parte, el reflejo de las habilidades trabajadas por el alumno no se da directamente en su conciencia, sino que las interioriza de acuerdo con su historia y su cultura y de los que no están excluido los niños/as con discapacidades sensoriales.

La experiencia de trabajo durante varios años en la Cátedra de la Universidad del Adulto Mayor, nos demostró el potencial humano con que se podía desarrollar el proceso de educación de valores humanos, en los niños, la escuela y la comunidad en la multiplicación de saberes, sin pretender lograr una profundidad científica a niveles de un centro de educación superior. La trasmisión de las experiencias vividas y el deseo de seguir aportando a las nuevas generaciones es lo que hace que se fomenten proyectos como estos de gran sensibilidad humana en niños/as con discapacidades sensoriales.

En el desarrollo del proceso de preparación del trabajo y de la experiencia constada en nuestra actividad en las Cátedras de la Universidad del Adulto Mayor (CUAM), podemos referir que:

La Multiplicación de los Saberes es un proceso que tiene grandes posibilidades de materializarse hacía la comunidad con el trabajo del adulto mayor vinculado a los diferentes niveles educativos, grupos de trabajo comunitario integrado e instituciones sociales de Salud, INDER, la televisión provincial Perla Visión, la participación de factores de la comunidad, delegada del consejo entre otros quienes han aportado materiales y juegos pasivos que proporcionan el intercambio con la comunidad y difundido este trabajo en el municipio de Cienfuegos. El proyecto Multiplicación de los Saberes, encuentra un facilitador en los adultos mayores que contribuye a elevar la autoestima y la calidad de vida y sentirse útil a las personas de la tercera edad al demostrarse a sí mismo que pueden y deben contribuir a pesar de sus años con el desarrollo integral de las nuevas generaciones.

CONCLUSIONES

- Este proyecto ha permitido fortalecer el proceso de rehabilitación de los niños vinculado a los mismos en los procesos de aprendizaje, socialización intergeneracional, llevando al plano familiar las experiencias adquiridas que han sido expresadas por los padres y familiares, los cuales han expresado la satisfacción en todo el desarrollo ya que los niños/as con discapacidades sensoriales han demostrado nuevas habilidades para la vida, que le han permitido fortalecer su desarrollo integral.
- Los adultos mayores han expresado su nivel de satisfacción en el trabajo con los niños/as con discapacidades sensoriales, experiencia nunca antes vivida por ellos, ya que de igual manera han recibido aprendizajes, elevando su nivel de motivación a tal punto de llegar a desarrollar creatividad fortaleciendo su capacidad cognitiva.
- Fue un impacto positivo en la comunidad extender este proyecto, los domingos de recreación infantil en el círculo social, donde participan otros niños del reparto con sus familiares, así como organismos y factores de la comunidad (INDER, Salud Pública, FMC, CDR, delegada del Consejo popular)
- Los referentes teóricos del Proyecto Multiplicación de Saberes pueden ser valorados por el impacto que ha tenido en la escuela, Casa de abuelos y la comunidad en el desarrollo del trabajo de los profesores la CUAM.
- La grabación del Proyecto Multiplicación de Saberes por la TV provincial Perla Visión para el programa Impacto que se grabó en la Escuela Especial Dionisio San Román, con los participantes desde el inicio fue premiado por la TV Provincial y la TV Nacional.

RECOMENDACIONES

Este proyecto dirigido al adulto mayor es aplicable en todos los niveles de Educación Especial e instituciones sociales de salud donde se evidencie la Intersectorialidad.

Aplicar en otras aulas de la CUAM de otros municipios de nuestra provincia Cienfuegos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Díaz, C. Bujardón Mendoza, A. Modelo didáctico para la preparación de los docentes en la concepción del proceso de la Educación en Valores. IV Taller Internacional “Innovación Educativa - Siglo XXI” EDUT INNOED 2005. Centro Universitario de las Tunas. CD-R. ISBN 959-16-0338-X. Expedido 11-6-2005.
2. Álvarez, N. Moreno, M. Cardoso, R. Hacia una Pedagogía de los Valores en la Educación Superior. En: Revista Tendencias Pedagógicas. Didáctica Universitaria. No.6 UAM. Madrid, 2001.
3. Bujardón Mendoza, A. La Educación en Valores Humanos en su dimensión teórica. IV Taller Internacional “Innovación Educativa - Siglo XXI” EDUT INNOED 2005. Centro Universitario de las Tunas. CD-R. ISBN 959-16-0338-X. Expedido 11-6-2005. .
4. Cabrera, M. *Proceso de envejecimiento*. Artículo publicado por el periódico trabajadores. 1ero de octubre, 2009
5. C.García Sánchez, A. Estévez González, J. Kulisevsky. Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia, *Ortodoncia clínica* 2000;3:1-8 *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002;29(6):374-378
6. Cruceiro, V. *En la historia del trabajo comunitario cubano*. (Ira parte) Cubarte, El portal de la cultura cubana, Programación y diseño Cubarte, Camagüey, Cuba, 2008.
7. D’ Ángelo, O. Proyecto de Vida como categoría básica de la interpretación de la identidad individual y social. En: *Revista Cubana de Psicología* Vol.17, No.3 U. H. La Habana, 2000.
8. Fuentes, M. Subjetividad y Realidad Social. En: *Revista Cubana de Psicología*, Vol. 17, No. 3 Universidad de La Habana. La Habana, 2000.
9. Isla, M. *Evaluación del programa de capacitación para el trabajo comunitario del sexenio 1999-2004 en Cienfuegos: una experiencia metodológica desde la perspectiva de la Educación Popular*. Tesis de doctorado en aportaciones educativas en ciencias sociales y humanas. Universidad de Granada, España, 2008.
10. Orosa Fraiz, T. Motivación y Longevidad Satisfactoria.

http://www.trabajadores.cubaweb.cu/SUPLEMENTO-SALUD/120anos/teresa_orsosa.htm

TÍTULO: AFECCIONES OROFARINGE PROVOCADAS POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Autores: Liuba Rosa Vera Nuñez, liubacfg1997@gmail.com, Universidad de Ciencias Médica“ Raúl Dorticós Torrado“ Cienfuegos, Cuba, Estudiante de tercer año de estomatología. Yulena Hernández Sarduy, estyhs971004@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médica“ Raúl Dorticós Torrado“ Cienfuegos, Cuba, Estudiante de tercer año de estomatología.

Coautores: Alejandro Fernández Sosa, afs930110@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médica“ Raúl Dorticós Torrado“ Cienfuegos, Cuba, Estudiante de cuarto año de estomatología. Caridad Socorro Castro Universidad de Ciencias Médica“ Raúl Dorticós Torrado“ Cienfuegos, Cuba, Especialista en II grado de Anatomía Patológica. Máster en educación. Profesora Auxiliar. Yudith Martínez García, est5905@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médica“ Raúl Dorticós Torrado“ Cienfuegos, Cuba. Máster en Promoción de Salud en Sistemas Educativos. Especialista en 2 grado de EGI.

Resumen

El virus del papiloma humano (VPH) es causante de múltiples lesiones hiperplásicas y papilomatosas de las células epiteliales de piel y mucosas, existiendo varios serotipos que provocan estas lesiones. Según sus características clínicas, se pueden subdividir en cutáneos y de mucosa. Si bien las infecciones por este virus son frecuentes en cavidad orofaringe, este tema se encuentra aún en estudio, debido a que la información al respecto no es concluyente, por tal motivo es prioritario para el estomatólogo conocer las generalidades acerca del VPH y tratar las lesiones de una manera informada. Por lo que nos motiva con la siguiente revisión bibliográfica a través de revistas, publicaciones principalmente de los últimos 5 años; informarnos la forma en que se presentan las lesiones en la cavidad orofaringe; para así poder realizar un diagnóstico precoz. Palabras clave: virus del papiloma humano, cavidad orofaringe y lesiones.

Introducción

El virus del papiloma humano (HPV o VPH) provoca la enfermedad infecciosa de transmisión sexual más común en el mundo, presentando gran afinidad por los epitelios

y mucosas y se relaciona con la patogenia de varios tipos de neoplasias, entre las que se encuentran el cáncer cervicouterino (CCU), el de orofaringe, de pene, de vulva y de vagina, por lo que representa un nuevo reto para la medicina moderna.^{1; 2}

Si bien los cánceres orales y faríngeos son generalmente asociados con el uso de tabaco y alcohol, la incidencia de cánceres asociados con VPH ha aumentado en un 225% en las últimas dos décadas en los Estados Unidos, según datos publicados en el Diario de la Asociación Dental Americana. La evidencia sugiere que en particular, cánceres localizados en la base de la lengua y en las amígdalas están asociados por este virus. Más de 200 tipos de VPH han sido identificados, de ellos más de 15 conectados al cáncer humano. Un tipo específico, conocido como VPH 16 de alto riesgo, está asociado de 85% al 96% con el cáncer orofaringe.³

En investigaciones efectuadas en diferentes países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Francia, Alemania, España, Grecia, Italia, Brasil, Chile, Colombia, México, Argentina, Uganda, Sudáfrica, Corea del Sur y Australia se observó un aumento de la incidencia del VPH, con predominio de las edades comprendidas entre 20 y 30 años, donde las curvas de prevalencia presentaron un pico en las edades de la adolescencia y de la juventud, con un decrecimiento de la curva de prevalencia entre los 35 y 55 años y un aumento del pico en las edades comprendidas entre los 55 y 60 años de edad.^{1; 4}

La infección orofaringe por papilomavirus humano en Cuba, según estudios realizados, tienen una prevalencia mayor en los pacientes de 21-30 años, seguidos en menor frecuencia por los de 31-40. Aunque en nuestro país desde 1982 existe un Programa Nacional de Prevención del Cáncer Bucal que comienza en el primer nivel de atención.^{4;}

5

Las lesiones exofíticas resultó ser la forma de presentación más frecuente del agente viral; mientras que el sitio anatómico más susceptible fue la mucosa de carrillos, seguido por el borde lateral de la lengua. Manifestándose clínicamente en forma de lesiones benignas como los condilomas, lesiones premalignas o en forma latente cuando el papilomavirus persiste en las células huésped sin manifestación clínica aparente.^{6; 7}

Lo anterior hace que existan suficientes motivaciones para que nosotros, futuros estomatólogos, actualicemos nuestros conocimientos sobre la relación entre las diferentes lesiones benignas y malignas de la cavidad orofaringe y la infección por los integrantes de esta amplia familia de virus y así poder incidir en la tasa de morbilidad que de este tipo de afecciones tiene en la población en nuestra provincia y nuestro país. Por lo que nuestro objetivo es actualizar los conocimientos relacionados con las afectaciones orofaringe por el virus del papiloma humano.

Desarrollo

El virus del papiloma humano (HPV o VPH) perteneciente a la familia de los Papillomaviridae es un virus desnudo, con unos 55 nm de diámetro, un núcleo de ADN de doble cadena circular. Su genoma está conformado por 7.200 a 8.000 pares de bases con un peso molecular de 5.2×10^6 Daltons, cubierto por una cápside icosaédrica compuesta de 72 capsómeros que lo envuelve. Constituye un grupo viral heterogéneo que posee gran afinidad por los epitelios, es capaz de producir lesiones de hiperplasias y papilomatosas tanto en piel como en mucosa, y en los últimos años se demuestra que juega un importante papel en la carcinogénesis.²

Los VPH no poseen enzimas para replicar su ADN, por lo que para replicar sus genomas de ADN de doble hebra utilizan la maquinaria de la célula huésped. Como la replicación vegetativa tiene lugar en los queratinocitos diferenciados, que normalmente no se dividen y no replican su ADN, el virus debe inducir la síntesis de ADN celular: esta es la función de la proteína viral E7. Las fases de la infección se inician al unirse el virus a la membrana plasmática penetrando posteriormente al citoplasma bien sea mediante pinocitosis o por fusión con la membrana. A continuación, el virus se libera en el citoplasma y pierde su cubierta, produciéndose la síntesis o recopilación del VPH dentro del núcleo de la célula epitelial por estimulación de la síntesis de ADN celular.^{6; 7; 8}

La infección por Papiloma virus transcurre por dos factores importantes que dan una progresión y pronóstico de cualquier lesión benigna o maligna: factores relacionados con el virus: serotipos malignos, serotipos menos malignos y aquellos que no se relacionan con malignidad alguna y factores relacionados con el hospedero: edad, sexo, nutrición, respuesta inmune, vacunas, factores socioeconómicos.³

La patogénesis de la infección por el VPH puede conducir a múltiples enfermedades y neoplasias. Su periodo de incubación, una vez colonizado el epitelio diana puede extenderse desde los 2 a 3 meses hasta los 15 a 20 años. Sin embargo, el virus puede estar en estado de latencia durante 20 años. ^{8; 9}

Para lograr la infección por el VPH, se necesita de micro traumas que ofrezcan puerta de entrada al epitelio, ellas generalmente ocurren, por contacto directo de persona a persona, en su mayoría estos traumas microscópicos son sexuales, o también pueden producirse con muebles sanitarios contaminados o instrumentos quirúrgicos mal esterilizados, se ha constatado la presencia del VPH, en algas y aguas marinas. ^{9; 10; 11}

La principal vía de contagio es la vía sexual (por penetración vaginal y/o anal y menos frecuentemente por el contacto piel con piel de la zona genital y por el sexo oral). Cualquier persona sexualmente activa que tenga contacto genital (incluso sin penetración) con otra persona infectada por el VPH puede contagiarse. De hecho, esta infección constituye la infección de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial. La mayor probabilidad de contagio se da en los primeros años de vida sexual por lo que entre el 20-30% de mujeres jóvenes (antes de los 30 años) son portadoras de VPHAR. ^{8; 9; 11}

El VPH en la boca se produce debido a la contaminación de la mucosa bucal con el virus a través del contacto directo con lesiones infectadas durante el sexo oral, cuando la madre pasa al hijo a través del parto normal y a través del beso con una persona infectada siempre que este tenga alguna lesión sea visible o no. El período de incubación del virus en la boca puede variar entre cuatro semanas y un año. El desarrollo de esta fase de incubación en expresión activa depende de tres factores: permeabilidad celular, tipo de virus y el estado inmune del hospedero. ⁹

Su prevalencia varía en función de la edad y de otras circunstancias epidemiológicas, como el momento en el que comienza una persona a mantener relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales (pacientes promiscuos) o la existencia de infección por otros patógenos. También se ha relacionado la prevalencia en jóvenes y adultos fumadores y la frecuencia de realización de sexo oral. Otras vías de transmisión es cuando se introducen dedos en la boca que tienen lesiones causadas por VPH. ^{1; 10}

Los mismos tipos del VPH que infectan las áreas genitales pueden infectar la boca y la garganta. El VPH que se halla en la boca y en la garganta se conoce como “VPH oral”. Algunos tipos del VPH oral (conocidos como “tipos de alto riesgo”) pueden causar cánceres en la cabeza y el área del cuello. Otros tipos del mismo virus (conocidos como “tipos de bajo riesgo”) pueden causar verrugas en la boca o la garganta. De los más de 200 serotipos de VPH, hay 24 serotipos que pueden afectar a la región de la boca, siendo que no todos están relacionados a la aparición de cáncer. Los tipos que tienen un mayor riesgo de malignidad son: VPH 16, 18, 31, 33, 35 y 55; tienen riesgo medio: 45 y el 52, y tienen bajo riesgo: 6, 11, 13 y 32. En la mayoría de los casos, las infecciones por el VPH de todos los tipos desaparecen antes de que puedan causar problemas de salud. ^{2; 4}

Los síntomas de VPH en la boca se puede presentar en personas de cualquier edad, provocando la aparición de pequeñas lesiones, parecidas a verrugas blancas, que pueden unirse y formar placas que generalmente no duelen. Estas pequeñas heridas pueden ser de color blanco, rojo claro o tener el mismo color de la piel. A veces las lesiones pueden ser similares a un afta. Estas lesiones son más frecuentes en el borde lateral de la lengua, los labios, paladar blando, la úvula, carrillos pero de cualquier área de la superficie oral puede ser afectado. Se presentan en calidad de lesiones exofíticas, granulares o a modo de coliflor, blanquecinas, únicas o múltiples, pedunculadas. ^{5; 7; 9; 10} La presencia del VPH en la cavidad bucal, ha sido clasificada en dos grandes grupos: lesiones benignas y lesiones pre-malignas y/o malignas. Entre las lesiones bucales benignas más frecuente reportadas se incluyen: el papiloma bucal, verruga vulgar bucal, condiloma acuminado bucal, e hiperplasia epitelial bucal. ^{1; 2; 6; 9}

Los papilomas orales, en su mayoría, no presentan síntomas en las personas sanas, pero en las inmunocomprometidas (enfermos de sida, diabéticos descontrolados, enfermos de cáncer, personas con fallo renal crónico, etc.) pueden producir lesiones grandes y difíciles de manejar. Muchas otras causas pueden producir lesiones similares, por eso es importante hacer una biopsia de las mismas, porque solo así podremos determinar que se trata efectivamente de una lesión por virus del papiloma humano. ^{1; 2; 6}

La verruga vulgar, es una lesión benigna, papilomatosa escamosa, que se localiza frecuentemente en lengua, paladar duro, paladar blando, labio y bermellón. Se presenta

como lesión asintomática, de consistencia firme, crecen rápidamente hasta alcanzar un tamaño máximo de 5 a 6 mm, su coloración va del blanco al rosa. Para el tratamiento de verrugas cutáneas y ano-genitales se ha propuesto el 5-fluoracilo, crioterapia, electrocirugía, extirpación quirúrgica y tratamiento con láser, en estos casos se deben de utilizar mascarillas quirúrgicas y extractores de humo dado la presencia de virus viable en los extractores. ^{1; 2; 9}

Condiloma acuminado, son lesiones que se pueden presentar en la mucosa oral, su apariencia es nodular blanda y sésil, con una superficie parecida a la coliflor, su tamaño puede variar, su forma de contagio es venérea o por auto-inoculación. Histológicamente son lesiones de epitelio escamoso estratificado con acantosis y escasa paraqueratosis, con prolongaciones epiteliales densas y elongadas, es frecuente observar células coilocíticas en la capa córnea y espinosa del epitelio. Los subtipos de VPH que causan el condiloma acuminado son el 6, 11 y 42. ^{1; 2}

El papiloma escamoso, es una proliferación del epitelio escamoso estratificado a manera de masas exofíticas, con una base sésil o pediculada, verrugosas o papilares inducido por el VPH (12-13); tienen una superficie con aspecto de coliflor o una estructura arboriforme. El color varía entre rosado a blanco, dependiendo de los niveles de queratinización y vascularización. Este que puede aparecer principalmente en lengua, labios y paladar. ^{1; 2; 9}

Hiperplasia epitelial multifocal, también conocida como enfermedad de Heck, es una patología benigna de la mucosa oral, caracterizada por lesiones múltiples, bien definidas, de un tamaño aproximado de 5 mm, estas lesiones se presentan a manera de pápulas (erupciones) o placas, la superficie es lisa o ligeramente nodular, sin queratina, por lo que la lesión es de color rosado, más que blanco. Afecta labios, margen lateral de la lengua, así como la mucosa, su crecimiento es lento, y principalmente se presentan en niños de ambos sexos. ^{2; 7; 10; 12}

Una vez que la leucoplasia se presenta y el diagnóstico histopatológico es de displasia leve o moderada puede tener una regresión espontánea, o progresar a carcinoma, desconociéndose las causas de esto. Se caracteriza por ser una lesión blanca, firme o

queratósica no removible en la mucosa oral, su tamaño varía de varios milímetros hasta algunos centímetros de diámetro, las zonas más afectadas son paladar duro y blando, lengua y piso. Los subtipos de VPH asociados a la leucoplasia son los ^{16 y 18. 9; 13; 14; 15}

El carcinoma epidermoide es un neoplasma epitelial invasivo con varios grados de diferenciación escamosa y propensa a la rápida diseminación hacia los ganglios linfáticos y a la metástasis. Su etiología se desconoce aunque se conoce que está asociado a factores de riesgo como: el tabaco, el alcohol (siendo los principales factores de riesgo), el VPH (datos recientes sugieren que aquellos en quienes aparece un cáncer de boca de esta etiología en particular, tienen un mayor índice de supervivencia que el resto de los casos). El cáncer orofaríngeo aparece en la base de la lengua (1/3 posterior), amígdala y fosa amigdalina, así como paladar blando y la úvula. En ocasiones surgen en las glándulas salivares menores; el resto se corresponde con adenocarcinomas de las glándulas salivares. ^{14; 15; 16}

Los signos y síntomas pueden incluir dolor de garganta persistente, dolores de oído, ronquera, ganglios linfáticos inflamados, dolor al tragar, dolor al masticar, pérdida de peso no justificada, úlceras o llagas en la boca que no se curan, sensación de entumecimiento en la boca o los labios, tos constante. Algunas personas no presentan signos ni síntomas. Los cánceres extremadamente avanzados presentan proliferación de úlceras con áreas de necrosis y extensión a estructuras como el hueso, músculo y piel. En los estadios finales los pacientes pueden presentar fístulas orocutáneas y presentar anemia severa. Cuando este se diagnostica se debe iniciar el tratamiento que se puede hacer con el uso de pomadas, otras soluciones, láser o cirugía. En general, el VPH en la boca tiene cura, pero el tratamiento debe ser hecho de una manera rigurosa y durante cerca de 2 años. ^{16;}
¹⁷

Los profesionales más indicados para diagnosticar y dar seguimiento a este tipo de lesiones son los estomatólogos y otorrinolaringólogos; lamentablemente, muchas personas no acuden con regularidad a sus chequeos dentales y retrasan el diagnóstico de estas lesiones cuando aparecen. ¹⁷

Hasta el momento no hay estudios que hayan explorado la manera en que se puede prevenir el VPH oral. Sin embargo, es probable que los condones y las barreras

dentales de látex, si se usan de manera habitual y correcta, puedan reducir el riesgo de contraer y transmitir el VPH oral durante las relaciones sexuales orales^{15; 16}

La infección por el VPH puede diagnosticarse por diferentes métodos: el examen microscópico de muestras de las lesiones y las pruebas moleculares, que son las únicas que permiten conocer el genotipo del virus implicado, importante para el manejo de la infección por el VPH.¹⁵

En cuanto al tratamiento varían según el tipo de lesión, la localización anatómica o el número de lesiones, no existiendo un fármaco específico contra el VPH, con baja toxicidad y eficacia comprobada y con escasa diferencia en los resultados de las distintas terapias utilizadas. Los diversos métodos terapéuticos existentes son la aplicación tópica de sustancias como la podofilina o el ácido tricloroacético, la crioterapia con nitrógeno líquido y las técnicas quirúrgicas, que incluyen el láser de CO₂, electrocoagulación y la extirpación quirúrgica.¹⁶

Los expertos aconsejan para las personas infectadas que lo más sano es llevar una vida equilibrada en cuanto a alimentación y reposo, y evitar el estrés. La pareja debe conversar sobre esta situación y la necesidad de protegerse en sus prácticas sexuales, ya sean anales, vaginales u orales, además de chequearse ambos una o dos veces cada año con especialistas en dermatología, ginecología, urología o cirugía general. Si está en los planes de la pareja tener descendencia, es vital asistir a una consulta de planificación familiar, estudiarse ambos rigurosamente y determinar el momento adecuado para intentar la concepción, tanto si el portador es la futura madre como el futuro padre.^{16; 17}

Conclusiones

El VPH constituye hoy una seria amenaza para la salud en todo el mundo, ya que se relaciona directamente con el desarrollo de lesiones benignas y premalignas o maligna orofaríngea. Esta infección, transmitida principalmente por contacto sexual, afecta a ambos géneros. La interrelación que guardan con el desarrollo de cáncer ha sido investigada por diversos autores, quienes han concluido que los tipos 16 y 18, son aquellos que se asocian indudablemente. Debido a la escasa información disponible sobre la presencia del VPH en la cavidad orofaríngea, es imperativa la elaboración de estudios científicos

sobre el tema y que el estomatólogo esté familiarizado con este tipo de lesiones para que las pueda tratar de una manera informada.

Bibliografía

1. Cháirez Atienzo Perla. Vega Memíje María Elisa. Zambrano Galván Graciela. García Calderón Alma Graciela. Maya García Ixchel Aracel. Cuevas González Juan Carlos. Presencia del virus papiloma humano en la cavidad oral: revisión y actualización de la literatura. *int. j. odontostomat.*, 9(2):233-238, 20152.
2. Baldiris Ávilab Rosa, Díaz Caballeroc Antonio, Martínez Martínez Adel; Papiloma bucal producido por VPH y su relación con carcinoma; Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, Campus de la Salud Zaragocilla, Cartagena (Colombia); 29 de abril de 2012.
3. Aumentan los casos de cáncer oral asociado con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en las Américas, sin embargo brechas en investigación y políticas aún existen. Washington, D.C, 4 de junio 2015 (OPS/OMS)
4. Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja; 2014 Mayo
5. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2010. La Habana: MINSAP; 2011.
6. Virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer orofaríngeo/ Sexually. <http://www.cdc.gov/std/.../vph/stdfact-hpvandoropharyngealcancer-sp.htm>
7. Flores Ramos Janeth Liliam. Strauss Quintela Manfred. Papilomas orales: un análisis clínico en pacientes que acuden a la clínica odontológica univalle - La Paz. *Revista de Investigación e Información en Salud*
8. Virus papiloma humano y cáncer oral- Geosalud. <http://www.geosalud.com/vph/vphcaoral.htm>. 1. Jun.2013
9. Lesiones de la mucosa bucal por el virus del papiloma humano/ Odontólogo Moderno-Percano- Grupo Corporativo. <http://www.hola.com/salud/enciclopedia salud>. 5 de febrero de 2017.
10. Una realidad aparición de infección bucal causada por virus del papiloma humano – OEI <http://www.oei.es/histórico/divulgacioncientifica>. 16.marz.2015
11. González González del Pino Miriam Magaly, Macías Ortiz Leydis, , Pérez Rodríguez Lianet, , Utrera Díaz Grisel. Cáncer de orofaríngeo asociado al virus del papiloma humano. Presentación de un caso. 17-09-2015

12.Drs Cárcamo Marcela, Martínez María J, Montes Rodrigo, Sáez Raúl, Pennacchiotti Gina. Prevalencia del virus papiloma humano en pacientes con diagnóstico de carcinoma escamoso de la cavidad oral. Artículo de investigación, Rev Chil Cir. Vol 68 - nº 2, Abril 2016; pág. 137-142

13.Papiloma bucal producido por VPH y su relación con el carcinoma <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script>.

14.. Martínez Martínez A, Baldiris Ávila R, Díaz Caballero A. Infección por papiloma virus humano y carcinoma escamocelular bucal, diversas técnicas moleculares para detectar su presencia. Av. Odontoestomatol 2014; 30 (2): 69-78.

15. León Suárez Elena . Estudio del Virus del Papiloma Humano como Factor Etiológico y de la Expresión de P16 en el Carcinoma de Células Escamosas de la Cavidad Oral. Universidad de Sevilla, 2014

16. Cáncer de orofaringe- Versión para pacientes- National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza/.../tratamiento-orofaringe> 17.mar.2017

17. Carcinoma epidermoide de cavidad oral- Mis Apuntes- Eusalud-UniNet. [http://www.eusalud.uninet.edu/misapuntes/./Carcinoma Epidermoide de Cavidad Ora](http://www.eusalud.uninet.edu/misapuntes/./Carcinoma_Epidermoide_de_Cavidad_Ora) 1.8.abr.2015

Anexos



Papiloma oral en la lengua



Condiloma en superficie ventral de la lengua en paciente de sexo femenino



Lesiones de hiperplasia epitelial multifocal, elevadas y bien delimitadas

localizadas en la mucosa del labio inferior en paciente que acudió a revisión médica.



Leucoplasia



Lesión rugosa y vegetante, con superficie queratinizada en comisura labial



Lesion exofítica, vegetante y cesil. Con superficie rugosa, asintomática. Nótese la lesión en comisura labial característica de infección por VPH.

Título: “AFECTACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR POR EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN ADULTOS MAYORES”

Autora: Yordana Oropesa Henríquez. E-mail yordanaoe71101305491@minsap.sld.cu, Policlínico universitario “Manuel P. Fajardo” de Cruces, Cuba, Master en Educación. Master en Psicología Médica.

Resumen. El afrontamiento del cáncer constituye un proceso crítico en la vida familiar. El objetivo del estudio fue determinar la afectación que produce a la salud familiar el diagnóstico de cáncer en el adulto mayor. Se realizó un estudio descriptivo con enfoque mixto, con diseño observacional, transversal y retrospectivo respectivamente, en 40 familias del consejo popular “Centro Victoria” de Sagua la Grande, entre enero de 2016 y junio de 2017, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico intencional. Las variables estudiadas fueron: nivel de repercusión del cáncer, sentido asignado, impacto en la salud familiar, apoyo social, recursos adaptativos y afectación a la salud familiar. Se aplicó la Metodología para evaluar la afectación de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia. Se evaluó asociación entre variables con el método de Spearman. En el 62,5% de las familias el cáncer tuvo repercusión moderada, con valoración negativa en el 57,5%. En el 52,5% provocó un impacto predisponente a la afectación de la salud familiar. El 55% no posee suficientes recursos adaptativos para afrontar el proceso, al tiempo que el 52,5% recibió apoyo frecuente; en el 52,5% hubo Poca afectación a la salud familiar y solo en el 5% Gran afectación. Se concluyó que la valoración negativa de la repercusión del cáncer, determinó el predominio del nivel de impacto predisponente a la afectación de la salud familiar pero los recursos adaptativos y el apoyo social modularon el nivel de impacto resultando poco el grado de afectación a la salud familiar.

Palabras clave: cáncer, salud familiar, adulto mayor

Introducción. La enfermedad oncológica es uno de los más graves problemas de salud en el mundo, en tanto la consideración de los aspectos psicológicos y sociales en su manejo integral y multidisciplinario cobra una importancia cada vez mayor. La eficacia de los tratamientos de cáncer se mide también en términos de funcionamiento familiar.¹

El factor de riesgo más importante a la hora de contraer cáncer o morir por esta causa es presentar una edad avanzada.^{2, 3, 4} Esto imprime urgencia al tratamiento de la problemática porque en Cuba, el envejecimiento poblacional es un hecho concreto.⁵

Lo anterior complejiza el problema desde la dimensión psicosocial porque el adulto mayor atraviesa un período evolutivo muy sensible y ante el afrontamiento del cáncer, que se considera en todo caso una crisis familiar^{6, 7}, en el anciano, la familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia.

En Cuba desde mediados de la década del 80 se han realizado una serie de investigaciones, que abordan la caracterización psicológica de los pacientes oncológicos, los estilos de afrontamiento hacia la enfermedad, alteraciones emocionales y dolor por cáncer, la sexualidad en el paciente neoplásico, etc. Existe insuficiente conocimiento sobre las modificaciones al interior de los sistemas familiares como respuesta a las demandas impuestas por esta enfermedad.⁸ Por otra parte, en algunos estudios revisados, aunque se declara a la familia como un sistema, no se aborda suficientemente cómo la entidad impacta en la salud familiar.

Para realizar esta investigación, se empleó la metodología diseñada por Herrera Santí y González Benítez⁹ que solventa esta limitante y asume el carácter sistémico e integral de la salud familiar para explorar las dimensiones o áreas que la conforman y determinar el nivel de repercusión, impacto, o afectación que tienen los eventos críticos en ella, en función de la impresión favorable o desfavorable que estos causen y las relaciones que establecen con elementos moduladores en la problemática vivenciada: los recursos adaptativos y el apoyo social recibido por la familia. Ha sido aplicada en la evaluación del impacto de procesos críticos relacionados con problemas de salud^{10, 11, 12, 13} y del cáncer en particular.^{14, 15} Estas constituyen importantes antecedentes y referentes de este estudio.

El diagnóstico del impacto y afectación que produce el cáncer en la salud familiar de adultos mayores teniendo en cuenta la valoración familiar y la mediación de factores protectores o moduladores, estructura acciones terapéuticas y de prevención de salud en las familias afectadas. En este sentido y valorando que no existían referentes investigativos en el municipio Sagua la Grande, donde el 71,8% de los pacientes oncológicos son ancianos, se planteó como objetivo de la investigación, determinar la afectación que produce a la salud familiar el acontecimiento por problemas de salud relacionado con el diagnóstico de cáncer en el adulto mayor, en familias pertenecientes al consejo popular “Centro Victoria” del municipio Sagua la Grande, en el período de enero de 2016 a junio de 2017.

Desarrollo. La investigación tuvo un enfoque mixto. De acuerdo a la manipulación de las variables se asumió un diseño no experimental, observacional, descriptivo. Por el seguimiento y el sentido temporal es transversal y retrospectivo respectivamente. De una población de 72 familias que presentan al menos un miembro con diagnóstico de cáncer, fueron seleccionadas 40 a través de un muestreo no probabilístico intencional según los siguientes criterios: que las familias transitaran por un periodo de seis meses a un año luego de confirmado el diagnóstico de cáncer a un miembro adulto mayor, que este mantuviera una residencia estable en la familia a estudiar y la disposición de las familias para colaborar con la investigación previo consentimiento informado.

Las principales variables estudiadas fueron: Nivel de repercusión del cáncer por áreas, Sentido asignado a su repercusión, Impacto en la Salud Familiar del acontecimiento por problemas de salud relacionado con el diagnóstico de cáncer en el adulto mayor, Apoyo social, Recursos adaptativos y Afectación a la Salud familiar.

Se realizó una entrevista inicial en la cual se explicaron a las familias los objetivos y características de la investigación y se les solicitó el consentimiento informado. Se aplicaron las técnicas en tres sesiones de trabajo y se procedió al análisis de la información para lo cual se emplearon el análisis de contenido de los datos registrados en cada una de las entrevistas; la triangulación convergente de datos obtenidos en la entrevista familiar y los tests psicológicos; la triangulación de fuentes (familias, documentos y test psicológicos), a partir de los indicadores de las variables operacionalizados y el Coeficiente de correlación de rangos de Spearman, aceptando un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$) y un valor del estadígrafo de prueba rho de Spearman entre -1 y 1 ($-1 < r_s < 1$).

Al aplicar la metodología propuesta por González Benítez y Herrera Santí¹⁰, se emplearon el Instrumento de repercusión familiar, el Instrumento para evaluar los recursos adaptativos y la Prueba de apoyo social y se prescindió del Inventario de eventos vitales y valoración familiar considerándose posible obtener información al respecto en la entrevista familiar. Se emplearon además la Revisión de documentos y la Entrevista familiar dinámica con carácter evolutivo.

Se obtuvo que para la mayoría de las familias (62,5%) el proceso crítico generado por el diagnóstico de cáncer a un miembro adulto mayor, tuvo una *Repercusión moderada* y solo en un 5%, fue *Elevada*. En ningún caso las familias estuvieron exentas de cambios al interior de las áreas de salud familiar, o expuestas a repercusión severa. En relación a la repercusión del evento en las distintas áreas de la salud familiar pudo apreciarse el predominio del nivel de repercusión moderada en las áreas socio psicológica (SP), funcionamiento familiar (FF) y socioeconómica (SE). El área con menor repercusión fue Estado de salud (ES) donde el 35% refirió No repercusión. Al integrar los resultados, se observó el predominio en el 57,5% de la muestra de una valoración desfavorable o sentido negativo asignado a los cambios que el evento ocasionó en las áreas de la salud familiar (Tabla 1, Anexa)

Se observa en la Tabla 2 (Anexa), que en el mayor número de familias el evento provocó un impacto predisponente a la afectación de la salud familiar (52,5%) y solo en dos familias (5%), un impacto potenciador de afectación.

En el caso de las 17 familias con un impacto potenciador a la salud familiar los cambios son pocos y se realizaron en armonía, posibilitando la adaptación, desarrollo y bienestar de la familia. Se incrementó el apoyo social y familiar recibido, como fuente de recursos, seguridad e información; no se aislaron, se mantuvo la participación de sus miembros en actividades sociales y recreativas; los antecedentes de adecuado funcionamiento familiar con roles flexibles y equitativos y una ética relacional justa minimizaron la necesidad de cambios; a través de una comunicación clara y directa se optó por soluciones conjuntas constructivas y creativas desde la capacidad de cada integrante. Lograron controlar y minimizar alteraciones emocionales y hábitos no salutogénicos para atender de manera satisfactoria las necesidades básicas y psicoemocionales del adulto mayor diagnosticado y del resto de sus miembros.

De las 25 familias donde el evento tuvo *Repercusión moderada con* algunos cambios en su dinámica interna, 21 realizaron una valoración negativa del evento (52,5%), ubicándose en el segundo cuadrante para un impacto predisponente a la afectación de la salud familiar. Presentaron afectación en la adaptación adecuada al acontecimiento, amenazando o poniendo en peligro el bienestar y la salud del sistema.

Los cambios en el estado de salud de los miembros fueron valorados como desfavorables cuando se trataba de la incorporación de hábitos tóxicos, o del reinicio de adicciones, y cuando comprometían la salud del cuidador primario y ponían en riesgo el equilibrio organizativo del sistema. En los casos en que los cambios en el estado de salud acarrearán un control sobre las adicciones o un incremento de la adherencia y conductas de autocuidado, fueron valorados como positivos.

Los cambios en el área socioeconómica tuvieron una repercusión moderada y con independencia del incremento o decremento de los recursos familiares les fue asignado

un sentido mayoritariamente negativo. Fueron responsables en algunas familias de que los planes y proyectos familiares se vieran obstaculizados

En las dos familias donde el evento provocó un impacto potenciador a la afectación a la salud familiar se observó una capacidad mínima para asumir cambios; una elevada repercusión económica; disfuncionalidad familiar previa con afectación de varios indicadores (roles, comunicación, afectividad, armonía y cohesión, adaptabilidad); presencia de otro proceso crítico por problema de salud (Alzheimer), lo que constituye otra fuente de conflictos y tensiones, y el apoyo recibido no fue percibido como suficiente.

En la mayor parte de las familias fueron insuficientes los recursos adaptativos (Tabla 3, Anexa). La mayoría de las familias con *Insuficientes recursos* tuvieron una *Repercusión Moderada* del evento mientras que la *Repercusión* fue *Severa* en la familia con *Ausencia de recursos adaptativos*.

Los recursos más frecuentes están asociados a la permeabilidad, siendo los criterios médicos los más apreciados (60%), la redistribución de roles (55%) y la toma de decisiones contextuales nuevas (52,5%). Se destacan como menos frecuentes los cambios comunicacionales y la resolución de conflictos en el seno familiar, no empleados en el 62,5% de las familias. El 57,5% no pudo atribuir un significado más positivo a la enfermedad cuya representación social asocian irremediabilmente a la muerte y el dolor.

Se observa un predominio de apoyo *Frecuente* por parte de las redes de apoyo y recursos sociales, accesibles y disponibles en 21 de las familias para un 52,5%, y un porcentaje mínimo de familias con apoyo *Poco Frecuente*, 7,5%. Las redes de apoyo destacadas como más frecuentes fueron: la familia, de convivencia o no; las instituciones de salud; la pareja y los vecinos.

Se aplicó la prueba del *coeficiente de correlación de rangos de Spearman* para determinar una relación de asociación entre los Recursos adaptativos de la familia y la Frecuencia de Apoyo social. Obteniéndose una correlación negativa débil con un valor de $r_s = -,115$ para un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

A partir del tipo de impacto, los recursos adaptativos y el apoyo social con que cuenta la familia se determinó el grado de afectación del cáncer a la salud familiar. La tabla 4 (Anexa) contiene los resultados.

Se aprecia el predominio de familias donde hubo *Poca afectación a la salud familiar* (52,5%). Al comparar este resultado con los niveles de impacto que tuvo el acontecimiento se observó que solo en dos familias la presencia de suficientes recursos adaptativos y recibir apoyo muy frecuentemente moduló el impacto del cáncer de tal forma, que a pesar de predisponer a la afectación de la salud familiar por el número de demandas al sistema, este tuvo poca afectación.

Se obtuvo una asociación *positiva moderada* entre impacto y recursos adaptativos ($r_s = ,623$), lo que significa que en la medida en que la familia posee más recursos adaptativos al evento se potencia más la salud del sistema; y una asociación *negativa moderada* entre impacto y frecuencia de apoyo recibida ($r_s = -,404$), dada por el número

de familias (18) con alguna o poca afectación de la salud familiar a pesar de lo cual reciben apoyo muy frecuente (4) o frecuente (14).

La repercusión de la entidad en todas las familias está determinada por la condición crónico-degenerativa del cáncer que impacta de forma profunda los contextos de la dinámica familiar, y afecta a cada miembro en lo emocional, cognitivo y en su conducta cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre sí mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida.

Los resultados obtenidos coinciden con los hallados por otros autores. Según Reyes y cols.¹⁶, la mayor parte de los familiares de enfermos en espera de trasplante cardiaco considera que la aparición de una enfermedad crónico-degenerativa trae consigo cambios en la rutina familiar, hábitos alimenticios, distribución de gastos y actividades laborales y escolares de los enfermos y sus familiares.

En la investigación relacionada con el impacto del VIH/Sida en la salud de las familias, Ávalos Y¹³, refiere que el VIH/Sida tiene repercusión en el 100% de ellas: en el 30% leve y en el 70% restante, moderada y elevada.

Navas Y¹⁵, al evaluar la salud familiar de pacientes oncopediátricos, también obtuvo un predominio de repercusión moderada en el 53,4% de las familias estudiadas, aunque en todas las áreas hubo un porcentaje de repercusión severa no hallado en la presente investigación, probablemente por las menores demandas físicas y económicas de los ancianos¹⁷ y porque al tratarse de un niño son muchos y más sensibles los resortes que moviliza el evento.¹⁸

En algunas familias los planes y proyectos familiares se vieron obstaculizados porque la necesidad de salud y el empleo de recursos para su satisfacción pasaron a un primer lugar, lo cual fue valorado como desfavorable. Sin embargo, resulta preocupante el hecho de que 16 de estas familias refieren que no hubo cambios en este indicador porque no existían planes o proyectos familiares previos. Esto está mediatizado por la afectación del sentido de vida con base en vivencias no necesariamente vinculadas al cáncer (vejez con afectación de la esfera motivacional, presencia de otros procesos críticos, composición familiar, dificultades comunicacionales) que compromete la expresión funcional de un conjunto de necesidades de gran significación para el anciano y su familia, a partir de las cuales se plantean objetivos esenciales que deben alcanzarse en la vida.

Se observaron cambios importantes en el *área socioeconómica*. Lo significativo es que asignar un sentido negativo al acontecimiento no estuvo siempre determinado por las pérdidas materiales y es que ante el incremento de recursos económicos por incremento del apoyo económico familiar, en muchos casos se exacerban el sentimiento de dependencia y de culpa del paciente y sus familiares.

En cuanto al *Funcionamiento Familiar*, se observó que las responsabilidades y funciones de los miembros, cambiaron o se modificaron, sin embargo no se observaron cambios significativos en la comunicación y las familias mostraron poca flexibilidad. Hubo tres casos de conspiraciones de silencio y otros nueve donde se limitaron o evadieron temas referentes a la enfermedad y conflictos familiares mediando la intención protectora de la familia o una estructura jerárquica autoritaria tutelar limitando

la capacidad familiar para asumir de forma constructiva y creativa las exigencias del proceso.

Javier Barbero y cols.²⁰, determinaron que, en familias de pacientes oncológicos es frecuente observar dificultades en la comunicación a nivel emocional, siendo las familias las que promueven esta situación, por miedo a las posibles repercusiones que podría tener en los pacientes, tener información relacionada con el proceso de enfermedad.

Para interpretar el 35% declarado de no repercusión del evento en el estado de salud individual de los miembros deben valorarse creencias asociadas al concepto salud, el apoyo recibido; las experiencias previas en el manejo de la enfermedad oncológica y otras crónicas, y los recursos adaptativos empleados; la manera en que ha evolucionado la enfermedad en la mayoría de los pacientes de la muestra y características del enfrentamiento a situaciones de estrés por los adultos mayores, descrito como muchas veces mejor que él de los jóvenes.

Los resultados relativos al impacto del acontecimiento, coinciden con los obtenidos por otros autores en estudios sobre el impacto del cáncer u otros acontecimientos accidentales^{12, 13, 15} y con lo concluido por Herrera P.¹⁷ en su tesis doctoral, según lo cual los acontecimientos de tipo paranormativos, predisponen y potencian la afectación de la Salud Familiar y ante ellos, de manera general, los recursos adaptativos resultan insuficientes, lo cual incrementa la severidad del nivel de *repercusión* de la enfermedad.

Sobre el papel de la familia, principal fuente de apoyo identificada en esta investigación, Ponce y Cols., citados por Vega Angarita y González Escobar,²¹ refieren que la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, de forma positiva o negativa, y por otra parte, es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel del cuidador primario, que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

La implicación del familiar en los cuidados del paciente oncológico está determinada por la existencia de fuertes vínculos de apego, de afecto, de convivencia y consanguíneos; por tradición, cultura y valores familiares; por la elaboración de proyectos de vida juntos y por ser la familia en fin la principal fuente de apoyo y cuidados. El enfermo se siente seguro y amado, el familiar cuidador es difícilmente sustituible.²²

Si bien los resultados evidencian que las redes de apoyo (recursos en sí mismas) influyen en la disponibilidad y calidad de recursos adaptativos para el afrontamiento a los eventos en la familia, también demuestran que existe multiplicidad de factores en la determinación del afrontamiento familiar y que la calidad y tipo de apoyo que se ofrece al sistema es solo uno de ellos.

Sobre cómo ocurre esta influencia en la investigación, la autora consideran el hecho de que sea la familia la principal fuente de apoyo, o la familia no conviviente pero con patrones de comportamiento similares, porque hay una tendencia a reproducir pautas generacionales y culturales que no siempre promueven el desarrollo individual o del sistema, como el paternalismo por ejemplo, que limitan el reajuste o reorganización necesarias en forma constructiva que es en esencia lo que distinguen a los recursos de adaptación eficientes. Por ello familias con recursos adaptativos insuficientes pueden percibir el apoyo como frecuente o muy frecuente asociándose de manera débil y

negativa ($r_s = -.115$). Influye además la presencia simultánea de otros eventos críticos que puede provocar desgaste material, emocional y físico en el sistema.

Los resultados obtenidos evidencian un grado de afectación a la salud familiar que pudiera exceder la influencia de los recursos adaptativos y en particular del apoyo social recibido por las familias.

Se considera que se debe a la fuente, especificidad y calidad de apoyo recibido. El apoyo en algunas familias ha generado situaciones de dependencia, de paternalismo e incluso de anulación de la autonomía del paciente; ansiedad y fallas en la adherencia terapéutica, por lo que podría considerarse la presencia de “formas negativas de apoyo”. Debe valorarse además que no todas las familias están completamente satisfechas con el apoyo, ni lo perciben todo el tiempo disponible siendo el cáncer una enfermedad que expone a la familia a micro crisis²³ con constantes demandas de recursos adaptativos y de apoyo.

Conclusiones. La valoración negativa del significado de la repercusión de la enfermedad en las diferentes áreas de la salud familiar, determinó el predominio del nivel de impacto predisponente a la afectación de la salud familiar, donde la connotación desfavorable otorgada a las modificaciones o reajustes realizados afectaron la adaptación adecuada al acontecimiento, amenazando o poniendo en peligro el bienestar y la salud del sistema. Por otra parte, los recursos adaptativos y el apoyo social percibido, modularon el nivel de impacto del evento en la salud familiar predominando las familias donde hubo *Poca afectación a la salud familiar*. Tales resultados coinciden con criterios autorales discutidos en la investigación, al tiempo que demandan la intervención sobre los recursos familiares, el apoyo social con que cuenta la familia, así como sobre otros determinantes sociales de la salud que puedan estar modulando el afrontamiento familiar.

Referencias bibliográficas

1. Barroilhet Díez S, Forjaz MJ, Garrido Landívar E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Españolas de Psiquiatría. 2005;33(6):390-97.
2. Brannom L, Feist J. Psicología de la salud. Ed Paraninfo; 2001.
3. Cruz González P, Carballo Espinosa RR, Valdivia Domínguez A, Massip Nicot J, García Higuera LR. Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011 Ene-Mar;27(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000100009&script=sci_arttext&tlng=en
4. Cavalli F. Cáncer. El gran desafío. Ed. Ciencias médicas; 2012.
5. Rodríguez Cabrera A, Collazo Ramos M, Álvarez Vázquez L, Calero Ricardo J, Castalleda Abascal I, Gálvez González AM. Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos. Revista Cubana Salud Pública. 2015 Set; 41(3):401-12.
6. Herrera Santi P. El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2008 Jul-Sep;24(3).

7. Herrera Santi P. Jubilación y vejez, su repercusión en la salud familiar Revista Cubana de Medicina General Integral. 2008 Oct-Dic;24(4).
8. Ovelar Zubiaga I. El impacto del cáncer en la familia. Trabajo Final 3º Psicoterapia de Familia y de Pareja. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. 2015.
9. Herrera Santí PM, González Benítez I, Soler Cárdenas S. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002;18(2).
10. Fernández Ríos M, Herrera Santí PM, González Benítez I. Infertilidad como evento paranormativo. Su repercusión familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002;18(2).
11. Pérez Martínez VT, Lorenzo Parra Z. El impacto del déficit mental en el ámbito familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2007;23(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi02307.htm
12. González Benítez I. Uso de recursos adaptativos y de apoyo social ante los acontecimientos de la vida familiar. 2012. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2012/uso-de-recursos-adaptativos.html>
13. Avalos Quintana Y. Valoración del impacto del VIH/Sida en la salud familiar de personas infectadas. Cruces, 2014 [Tesis de Especialidad en MGI]. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2014
14. Pérez Cárdenas C, Rodríguez Herrera F. Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar. Revista Psicología Científica.com. 2006 Ago;8(6). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-oncologica-afrontamiento-familiar>.
15. Navas Pino Y. Salud familiar de pacientes oncopediátricos [Tesis de especialidad en Psicología de la Salud]. Facultad "Enrique Cabrera Cosío", Universidad Médica de Cuba. La Habana; 2016.
16. Reyes AG, Garrido A, Torres LE. Relación familiar de enfermos en espera de trasplante cardiaco. Psicología y Salud. 2010;11(1):147-53.
17. Herrera Santí PM. Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia [Tesis doctoral] Ciudad de La Habana. ENSAP; 2010.
18. Escobar, A.M., Segura, B. Intervención Psicológica en familias de niños con diagnóstico de cáncer [Tesis]. Universidad de San Buenaventura Cali Facultad de Psicología Santiago de Cali; 2013.
19. López Otero T. Valoración del VIH en la salud de las familias de mujeres infectadas. Cienfuegos [Tesis doctoral]. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2010.
20. Barbero J, Barreto P, Arranz P, Bayés R. Comunicación en oncología clínica. Madrid: Editorial Just in time; 2005.
21. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento De la enfermedad crónica. Enfermería Global. 2009 Jun;16.

22. Grupo especial de trabajo en cuidados continuos. La atención a la familia: entrenamiento y cuidado de cuidadores; 2011

23. Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003;3(1):505-20.

Anexos

Tabla 1. Distribución de familias según Nivel de Repercusión Familiar del cáncer (Global y por áreas) y sentido asignado a la repercusión.

Nivel de Repercusión	Por áreas de Salud Familiar								Global		Sentido asignado.	
	SE		SP		FF		ES		N	%	(+)%	(-)%
	N	%	N	%	N	%	N	%				
No repercusión	2	5	1	2,5	1	2,5	14	35	-	-	-	-
Repercusión Leve	17	42,5	14	35	16	40	12	30	13	32,5	32,5	
Repercusión Moderada	18	45	22	55	19	47,5	7	17,5	25	62,5	10	52,5
Repercusión Elevada	3	7,5	3	7,5	4	10	7	17,5	2	5	-	5
Repercusión Severa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100	42,5	57,5

Fuente: Instrumento de repercusión Familiar (IRFA).

Tabla 2. Distribución de familias según Impacto del acontecimiento sobre la salud familiar.

Tipo de Impacto del acontecimiento sobre la salud familiar	Nivel de Repercusión y sentido asignado al acontecimiento.					
	Leve		Moderada		Elevada	
	+	-	+	-	+	-
Impacto potenciador de la salud familiar	32,5%	-	10,0%	-	-	-
Impacto predisponente a la afectación de la salud familiar	-	-	-	52,5%	-	-
Impacto potenciador de afectación a la salud familiar	-	-	-	-	-	5,0 %

Fuente: Instrumento de repercusión Familiar (IRFA) y Entrevista Familiar

Tabla 3. Relación entre Nivel de Repercusión del cáncer y Recursos adaptativos.

Nivel de repercusión	Recursos adaptativos de la familia							
	Ausentes		Insuficientes		Suficientes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Leve	-	-	2	5	11	27,5	13	32,5
Moderada	-	-	19	47,5	6	15	25	62,5
Elevada	1	2,5	1	2,5	-	-	2	5
Total	1	2,5	22	55	17	42,5	40	100

Fuente: Instrumento de repercusión familiar e Instrumento para evaluar los recursos adaptativos.

Tabla 4. Grado de afectación a la salud familiar.

Grado de afectación	N	Calificación	Relación entre Impacto, Recursos adaptativos y Frecuencia de Apoyo	%
Poca afectación a la salud familiar	6	6	Impacto potenciador de la salud familiar, suficientes recursos y apoyo muy frecuente.	52,5
	7	5	Impacto potenciador de la salud familiar, suficientes recursos y apoyo frecuente.	
	4	5	Impacto potenciador de la salud familiar, insuficientes recursos y apoyo muy frecuente.	
	2	5	Impacto predisponente a afectación de la salud familiar, suficientes recursos y apoyo muy frecuente,	
Alguna afectación a la salud familiar	4	4	Impacto predisponente a afectación de la salud familiar, insuficientes recursos y apoyo muy frecuente.	47,5
	2	3	Impacto predisponente a afectación de la salud familiar, suficientes recursos y apoyo poco frecuente.	
	13	3	Impacto predisponente a afectación de la salud familiar, insuficientes recursos y apoyo frecuente.	
Gran afectación a la salud familiar	1	2	Impacto potenciador de afectación a la salud familiar, insuficientes recursos y apoyo frecuente.	5
	1	0	Impacto potenciador de afectación a la salud familiar, ausencia de recursos y apoyo poco frecuente.	

Fuente: Instrumento para evaluar los recursos adaptativos y Prueba de Apoyo Social.

Agrandamiento gingival inducido por ciclosporina A en paciente con periodontitis crónica. Reporte de un caso.

Autor: Dra. Arasay Calzada Bandomo, arasayc@nauta.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Máster en Salud Bucal Comunitaria

Coautor: Dra. Ana Laura Brito González, laura90@nauta.cu, Clínica Estomatológica Rodas, Cuba.

Resumen

El uso de ciclosporina A (CsA) como inmunosupresor, con frecuencia se acompaña de efectos secundarios que se manifiestan en la cavidad oral. Se reporta el caso de un paciente con antecedentes de trasplante cardiaco y agrandamiento gingival inducida por Ciclosporina A. Se elaboró un plan tratamiento multidisciplinario y se ejecutó según sus fases: inicial o higiénica, correctivo y fase de mantenimiento. La terapéutica quirúrgica seleccionada fue la gingivectomía a bisel externo. El control exhaustivo del biofilm bacteriano y el manejo multidisciplinario se consideran aspectos trascendentales para el mantenimiento de la salud periodontal en los pacientes con trasplantes de órganos.

Palabras clave: Agrandamiento gingival, hiperplasia, Ciclosporina A, gingivectomía

Introducción

El avance de las técnicas quirúrgicas en la actualidad, ha hecho de los trasplantes de órganos, una intervención rutinaria muy extendida. El uso de ciclosporina A (CsA) como inmunosupresor, con frecuencia se acompaña de efectos secundarios que se manifiestan en la cavidad oral.^(1,2)

La ciclosporina A (CsA) fue aislada por primera vez en Suiza en 1970, como un metabolito del hongo *Tolypocladium inflatum gams*. En un principio, se utilizó como antifúngico demostrando tener poco valor; sin embargo, sus polipéptidos cíclicos poseen una potente acción inmunosupresora, permitiendo prolongar la supervivencia de los trasplantes alogénicos que involucran a piel, corazón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea, intestino delgado y pulmón.⁽³⁾

El agrandamiento gingival inducido por ciclosporina fue reportado por primera vez, en la literatura, en el año 1983, y se considera uno de los efectos secundarios más comunes. Ocurre en el 30% de los pacientes que ingieren la droga y aumenta su prevalencia al doble al administrarse junto al nifedipino.^(4,5)

Como en la mayoría de las enfermedades periodontales, los modelos multifactoriales explican mejor lo que ocurre y su distribución en el agrandamiento gingival. Dentro de los factores que afectan al agrandamiento gingival se puede incluir, el género: en varones se desarrolla tres (3) veces más el agrandamiento; la edad: es inversamente correlacionado.⁽⁶⁾

Las características clínicas comunes de agrandamiento gingival influenciada por drogas incluyen una variación en el patrón entre pacientes, es decir, la predisposición genética, con una tendencia a ocurrir más a menudo en la región anterior, mayor prevalencia en

grupos de edad, más jóvenes, aparición en los primeros tres meses de uso, inicio a nivel de las papilas y se puede encontrar en un periodonto con o sin pérdida ósea.⁽⁷⁾

El agrandamiento gingival por ciclosporina comienza como un agrandamiento papilar que es más pronunciado sobre las zonas labiales de la encía palatina o lingual. El crecimiento papilar se incrementa y la papila adyacente parece como colapsarse. Ello da, a los tejidos gingivales, una apariencia lobulada. El exceso gingival no solo causa problemas estéticos, sino también funcionales, como la protección disminuida del traumatismo de la función masticatoria o su colaboración con una enfermedad gingival. Esto puede ocurrir debido a que, el margen gingival, está localizado en una región que no está protegida por el recorrido de los alimentos a causa de la convexidad de la corona. De la misma manera, en muchas ocasiones, puede dar lugar a la formación de pseudobolsas, *bolsas gingivales*, que irán a colaborar en el mantenimiento del proceso inflamatorio. El sobrecrecimiento puede extenderse coronalmente, e interferir con la oclusión, la masticación y el habla.^(5,6)

A pesar de la gran cantidad de estudios publicados, la manera en la que los medicamentos inducen el agrandamiento gingival está pobremente entendida.

Se ha planteado que el agrandamiento gingival es generado porque los fibroblastos son susceptibles a los medicamentos y la regulación de la cantidad de colágena se ve afectada. Se puede pensar en que, la síntesis de colágena por los fibroblastos gingivales está aumentada y su degradación disminuida. También se ha planteado que existen subpoblaciones de fibroblastos que tienen respuestas diferentes ante los medicamentos. La ciclosporina A, al parecer, tiene una heterogeneidad de efectos en subpoblaciones de fibroblastos e induce la síntesis de colágena por parte de los fibroblastos gingivales.⁽⁸⁾

Se ha demostrado la presencia de niveles elevados de algunas citoquinas en el tejido gingival hipertrófico como la IL 6. La presencia de altos niveles de factor transformador del crecimiento beta 1 y de factor de crecimiento de fibroblastos 2 en el tejido gingival hipertrofiado de ratas, a las cuales se les administró ciclosporina A, estos factores de crecimiento podrían explicar la hipertrofia del tejido gingival. También está implicado el factor de crecimiento de queratocitos (KGF) que es producido por células del mesénquima, como los fibroblastos.⁽⁹⁾

Objetivo: Se presenta un caso de hiperplasia gingival inducida por Ciclosporina en paciente con periodontitis crónica

Desarrollo

Caso clínico

Paciente de raza blanca, sexo masculino, que en la anamnesis relata tener 47 años de edad y antecedentes de trasplante cardíaco ortotópico secundario a insuficiencia cardíaca. Recibe tratamiento hace 10 años con ciclosporina 0,7 mg cada 12 horas, vía oral, aspirina 5mg al día, vía oral, prednisona 5 mg al día, vía oral y micofenolato 720mg en la mañana y 360mg en la tarde, vía oral. Es remitido al servicio de Periodoncia de la

Clínica de Especialidades de Cienfuegos para tratamiento de agrandamiento gingival. El paciente refiere haber comenzado a percibir aumento de tamaño en la encía maxilar de un año de evolución y sangramiento gingival y retención de alimentos como síntomas asociados.

En el examen clínico intraoral se observa un paciente des-dentado parcial bimaxilar, dientes remanentes con movilidad grado I, grado II y grado III, y aumento de volumen gingival generalizado en relación con las piezas remanentes en el maxilar y la mandíbula. Encía de color rosado pálido, consistencia firme que forma repliegue macizo de tejido que cubre la totalidad de la corona de los grupos dentarios incisivos, caninos y premolares inferiores (Figura 1). El margen gingival vestibular y las papilas interdentes muestran aspecto globular (Figura 2). En la ortopantomografía se observó pérdida ósea horizontal de 2/3 de longitud radicular en 16, 17 y 18 y cálculo dental en los molares anteriormente mencionados. En mandíbula se observa pérdida ósea horizontal de 1/3 de longitud radicular entre 45 y 46 con lesión de furca incipiente en 46 y ensanchamiento del espacio desmodontal. Como dato secundario, hallamos cálculo dental, caries dental en 12 y 36 y migración patológica de 38. (Figura 3)

En función de toda la información obtenida en el interrogatorio, examen clínico y radiográfico se plantea la hipótesis diagnóstica, agrandamiento gingival por Ciclosporina A asociada a periodontitis crónica.

Se establece diagnóstico diferencial con la hiperplasia generalizada idiopática, la gingivitis crónica fibrosa generalizada y la exostosis múltiple de los maxilares. Además hiperplasia gingival provocada por fármacos como anticonvulsivantes *fenitoína*, y bloqueadores de canales de calcio *nifedipino*, *verapamil*, *diltiazem* y *valproato sódico*.^(10,11)

Tratamiento

Previo a la firma del consentimiento informado y autorización del Departamento de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante del Hospital Hermanos Ameijeiras se planifican las siguientes actividades: educación para la salud bucal, control de placa dentobacteriana, tartrectomía y exodoncias imprescindibles de piezas dentarias con compromiso periodontal severo 17, 18 y 46. Tratamiento restaurador de 12 y 36 como tratamiento inicial o fase higiénica, Gingivectomía y biopsia de encía afectada como tratamiento correctivo quirúrgico y control periódico en la fase de mantenimiento periodontal.

Una vez cumplimentado el tratamiento inicial se indicó farmacoterapia profiláctica a endocarditis infecciosa con Amoxicilina 2 gramos en la hora previa al proceder quirúrgico. Se realizó gingivectomía y gingivoplastia, bajo anestesia local administrando mepivacaína al 3%. La técnica consistió en marcar la profundidad de las bolsas con pinzas marcadoras, luego incisión a bisel externo a un ángulo de 45° grados respecto a la superficie dentaria y a 1 mm apical al punto sangrante, en línea recta y continua, tanto por vestibular, como lingual, con bisturí No 15 y Kirkland. Remoción de tejido incidido, hemostasia y colocación apósito quirúrgico periodontal. Se indicaron recomendaciones sobre una adecuada higiene oral y clorhexidina al 0.12% como enjuague bucal.

El examen histopatológico describió proceso inflamatorio crónico severo linfoplasmocitario que se extiende hacia el epitelio de cubierta ulcerado con focos de agudización en el infiltrado.

El paciente asistió al control postoperatorio programado a la semana, quince y treinta días. Continúa con visitas correspondientes a la fase de mantenimiento periodontal

Discusión

El agrandamiento gingival es una consecuencia bien conocida de la administración de ciertos anticonvulsivos, inmunosupresores y bloqueadores de canales de calcio, es específica en cada paciente, y puede sufrir la influencia de diversos factores. Esta alteración del tamaño gingival puede causar trastornos de fonación, masticación, erupción dentaria y estéticos. Las características clínicas y microscópicas de los agrandamientos causados por los diferentes fármacos son similares.^(12,13)

Los términos agrandamiento o aumento, son clínicamente descriptivos; mientras que hiperplasia e hipertrofia son términos histológicos. Hiperplasia, describe el aumento de tamaño de un órgano debido a un incremento en el número de sus células. Esta debería distinguirse del término hipertrofia, el cual es, exceso de crecimiento del tejido debido a un aumento en el tamaño de las células⁽⁴⁾.

“Agrandamiento” *overgrowth* es el término preferido para referirnos a muchas de estas situaciones en relación con medicamentos, previamente etiquetadas como “hiperplasia gingival” e “hipertrofia gingival”, ya que estos términos no reflejan nuestro conocimiento actual sobre el aumento macroscópico de una encía histológicamente alterada. Por lo tanto, con los conocimientos actuales, definir a esta situación con el término de agrandamiento gingival, es lo que nos parece más adecuado.⁽³⁾

El agrandamiento gingival inducido por fármacos es un crecimiento anormal del tejido gingival secundario al uso de medicamentos sistémicos. Desfigura estéticamente, y no solo es este descontento, sino que, deteriora la nutrición y el acceso a la higiene oral, dando como resultado una susceptibilidad creciente a infecciones orales, caries, y enfermedades periodontales.⁽⁵⁾

La ciclosporina A (CsA) es un inmunosupresor potente y selectivo, ampliamente utilizado para la prevención del rechazo de trasplantes y para el tratamiento de diversas enfermedades autoinmunes. El rango terapéutico de dosificación para la inmunosupresión oscila entre 10-20 mg/kg/día para obtener niveles séricos de 100-400 g/ml. Se inicia unas horas antes del trasplante, hasta unas semanas después. A partir de entonces, se va reduciendo la dosis mensualmente, hasta conseguir unas dosis de mantenimiento de 6-8 mg/kg/día. La presentación por vía oral es en cápsulas de 25 mg, 50 mg y 100 mg, y en solución (100mg/ml).^(4,5)

La acción de la ciclosporina parece ser selectiva de los linfocitos T. Los linfocitos T-supresores parecen ser resistentes a la ciclosporina, mientras que los T-citotóxicos y T-helper son sensibles. Esta diferencia, puede ser resultado de las propiedades de unión entre fármaco y célula, y a la posterior internalización de las moléculas de ciclosporina dentro de la estructura celular. Una vez introducida en el citoplasma del linfocito T, la

ciclosporina se une a la ciclofilina, formando un complejo capaz de unirse a la calcineurina y provocar así, la inhibición de su actividad. El resultado final de este complejo formado por tres proteínas, es la incapacidad de activación de los genes que están involucrados en la activación de la célula T.⁽³⁾

La hiperplasia gingival aparece inmediatamente después del inicio del tratamiento; y según se alcanza el nivel terapéutico óptimo de la droga, se desacelera el crecimiento. Esto se explica porque los pacientes, con el tiempo, desarrollan resistencias contra los fibroblastos gingivales. La ciclosporina actúa a nivel de los linfocitos, siendo reemplazados por células del tejido fibroso. Es por ello que, se relaciona con hiperplasias gingivales.⁽¹⁴⁾

Las manifestaciones clínicas del agrandamiento gingival, aparecen con frecuencia en un plazo de uno a tres meses, después de iniciar el tratamiento con los medicamentos asociados. El agrandamiento gingival comienza, normalmente, en las papilas interdentes y se encuentra con más frecuencia, en el segmento anterior de las superficies labiales.⁽⁵⁾

La relación entre dosis de Ciclosporina, concentración plasmática y agrandamiento gingival, es un aspecto importante. Algunos estudios han demostrado que el agrandamiento gingival está relacionado con altas dosis de Ciclosporina, mientras que otras investigaciones, han señalado correlación significativa entre concentraciones en plasma y en saliva. La incidencia de agrandamiento es mayor si los niveles de la droga en sangre exceden a 400 mg/ml.⁽¹¹⁾

Muchos estudios sugieren que los niveles de placa dentobacteriana son más importantes que la dosis de la droga como determinante de los cambios gingivales en pacientes tratados con Ciclosporina. Recientemente, se ha demostrado, en un estudio controlado que el control de placa no inhibe el desarrollo del agrandamiento gingival. Sin embargo, dichas medidas, mejoraron la salud gingival de los pacientes. Puede ser que la susceptibilidad de un paciente a los cambios indicados por la ciclosporina esté relacionada con una interacción entre la droga y la inflamación local.⁽⁵⁾

La placa bacteriana o biofilm es una comunidad compleja de microorganismos que se caracterizan por la excreción de un adhesivo y la matriz extracelular de protección, junto a microorganismos, formando una heterogeneidad estructural. Teniendo en cuenta el papel que desempeña en la formación del agrandamiento gingival, es muy importante la eliminación profesional de los irritantes locales, así como las debidas instrucciones sobre la higiene oral y el uso de agentes para el control de placa como la Clorhexidina.

Como consecuencia de una mejor higiene bucal se reduce, generalmente, la irritación superficial del tejido agrandado, y cuando estén indicadas, se deben realizar las técnicas quirúrgicas correspondientes, con el objetivo de lograr contornos gingivales convenientes que puedan preservar el estado de salud periodontal. En complemento, varios autores, han documentado significativas resoluciones de agrandamientos gingivales relacionados con Ciclosporina después de un corto tiempo de tratamiento con Metronidazol o Azitromicina. Aunque el mecanismo no es muy claro, parece que

estos antibióticos pueden inhibir la proliferación de fibras colágenas junto con su actividad antimicrobiana^(15,16)

La vía quirúrgica clásica es la gingivectomía a bisel externo. Es el procedimiento quirúrgico donde se realiza la escisión y eliminación de tejido gingival y es una opción terapéutica en casos de hiperplasia por ingestión de fármacos, aunque, hay que tener en cuenta, la frecuencia de recidivas. La técnica de la gingivectomía no ha presentado cambios desde su primera descripción en el año 1884 por Robicsek. El término gingivoplastia, fue dado por Goldman en el año 1950, quién lo describió como la incorporación de un bisel externo de 45° destinado a restaurar el contorno gingival fisiológico. La gingivoplastia quedó unida desde aquel entonces al concepto gingivectomía.^(6,17)

Gingivectomía como procedimiento quirúrgico, garantiza el mejoramiento estético y funcional de la cavidad oral, mejora en gran porcentaje, la higiene oral, lo que permite decir que el procedimiento quirúrgico es el indicado y, se mantendrá así, siempre que se lleve a cabo, una buena higiene oral.

Conclusiones

El control exhaustivo del biofilm bacteriano y el manejo multidisciplinario son aspectos trascendentales para el mantenimiento de la salud periodontal en los pacientes con trasplantes de órganos.

Referencias bibliográficas

1-Mangold S, Schlangenhauf U, Marcotty M.P. Tratamiento combinado de una periodontitis avanzada con hiperplasia gingival.Caso Clínico. Periodoncia y Osteointegración [Internet]. 2010 [citado 2 abril 2018]; 20(2): 113-124. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4558339>

2-De la Rosa García E, Mondragón Padilla A. Efecto del micofenolato de mofetilo y azatioprina sobre la hiperplasia gingival asociada al uso de ciclosporina A en pacientes con trasplante renal .Nefrología 2009;29 (5):474-478.

3-Román Malo LV. Influencia de los parámetros mitocondriales en el agrandamiento gingival inducido por ciclosporina y nifedipina: ensayo sobre modelo animal. [Tesis]. Sevilla: Universidad de Sevilla, Departamento de Estomatología; 2016 [citado 3 abril 2018]. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/46240/Tesis%20LRom%C3%A1n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

4-Campolo González A. Agrandamiento gingival por ciclosporina: reporte de un caso. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2016 [citado 2 abril 2018]; 9(3): 226-230. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071853911500052X>

- 5-Loor Rosales JL. Agrandamiento gingival por ingesta de fármacos. [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología; 2012 [citado 6 abril 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2807/1/Jaime%20Luis%20Loor%20Rosales%205-3%20Odontologia%20Tesis.pdf>
- 6-Chale Yaringaño AR. Tratamiento del agrandamiento gingival por reacción Medicamentosa [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marco; 2017. [citado 5 abril 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5818>
- 7-Soriano Angulo R, Cáceres La Torre A. Resolución del agrandamiento gingival mediante terapia periodontal no quirúrgica: reporte de caso. Revista Odontológica Mexicana.[Internet]. 2016 oct-dic [citado 6 abril 2018]; 20(4): 253-258.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>
- 8-Querol UE, Rosales C. Agrandamiento gingival inducido por medicamentos: bases celulares y moleculares. Mensaje Bioquímico [Internet]. 2016 [citado 2 abril 2018]; 40: 111-124. Disponible en: <http://bioq9c1.fmedic.unam.mx/tab>
- 9-Algozaín Acosta Y, Capote Leyva E, Capote Pereira L, Rodríguez Apolinario N, Traviesas Herrera E, Doncel Pérez C. Crecimiento gingival por el uso de ciclosporina A y nifedipino en un paciente con trasplante renal. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2008 abr-jun [citado 6 abril 2018]; 37(2): [aprox 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572008000200009
- 10- Pérez Borrego A, Valcárcel Llerandi J, Cruz Estupiñán D, García García A ,Pérez OlivaresSA. Hiperplasia gingival hereditaria asociada a hipertricosisreporte de un caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2012 [citado 5 abril 2018];11(3):369-375. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
- 11-Compendio de Periodoncia. Colectivo de autores.2ed.La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
- 12- Holguín López J S. Prevalencia de enfermedades gingivoperiodontales en pacientes hipertensos que acuden a la Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil en el año 2013 al 2014. [Tesis]. Guayaquil: Universiadd de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología; 2014 [citado 2 abril 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6181/1/HOLGUINjennifer.pdf>
- 13-Marchena Rodríguez L. Fernández Ortega C M. Agrandamiento gingival por fármacos bloqueantes de los canales de calcio. Rev Europea Odontoestomatología [Internet].2015 [citado 6 abril 2018]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=206>
- 14-Martin Pedraza L, Llorente González S, et al .Estudio sistemático de las manifestaciones orales secundarias a la insuficiencia hepática y renal. Serie Congresos Alumnos [Internet]. 2014 [citado 5 abril 2018]; 6 (1): 180-184. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/1678>

15-Rivarola Céspedes RD. Agrandamientos gingivales inducidos por fármacos. Revista oficial del Círculo de Odontólogos del Paraguay [Internet] 2012 sept-oct [citado 2 abril 2018]; 36 [aprox 6 p.]. Disponible en: http://www.fundacioncarraro.org/descarga/revista36_art3.pdf

16- Oviedo Delgado AZ, Del Carpio Sebastián P. Terapia quirúrgica periodontal y cirugía gingival. Lima – 2017

17-Burgos Fuentes T, Palomino Romero DM, Díaz Caballero A. Gingivectomía a bisel externo. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Vol. 5 N° 2. 2008

ANEXOS



Figura 1. Agrandamiento gingival mandibular lingual en paciente adulto bajo tratamiento con ciclosporina A



Figura 2. Agrandamiento gingival mandibular vestibular en paciente adulto bajo tratamiento con ciclosporina



Figura 3. Radiografía panorámica de paciente adulto bajo tratamiento con ciclosporina A



Figura 4. Vista frontal 2 meses después de la Gingivectomía.

ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y OBESIDAD INFANTIL: TRES ASPECTOS IMPORTANTES PARA LA ANTROPOLOGÍA CUBANA. ESTUDIO DE CASO

FEEDING, NUTRITION AND INFANTILE OBESITY: THREE IMPORTANT ASPECTS FOR THE CUBAN ANTHROPOLOGY. CASE STUDIES

Autores: Lisandra Peña Gómez, filosofia962@ucm.sld.cfg.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Ernesto Eramis Jacomino López, ejacomino@ucf.edu.cu, Universidad de Cienfuegos, Cuba.

Arianna Carreño Nieblas, dietetica@dps.cfg.sld.cu, Dirección Provincial de Salud Pública de Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

El presente trabajo lleva por título *Alimentación, nutrición y obesidad infantil: tres aspectos importantes para la Antropología Cubana. Estudio de caso*. La antropología de la alimentación es un campo de investigación fructífero que se ocupa del estudio de las prácticas y representaciones alimentarias de los grupos sociales desde una perspectiva comparativa y holista. Entre los temas más tratados tanto por las Ciencias Antropológicas como por las Ciencias de la Salud se encuentra la obesidad, identificada como una enfermedad que ha ido ganando víctimas entre la población mundial, donde Cuba no queda exenta de ella. En el caso de los niños es más preocupante aun, pues en estudios realizados se ha constatado que uno de cada seis niños habaneros y cienfuegueros es obeso o sobrepeso. Para poder tener una visión más integradora del fenómeno resulta importante llevar a cabo estudios que permitan analizar el comportamiento de la obesidad infantil en Cuba, desde una visión socioantropológica a la temática. Este enfoque permitirá analizar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la obesidad infantil, las relaciones con la posición social, los efectos que tiene en la población escolar, sus marcos interpretativos, así como los principales atributos negativos y formas de discriminación.

Palabras Claves: ALIMENTACION, NUTRICIÓN, OBESIDAD, ANTROPOLOGIA

SUMMARY

The present work takes for title *Feeding, nutrition and infantile obesity: three important aspects for the Cuban Anthropology. Case studies*. The anthropology of the feeding is a field of fruitful study that is in charge of the study of the practices and alimentary representations of the social groups from a comparative perspective. Among one of the topics more tried so much by the Anthropological Sciences as for the sciences of the health it has been the topic of the obesity. The identified obesity as an illness has gone winning victims among the world population, where Cuba is not exempt of her. In the case of the children it is even more concerned, because in carried out studies it has been verified that one of each six children is obese or overweights. To be able to have a more integrative vision of the phenomenon it is important to carry out studies that they allow to analyze the behavior of the infantile obesity in Cuba. From a vision

“socioantropológica” to the thematic one. This focus will allow analyzing the socioeconomic and cultural factors that influence in the infantile obesity, the relationships with the social position, the effects that he/she has in the school population, its interpretive marks, as well as the main negative attributes and discrimination forms.

Key words: FEEDING, NUTRITION, OBESITY, ANTHROPOLOGY

INTRODUCCIÓN:

La alimentación, definida según la Academia de la Lengua Española como *la ingestión de alimentos por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse* ⁽¹⁾, ha existido y existirá a lo largo de la historia, debido a que es un factor biológico imprescindible para la subsistencia de cualquier ser viviente. Del vocablo se derivan otros términos que permiten configurar todo un entramado de problemáticas, alternativas, soluciones y sucesos que han llevado a la realización de numerosas investigaciones de enfoques multidisciplinarios.

El término alimentación ha evolucionado junto a la actividad humana. Desde la época del Paleolítico inferior donde la alimentación era a base de la caza y de la domesticación del fuego en África, China y Europa, hasta el Paleolítico superior donde, además de la caza, se inicia la cosecha de cereales. Pero no fue hasta el Neolítico, cuando los asentamientos agrícolas y el sedentarismo del hombre van a iniciarse en Europa y también la domesticación de determinados animales. ⁽²⁾

Desde los siglos VI y V a.n.e los filósofos griegos sostenían la idea de Pitágoras de incluir la dieta como un elemento importante dentro de la sociedad. El mismo la dividió en tres partes: la dietética, que según él se basaba en las reglas de la vida; el ejercicio físico para fortalecer el cuerpo y el régimen alimentario. También Hipócrates dio sus consideraciones al respecto, planteando en su obra "*La Dieta Saludable*", la efectividad de los principios dietéticos, remarcando que sería necesario que fueran adaptados a cada persona en función de la edad, sexo, complexión, momento del día, estación del año, ocupación laboral y sitio de residencia. ⁽²⁾

Entre los siglos XVI y XVII d.n.e se establecieron las rutas comerciales y el intercambio de alimentos entre toda la población mundial. Además, se fueron propagando por Europa la publicación de libros para curas caseras, ejemplo de ellos fueron las obras "*Salud y Dieta*", en Italia durante el año 1475; y "*Medidas para mantener una buena salud*", en París durante el año 1572. A partir del Mundo Moderno, la alimentación perdió el significado del alma y pasó a ser un instrumento a nivel del cuerpo. Hasta mediados del siglo XX la nutrición aconteció Ciencia en base a dos principios: el recambio material y energético del organismo, y el conocimiento y composición de los alimentos. ⁽²⁾

En el caso de Cuba, la cultura alimentaria de sus pobladores está definida por diferentes etapas, debido a su evolución histórica. Debemos tener en cuenta que la alimentación refleja las problemáticas sociales del momento histórico en el cual se enmarca. Nuestra tradición culinaria está influenciada por el componente aborigen, hispano y africano; además de poseer evidencias de otros componentes relacionados con otros grupos migratorios que vinieron a la Isla. Todo lo antes mencionado fue conformando nuestro "*patrón alimentario*". El intercambio de alimentos desde la conquista no desaparece con la casi extinción de la población indígena: el ajiaco, elaborado a base de vegetales y tubérculos, fue enriquecido con carnes y otras viandas. La alimentación cubana ha ido variando. Como todo proceso cultural que ha estado acompañado de diferentes situaciones económicas y sociales, se ha retroalimentado y se ha hecho diferente a la de otros países del área, demostrando el carácter histórico concreto que la delimita.

Precisamente hacia estos aspectos se han enfocado diferentes profesionales de las Ciencias Antropológicas de Cuba. Desde la temprana vinculación de la antropología con la medicina, los estudios han girado sobre el tema de la alimentación, la nutrición y la obesidad, siempre mirando los factores socioculturales que inciden en una correcta o incorrecta práctica del término. Nuestro trabajo se propone en sí analizar las diferentes concepciones dadas por antropólogos sobre estas cuestiones, así como resaltar la labor desempeñada por ellos, a través de sus distintos proyectos, en aras de contribuir al desarrollo de correctos hábitos alimenticios.

DESARROLLO:

La antropología de la alimentación es "*un campo de estudio fructífero que se ocupa del estudio de las prácticas y representaciones alimentarias de los grupos sociales desde una perspectiva comparativa y holista, poniendo atención en los factores materiales y simbólicos que influyen en los procesos de selección, producción, distribución y consumo de alimentos, así como en las formas de preparación, conservación o servicio y teniendo en cuenta, a la vez, que existen condicionantes de carácter ecológico, económico, cultural, biológico y psicológico que interaccionan entre sí y que hay que considerar en cada momento*".⁽³⁾

La perspectiva antropológica realmente identifica dos esferas del comportamiento alimentario humano, que son lo simbólico y las prácticas⁽³⁾. En el primer caso se enmarcan las creencias, opiniones, percepciones o conocimientos sobre los alimentos y sus propiedades, los enfoques de género, los relacionados con festividades, los marcadores de relaciones de poder, etc. En cuanto a prácticas alimentarias que son socialmente aprendidas, delimitan diferencias de los alimentos en grupos, definen las formas de preparación, menú, recetas, los patrones y otros aspectos que contribuyen a las relaciones sociales. Pero la naturaleza del fenómeno alimentario es más compleja y tiene enfoques diversos. Se trata, entonces, de reconocer los tratamientos científico-nutricionales, políticos, económicos, autónomos, entre otros, para tener una visión integradora, que permita identificar sus implicaciones sociales y biológicas.

Al acceder a las diversas facetas, se emplean técnicas de la investigación cultural, como los análisis etnográficos, para dilucidar, por ejemplo, los patrones de dieta equilibrada, las tradiciones alimentarias, las relaciones de poder que influyen en la conducta de alimentación, el sistema socioeconómico que organiza el acceso a los recursos, entre otros aspectos ⁽³⁾. Todo esto entra a formar parte de una visión antropológica compleja de la alimentación.

El objeto de estudio de la antropología tiene una arista social y otra biológica. Estas abarcan a los estudios relacionados con la alimentación y nutrición humanas. Diferentes contextos atribuyen indistintamente una similaridad terminológica a la antropología de la alimentación y antropología nutricional ⁽³⁾, pues estas son conceptualmente diferentes.

Si se parte del hecho de que el hombre primero se alimenta, para después nutrirse, la antropología de la alimentación enmarca todo el proceso alimentario desde un punto de vista social y cultural; aquí se incluyen las relaciones entre los hombres ante el alimento, las tradiciones culinarias, el análisis sobre el consumo, las prácticas, conductas y hábitos de alimentación, elementos de seguridad y políticas alimentarias, entre otras particularidades.

La antropología nutricional, en cambio, *“se refiere a la influencia que ejercen los alimentos en el acto de nutrirse, englobando todas las modificaciones corporales que se producen ante una buena o mala nutrición en las diferentes etapas de la vida”* ⁽³⁾. Recordar que el componente nutricional se refiere al proceso mediante el cual el organismo obtiene energía y nutrientes de los alimentos para el sostenimiento de las funciones vitales y de la salud.

Como ramas de las Ciencias Antropológicas, tanto la antropología de la alimentación como la antropología de la nutrición han llamado la atención de muchos antropólogos y profesionales de la salud, los cuales interesados en el tema, se han enfocado en una aproximación multidisciplinaria al tema de la nutrición y alimentación humana. Dicho proceso ha resultado en el surgimiento de esta subdisciplina donde se aplican teorías y métodos de la antropología, economía, ecología y nutrición.

El estudio de la alimentación es de especial interés desde la perspectiva cultural, ya que este es uno de los comportamientos que presenta una mayor variabilidad inter e intracultural. Son múltiples los factores que inciden en la selección que hacen las personas de los alimentos como sus características sensoriales, factores económicos, y ecológicos, las percepción de los alimentos y la clasificación que se hace de estos, y los factores simbólicos ligados a los mismos en relación con elementos de estatus, de género, sectarios, creencias, conocimientos, y valores asignados a los mismos. Por otra parte, existen una serie de encadenamientos con otros campos simbólicos tales como la salud, la enfermedad, la imagen y estética corporal, el placer y las relaciones interpersonales, que poseen profundos componentes socioculturales.

Sin duda alguna existe una amplia relación entre antropología y salud. Dicha relación viene dada desde la segunda mitad del siglo XIX. Para 1827 se fundó la Sociedad Antropológica de la isla de Cuba, que tuvo como sede la Real Academia de Ciencias

Médicas, Físicas y Naturales de La Habana⁽⁴⁾. A través de la Sociedad se institucionalizó la disciplina antropológica en el país. La totalidad de sus miembros eran hombres, de profesiones diversas, aunque en su mayoría eran médicos. Desde ese momento se estrecha la relación entre la medicina y la Antropología.

En la Isla durante el trascurso del siglo XX e inicios del XXI han ido aumentando las investigaciones antropológicas aplicadas a cuestiones de salud, en temas tales como el crecimiento y desarrollo, el envejecimiento, el climaterio y la menopausia, el embarazo, parto y puerperio, la infertilidad, la obesidad y el estado nutricional.

Las ideas que soportan la definición de la obesidad como una enfermedad crónica evitable llevan a los expertos en salud pública y a las autoridades sanitarias a comprender y pensar su evolución en términos de una epidemia global y a identificar cada vez más los factores culturales como los principales causantes. De esta forma, la obesidad se concibe como un problema de salud pública, con repercusiones sociales.

En niños y adolescentes la obesidad es frecuente y se ha convertido en los últimos años en un problema de proporciones considerables, que afecta tanto a los países desarrollados como en vías de desarrollo, con un acelerado incremento. En la actualidad, la obesidad infantil es considerada como una epidemia a nivel mundial, responsable de graves problemas físicos y psicológicos en los niños, además de implicar un mayor riesgo de contraer otras enfermedades. A pesar de que el tratamiento a este problema representa una prioridad en materia de salud pública, es muy poco lo que se puede hacer sin la ayuda y compromiso de los maestros, padres y la familia en general.

La obesidad es una enfermedad compleja que se caracteriza por un aumento del tejido adiposo. Su etiología está todavía por esclarecer debido a los múltiples factores implicados: genéticos, ambientales, neuroendocrinos, metabólicos, conductuales, culturales y de estilo de vida. Al igual que en los adultos, la obesidad en niños se complica con la aparición de trastornos cardiometabólicos tales como la hipertensión, dislipidemias y la resistencia a la insulina. El sobrepeso y la adiposidad en los adolescentes están significativamente asociados con las altas cifras de tensión arterial, los niveles sanguíneos de lípidos y lipoproteínas, la insulina plasmática y otras condiciones que se consideran factores de riesgo.⁽⁵⁾

En Cuba como a nivel mundial existe gran interés por el crecimiento y desarrollo de los niños, conocer los cambios y tendencias que se van produciendo en el crecimiento; por ello se comenzó la ejecución de estudios antropométricos masivos y periódicos en estas edades, en la década de los setenta. A partir del *Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano* efectuado en 1972, se cuenta con normas propias para varias medidas corporales e índices, que permiten la evaluación del crecimiento, desarrollo y el estado nutricional.⁽⁵⁾

En 1993 y 1998, se efectuaron investigaciones sobre crecimiento, desarrollo y estado nutricional de niños y adolescentes entre 0 y 19 años, en Ciudad Habana. Los indicadores antropométricos de composición corporal en 1998 mostraron las cifras más

altas de grasa corporal de todas las pesquisas realizadas, evidenciándose así un fenómeno que ha continuado en aumento con el transcurso de los años. En el 2005, se realiza un estudio en 3 935 niños y adolescentes de Ciudad de La Habana, donde se reportó un incremento de los niveles de adiposidad. ⁽⁵⁾

Contribución del proyecto antropológico “De la mano de Martí, aprendo a cuidar mi salud” al desarrollo de correctos hábitos alimenticios.

En la actualidad, investigadores del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos junto a un equipo multidisciplinario en el que participan además antropólogos de la Universidad de La Habana desarrollan el proyecto “*Representaciones y creencias sobre la obesidad en Cuba. Un enfoque antropológico*” ⁽⁴⁾. En él se ha evaluado el estado nutricional de 306 niños habaneros de 10 a 12 años y se han constatado cifras preocupantes de sobrepeso y obesidad (aproximadamente uno de cada seis niños(as) es obeso(a) ⁽⁴⁾). Ante la situación y con el objetivo de mejorar la calidad de vida de esos escolares, se realiza promoción de salud y hábitos alimentarios a través del Club Martiano “*De la mano de Martí, aprendo a cuidar mi salud*”. En él se evalúa el estado nutricional de los niños y se les aplica un cuestionario sobre las variables del estilo de vida. Además, se involucran los familiares que participan en un grupo focal y son entrevistados sobre temas de alimentación y obesidad.

Fundamentación teórica del Proyecto Antropológico

El estudio e investigación del pensamiento martiano está históricamente presente en la labor desarrollada por la intelectualidad y los docentes cubanos. Han sido múltiples los proyectos dirigidos a lograr un acercamiento a éste desde los más diversos ángulos. La multiplicidad de temas abordados por José Martí con profundidad, rigor y belleza a su vez, ha sido fuente de inspiración permanente. El descubrimiento en su obra de disímiles aristas por las cuales puede ser encaminada constituye también un hermoso y noble reto.

De ahí que para este proyecto “***De la mano de Martí aprendo a cuidar mi salud***” resulta de gran importancia develar aquellos estudios e ideas desarrolladas por Martí en las cuales centra su atención en cómo debe ser la adecuada preparación del hombre para una vida sana y su concepción del bienestar humano. La búsqueda en su obra de este referente ha constituido un obligatorio punto de partida. También se debe tener en cuenta la necesidad que tenía para el Apóstol la formación de correctos hábitos alimenticios, y la importancia del cuidado del medio ambiente, la higiene, el ejercicio físico y la formación de nuevos hábitos personales. Todo lo anteriormente planteado, según él, tenía como objetivo asegurar las condiciones favorables de mejoramiento físico, mental y espiritual del ser humano. Debemos señalar que en este sentido el pensamiento martiano gira en torno a que la sociedad, y en particular los niños, deben crear y desarrollar estilos de vida saludables para llegar a interpretar la salud como un valor de elevada significación

Se puede apreciar en la obra martiana una preocupación y ocupación cuando se estudian sus ideas sobre los temas referidos. En esta concepción humanista de

proteger la salud en una dimensión amplia y profunda se evidencia la relación con lo que Martí en su época pensó y escribió para la posteridad y que cada día que pasa cobra más vigencia.

Teniendo en cuenta los elementos antes señalados y partiendo de la necesidad de divulgar en los niños los preceptos martianos acerca de la necesidad de desarrollar correctos hábitos alimenticios, condición indispensable para el logro y mantenimiento del bienestar humano, nos hemos planteado los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Estimular el desarrollo de correctos hábitos alimenticios, a partir del acercamiento dirigido al pensamiento y praxis social de la figura martiana para una transformación gradual hacia estilos de vida más saludables en escolares.

Objetivos específicos:

- 1- Confirmar con procedimientos y técnicas los cambios de percepción, conducta y comportamientos que favorezcan estilos de vida saludables desde estas edades, teniendo como referente el pensamiento martiano.
- 2- Aplicar la metodología de investigación de la Antropología Social y Física para develar los factores socioculturales que inciden en la formación de un estilo de vida saludable en niños de quinto y sexto grado.
- 3- Influir en el entendimiento y concientización del desarrollo de correctos hábitos alimenticios para lograr cambios en sus modos de vida.

Se propone como base programática para la instrumentación del proyecto un programa específico en el cual se combinan actividades teóricas y lúdicas, que se sintetizan en:

- Lectura comentada y reflexión sobre los textos martianos escogidos.
- Visitas reales o virtuales a lugares relacionados con la vida y obra martiana.
- Construcción de textos, dibujos u otras creaciones que expresen sus conocimientos del tema con la presencia y/o asesoría de los Instructores de Arte de la escuela.
- Juegos de participación con fines didácticos, que expresen la comprensión de la salud desde los hábitos de vida saludables

CONCLUSIONES

La obesidad infantil es una condición donde el exceso de grasa corporal afecta negativamente la salud o bienestar de un niño. Como los métodos para determinar directamente la grasa corporal son complicados, el diagnóstico de la obesidad generalmente se basa en el Índice de masa corporal (IMC). Debido a la prevalencia de la obesidad en los niños y a sus muchos efectos adversos para la salud, se la ha reconocido como una cuestión seria de salud pública.

Resulta importante llevar a cabo estudios que permitan analizar el comportamiento de la obesidad infantil en Cuba. A pesar de los cuantiosos estudios antropométricos realizados en el país sobre el sobrepeso y la obesidad infantil es necesario incorporar una visión socioantropológica a la temática. Este enfoque permitirá analizar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la obesidad infantil, las relaciones con la posición social, los efectos que tiene en la población escolar, sus marcos interpretativos, así como los principales atributos negativos y formas de discriminación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario de la Academia de la Lengua Española. Letra A, p40.
2. <http://www.edualter.org/material/alimentaria/introducciones>. *Los hábitos alimentarios a lo largo de la historia: Historia y Antropología de los alimentos* 1-10pp htm[4/23/2013 4:59:28 PM]
3. Díaz, María Elena. *¿Antropología de la alimentación o antropología de la nutrición?* En Catauro No. 23. Publicación Semestral de la Fundación Fernando Ortiz. Enero-junio del 2011 P13-29
4. Rivero, Armando Rangel y Vanessa Vázquez Sánchez. *Análisis histórico de las investigaciones de antropología biológica aplicadas a la salud en Cuba*, en *Investigación Antropológica en salud. Enfoque de género*, de Reina Fleitas Ruiz (compiladora). Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana 2015. P 9
5. Sánchez, Jorge. *Caracterización socioantropológica de los factores que influyen en el sobrepeso y la obesidad en estudiantes de tres escuelas primarias de La Habana*. Proyecto Investigación. La Habana 2013
6. Fleitas Reina. *Perfil epidemiológico de niños y niñas en el primer decenio del siglo XXI en Cuba*. La Habana, 2013
7. Beldarraín, Enrique. *Los médicos y los inicios de la antropología en Cuba*. Fundación Fernando Ortiz. La Habana 2006

ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO EN EL ADULTO MAYOR ACTIVO, EN CÍRCULOS DE ABUELOS. CIENFUEGOS

Lic. José González Jova

jabreus@ucf.edu.cu, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Universidad de Cienfuegos, Cuba

Lic. Jorge Luis Abreus Mora. jabreus@ucf.edu.cu, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Universidad de Cienfuegos, Cuba, Máster en Actividad Física en la Comunidad.

Lic. Vivian Bárbara González Curbelo. vgonzalez@ucf.edu.cu, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Cienfuegos, Cuba. Máster en Didáctica.

Lic. Yudit Quiñones Alvarez. yquinones@ucf.edu.cu, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Universidad de Cienfuegos, Cuba, Máster en Actividad Física en la Comunidad.

Resumen

La evaluación funcional de individuos adultos siempre ha establecido muchos estándares, lo que permite seleccionar los test y escalas más eficaces y eficientes para conocer el estado de esta población antes de incidir con acciones para restablecer funciones deterioradas. El objetivo de este trabajo consiste en evaluar la capacidad equilibrio, a través del test Prueba de Estiramiento Multidireccional, en los adultos mayores activos, de los Círculos de Abuelos del Combinado Deportivo 2, Cienfuegos. La muestra fue de 20 adultos mayores de una población de 200, se seleccionó mediante un muestreo probabilístico, estratificado donde los estratos lo conforman los Círculos de Abuelo del Combinado Deportivos. El 40% estuvo constituido por el sexo masculino y 70% en el grupo de 70 años y más. El procedimiento estadístico se realizó mediante un análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de las variables diseñadas. Fue comprobada la relación entre las variables edad y sexo mediante test Ji-Cuadrado de Pearson. Los resultados del diagnóstico arrojaron que el 90% presenta dificultades con el equilibrio lo que incide en dificultades para caminar, que el 100% padece al menos una enfermedad con el 65% de problemas visuales. El test permitió determinar las principales alteraciones motoras centradas en mala utilización de las estrategias ortostáticas y aportó información sobre la mala utilización de del área de estabilidad de los adultos mayores. Se concluyó que las principales alteraciones motoras se centran en: la mala utilización de las estrategia ortostática (maleolar) y las dimensiones del área de estabilidad.

Palabras Claves. Alteraciones del Equilibrio, Adulto Mayor

Introducción

Los seres humanos, al igual que otros seres vivientes, durante su evolución han mantenido un enfrentamiento constante a un conjunto de problemas existenciales como individuos y especie. En este proceso, para poder frente, han derrochado cuidados para mantenerse a sí mismos y a sus semejantes, en un principio de forma intuitiva, evolucionando después por vías empíricas hacia formas más profesionales.

Constantemente son más las evidencias de carácter científico que atribuyen un adecuado estilo de vida con la mejoría en la calidad de vida. Las disimiles propuestas de actividad física incorporadas a las tareas de la vida diaria de las personas, pero especialmente a la población de Adultos Mayores (AM), procuran mejoras en capacidades fisiológicas, emocionales y psicológicas. El ejercicio físico posee un efecto

sobre los sistemas retrasando la involución de estos de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos¹.

El aumento progresivo y continuo del número de ancianos y la proporción que ellos representan, situación nunca antes enfrentada por la humanidad, origina necesidades económicas, sociales y culturales, con modalidades integrales en el abordaje de este problema, con énfasis en las socio sanitarias para la promoción y mantenimiento del bienestar de las personas mayores².

El envejecimiento es un hecho inevitable y en Cuba, cada día se hace más seguro el mismo, pues se lucha de forma continua por aumentar el nivel de vida y como consecuencia la esperanza de esta.

En el Adulto Mayor repercuten ciertos cambios, tanto en el deterioro de las funciones del organismo como en la esfera social, psíquica y económica.

Estos temas han sido ampliamente abordado por autores como Morales Calatayud, Francisco (1999); Ceballos Díaz, Jorge L. (2001); Martín Lesende, Iñaki (2002); LLanes Betancourt Caridad, (2006) y Martínez Triay, Alina (2007). Suárez (2006)³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷.

Ellos plantean sus acuerdos sobre los procesos de envejecimiento del organismo humano, que además de constituir una etapa normal e irreversible de la vida, es una forma muy especial del movimiento de la materia.

Durante la edad adulta, en el organismo humano aparecen diferentes cambios y fenómenos de carácter biológico que pueden conducir incluso, a variaciones patológicas en los diferentes aparatos y sistemas, que se manifiestan a partir del período de edades comprendidas entre treinta y cinco y cuarenta años y en un inicio hacen su aparición de forma poco significativa Suárez.

La atención a esta edad constituye uno de los retos fundamentales de las instituciones de seguridad social, salud, comunitarias, y en general de estudios de las ciencias que puedan contribuir a un mayor conocimiento de la vejez².

Durante el envejecimiento las personas se enfrentan a acontecimientos de gran importancia: el desmembramiento de la familia que crearon, e incluso, a la progresiva disminución de sus fuentes de apoyo social, pueden ser más frecuentes las enfermedades crónicas e imponerse mayores limitaciones, por eso se requiere aumentar sus cuidados

Según Cristina Castanedo Pfeiffer, Profesora Titular, Enfermería Geriátrica, "Casa de Salud Valdecilla", E.U.E. Universidad de Cantabria, el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son: bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales⁵.

A la par de todos estos cambios se hace necesario conocer al AM, ser receptivo ante sus necesidades y posibilidades, ofrecer confianza y seguridad para brindarle un mejor espacio de realización personal. Alcanza suma importancia la incorporación a la vida social de sus comunidades y específicamente a la actividad física.

El ejercicio físico mejora las funciones de todos los órganos y sistemas del organismo e influye sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), rector de estas funciones, pero para accionar sobre esta población, con alternativas basadas en la actividad física, es necesario saber cómo se encuentra su estado físico, qué enfermedades padece o ha padecido, qué actividades cotidiana realiza con mayor frecuencia, entre otras cuestiones que giran alrededor de su vida diaria.

La evaluación funcional de individuos adultos siempre ha establecido muchos estándares, lo que permite seleccionar los test y escalas más eficaces y eficientes para conocer el estado de esta población antes de incidir con acciones para restablecer funciones perdidas o deterioradas.

El hecho de que el control postural posee un componente de ejecución fundamentalmente reflejo, puede hacer pensar que un déficit en la actividad cognitiva no tendría mayor impacto sobre la postura. Sin embargo, se ha demostrado que la denominada “doble tarea” definida como: la acción simultánea de tener que resolver el control de postura o de marcha y una actividad cognitiva, puede generar errores en la ejecución motora (de la postura y de la marcha) y consecuentemente exponer al paciente a una caída. Esta alteración se ha evaluado exponiendo al paciente a ejercicios de memoria verbal y observando que en la población geriátrica se produce incremento de la oscilación del eje corporal (Postural sway) significativo y por ende, el incremento de su inestabilidad. Este fenómeno es altamente significativo comparándolo con sujetos jóvenes⁸.

Existen test para cuantificar la estabilidad: el Timed “Up&Go”, la velocidad de marcha y el Índice Dinámico del Andar (Dynamic Gait Index) y tests de evaluación subjetiva por el paciente de su estabilidad: el Inventario de Impedimento de vértigo (Dizziness Handicap Inventory).

Mediante el test de la posturografía se evalúa y cuantifica el control postural. Es fundamental para el análisis de la inestabilidad del anciano porque no sólo cuantifica el grado de inestabilidad proporcionando valores de la magnitud de área de distribución del centro de masa corporal, sino también la velocidad de oscilación de ese centro de masa.

“En el año 2005 sólo las Américas contaban con más de novecientos millones de personas que tendrían más de sesenta años, cuarenta y dos millones de los cuales habitaban en América Latina y el Caribe”².

En Cuba se comporta “el proceso de envejecimiento poblacional, con un 18.3 % de personas de sesenta años de edad y más; en el año 2012, un 2 % de incremento porcentual respecto al 2011 y un 30 % con respecto al 2000”⁹.

Como se ha descrito anteriormente entre las acciones para lograr una intervención eficiente se encuentra una buena evaluación de las posibilidades físicas del Adulto Mayor y su remanente de capacidades abolidas o deterioradas.

Todo lo anterior conlleva a formar parte de un estudio para explorar el estado en que se encuentra la capacidad de equilibrio en la población Adulta Mayor del Combinado Deportivo # 2 del municipio de Cienfuegos, para lo cual se pretende, mediante la aplicación del test Prueba de Estiramiento Multidireccional, describir las alteraciones motoras que inciden en el deterioro del equilibrio.

Objetivo: Evaluar la capacidad equilibrio, mediante el comportamiento de las alteraciones motoras, a través del test Prueba de Estiramiento Multidireccional, en los Adultos Mayores activos, de los Círculos de Abuelos del Combinado Deportivo # 2, Cienfuegos.

Desarrollo

Metodología

Se realizó un estudio Prospectivo, no experimental, transversal descriptivo la población de adultos mayores fue de 200 y la muestra seleccionada del 10 %, 20 adultos mayores, la selección de la muestra se realizó mediante un muestreo probabilístico, estratificado,

“este muestreo se utiliza cuando la población está constituida en estratos, conjuntos de la población con homogeneidad respecto a la característica que se estudia. Dentro de cada estrato se puede aplicar el muestreo aleatorio simple. El resultado es una muestra compuesta por tantas muestras, elegidas al azar, como estratos existan en la población” Los estratos lo conforman los Círculos de Abuelo del Combinado Deportivos # 2 de Cienfuegos.

El procedimiento estadístico se realizó mediante un análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de las variables diseñadas. Fue comprobada la relación entre las variables edad y sexo mediante test Ji-Cuadrado de Pearson. Fueron utilizados para ello el paquete estadístico IBM®SPSS® Statistics, versión 21 y la suite ofimática Microsoft Excel Professional Plus 2013®

Aspectos éticos de la investigación: Para la realización del presente estudio se obtuvo el consentimiento informado de los decisores que asumen el trabajo con los Adultos Mayores en el Combinado Deportivo # 2, a los cuales se les comunicó con antelación los intereses y alcance de la investigación y les fue presentado el investigador que asumiría las labores inherentes a dicho estudio. Asimismo, fueron solicitados aquellos documentos que resultaron de consulta imprescindible para realizar la presente investigación.

Se obtuvo, además, el consentimiento informado de aquellos Adultos Mayores incluidos en el estudio, por cuanto se les solicitó su colaboración voluntaria, garantizando que no se divulgarían arbitrariamente sus datos personales ni otra información de carácter individual, además de explicarles de manera clara y sencilla los objetivos y alcance del estudio.

Resultados

Análisis de la muestra por edades y sexo

El sesenta por ciento estuvo compuesto por el sexo femenino, doce Adultos Mayores (AM) y el cuarenta por ciento del sexo masculino, ocho AM.

La edad se comportó con un treinta por ciento en las edades comprendidas entre sesenta y sesenta y nueve años, seis AM; setenta por ciento con setenta y más, catorce AM.

En este Combinado se observó una prevalencia del sexo femenino y una baja incorporación de AM con edades comprendidas entre sesenta y sesenta y nueve años.

Resultados de la aplicación del Cuestionario de Salud y Actividades a los Adultos Mayores activos

- El diagnóstico de enfermedades: el cien por ciento de los Adultos Mayores ha padecido alguna enfermedad, comportándose de la siguiente forma: setenta por ciento padece de hipertensión arterial, sesenta y cinco por ciento: problemas visuales, veinticinco por ciento: artritis reumatoide, veinte por ciento: Diabetes Mellitus, quince por ciento: depresión, diez por ciento: angina y problemas de auditivos y el cinco por ciento al menos una enfermedad de las descritas en el cuestionario.

- Padece alguna enfermedad que lo obligue ir al médico: treinta por ciento respondió afirmativamente, seis AM y el setenta por ciento que No, catorce AM.
- Sufre en la actualidad de algunos de estos síntomas en las piernas y pies: cincuenta y cinco por ciento respondió que No, once AM; un quince por ciento respondió que sufrió de entumecimiento, tres AM; otro quince por ciento respondió que sufrió síntomas de artritis; cinco por ciento respondió hormigueo y entumecimiento, un AM; cinco por ciento respondió entumecimiento y artritis; cinco por ciento respondió hormigueo y artritis.
- Usa gafas: veinticinco por ciento respondió que Sí, cinco AM y setenta y cinco que No, 15 AM.
- Lleva audífonos: cinco por ciento respondió que Sí, un AM y noventa y cinco que No, diecinueve AM.
- Usa instrumentos para caminar: el cien por ciento respondió que No. (Anexo 6, Tabla 9)
- Medicamentos que toma en la actualidad: veinticinco por ciento respondió que no toma ningún medicamento, cinco AM; mientras que setenta y cinco por ciento toma varios medicamentos, quince AM.
- Ha recibido atención médica de urgencia o ha sido hospitalizado en los tres últimos años: el diez por ciento respondió que Sí, dos AM y el noventa que No, dieciocho AM.
- Ha tenido alguna vez una enfermedad o lesión que hayan afectado el equilibrio o la capacidad para caminar sin ayuda: diez por ciento respondió que No, dos AM y el noventa que Sí, dieciocho AM.
- Cuántas veces se cayó el año pasado: el noventa por ciento respondió que no sufrió caídas, dieciocho AM; cinco por ciento que cayó una vez, un AM y cinco por ciento varias veces, un AM.
- Necesitó tratamiento médico: cinco por ciento respondió que Sí, un AM y noventa y cinco que No, diecinueve AM.
- Le preocupa sufrir caídas: al sesenta y cinco por ciento le preocupa extremadamente, trece AM; cinco por ciento le preocupa mucho, un AM; diez por ciento moderadamente, dos AM; diez por ciento un poco, dos AM; cinco por ciento No le preocupa, dos AM.
- Cómo describiría su salud, cinco por ciento respondió excelente, un AM y noventaicinco por ciento regular, diecinueve AM.
- En las cuatro semanas, ¿en qué grado los problemas de salud limitaron las actividades físicas diarias: sesenta y cinco por ciento respondió en Nada, trece AM; diez por ciento Un poco, dos AM y veinticinco por ciento Moderadamente, cinco AM.
- Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas cuatro semanas: cuarenta y cinco por ciento respondió Ninguno, nueve AM; veinticinco respondió Muy poco, cinco AM y treinta por ciento respondió moderado, seis AM.
- Grado de depresión en las últimas cuatro semanas: cincuenta por ciento respondió Ninguna, diez AM; treinta por ciento Muy poco, seis AM y veinte por ciento Bastante, cuatro AM.
- Cómo califica su Calidad de Vida: ochenta por ciento respondió Moderadamente, dieciseis AM; quince por ciento respondió Alta, tres AM y cinco Muy alta, un AM.
- Señalar su capacidad para hacer actividades de la vida diaria: por ciento respondió No puedo, un AM; sesenta por ciento respondió Puedo con dificultad, doce AM y treinta y cinco respondió Puedo, siete AM.

- Necesita Ayuda para la casa o Geriátrica para realizar Actividades de la Vida Diaria: veinte por ciento respondió que Sí, cuatro AM y ochenta por ciento respondió No, dieciseis AM.
- En la semana con qué frecuencia sale de la casa: cinco por ciento respondió menos de una vez por semana, un AM; treinta por ciento respondió tres o cuatro veces por semana, seis AM y sesenta y cinco por ciento respondió casi a diario, trece AM.
- Practica ejercicios físicos con regularidad como para aumentar el ritmo respiratorio, frecuencia cardiaca y sudoración: cinco por ciento respondió que No, un AM; setenta y cinco por ciento respondió que tres o cuatro veces por semana, quince AM y veinte por ciento respondió cinco a siete veces por semana, cuatro AM.
- Cuando sale a pasear ¿cuál es su mejor cadencia de paso?: diez por ciento respondió que No sale de casa, dos AM; veinte por ciento respondió Suave más de treinta minutos para recorrer mil seiscientos metros, cuatro AM; sesenta y cinco por ciento respondió Media – mil seiscientos metros en veinte/treinta minutos, trece AM y cinco por ciento respondió Intenso- mil seiscientos metros en quince/veinte minutos, un AM.
- Ha necesitado ayuda para rellenar este formulario: cien por ciento respondió que No.

La aplicación del Cuestionario de Salud y Actividades permitió determinar cómo estuvo el estado de salud de los AM que participaron en el estudio, reveló en particular que el noventa por ciento presenta dificultades con el equilibrio lo que incide en dificultades para caminar, que el cien por ciento padece al menos una enfermedad con el sesenta y cinco por ciento de problemas visuales, aspecto que incide directamente en el sistema sensorial, uno de los sistemas que conforman el equilibrio, especificando, dentro de este, el visual.

Se corrobora además lo descrito en varias bibliografías, donde los cambios en los componentes periféricos y somatosensoriales debido al envejecimiento, como es el caso de la artritis con un quince por ciento de afectación, perjudican la estabilidad ortostática y la capacidad para recuperar el control en bipedestación cuando se pierde el equilibrio.

Resultados del test Prueba de Estiramiento Multidireccional (PEMD) para determinar las alteraciones motoras

- La Prueba de Inclinación Anterior arrojó que solo el veinticinco por ciento de los AM estaban dentro de los Límites de estabilidad, cinco AM y el setenta y cinco por ciento poseían una Reducción de la estabilidad, quince AM.

Lo que indica que el setenta y cinco por ciento se encuentra por debajo de la media establecida para esta prueba.

La estrategia de movimiento más utilizada en este test fue la protracción escapular, con el cuarenta y cinco por ciento, la cadera con el treinta por ciento, la del tobillo con el quince por ciento y la rotación del tronco con el cinco por ciento.

- La Prueba de Inclinación Posterior arrojó que solo treinta por ciento estaban dentro de los Límites de estabilidad, seis AM y el setenta por ciento tenían una Reducción de la estabilidad, catorce AM.

Lo que indica que el setenta por ciento se encuentra por debajo de la media establecida para esta prueba.

En este indicador se utilizaron dos estrategias con igual frecuencia: la de cadera y la protracción escapular con el cuarenta por ciento y la de tobillo y rotación del tronco, el veinte por ciento.

- La Prueba de Inclinación Lateral Derecha mostró que solo treinta por ciento estaban dentro de los Límites de estabilidad, seis AM y el setenta por ciento poseían una Reducción de la estabilidad, catorce AM.

Lo que indica que el setenta por ciento se encuentra por debajo de la media establecida para esta prueba.

La estrategia de movimiento más utilizada en este test fue la cadera con el sesenta por ciento, el tobillo con el treinta por ciento y la rotación del tronco con el diez por ciento.

- La Prueba de Inclinación Lateral Izquierda reflejó que solo el veinticinco por ciento de los AM estaban dentro de los Límites de estabilidad, cinco AM y el setenta y cinco por ciento poseían una Reducción de la estabilidad, quince AM.

Lo que indica que el setenta y cinco por ciento se encuentra por debajo de la media establecida para esta prueba.

Dentro de las estrategias de movimiento más utilizadas para vencer el test se encuentra la de cadera, con el sesenta y cinco por ciento; la del tobillo, con el veinte por ciento; la rotación del tronco, con el diez por ciento y la protracción escapular, con el cinco por ciento.

La aplicación de test permitió determinar las principales alteraciones motoras que presentaban los AM en la capacidad equilibrio, centradas en mala utilización de las estrategias ortostáticas (maleolar) y aportó información sobre la mala utilización de las dimensiones del área de estabilidad de los AM en estudio. Estos resultados coinciden con los ejemplos descritos por Debra (2005) en la evaluación de las alteraciones motoras de AM¹⁰.

Las estrategias de movimiento más empleadas son las de caderas y protracción escapular lo que evidencia poco uso de la estrategia maleolar, esto garantiza dirigir las intervenciones hacia el trabajo con esta estrategia poco utilizada y reforzar las restantes, reafirmando, además, los resultados obtenidos por Newton (1997, 2001) donde se identifican posibles alteraciones motoras relacionadas con la planificación y ejecución de movimientos voluntarios¹¹.

Conclusiones

- Al diagnosticar el comportamiento de las alteraciones del equilibrio, se constató que:

- Los Adultos Mayores padecen al menos una enfermedad prevaleciendo los problemas visuales, la artritis y la hipertensión arterial.
- Las principales alteraciones motoras están relacionadas con cambios en los componentes periféricos y somatosensoriales debido al envejecimiento.

- La evaluación de la capacidad equilibrio, mediante la Prueba de Estiramiento Multidireccional, arrojó que las principales alteraciones motoras se centran en: la mala utilización de las estrategias ortostática (maleolar) y las dimensiones del área de estabilidad.

Referencias bibliográficas

- 1- Rodríguez Cano MV. & Anguita Carpio, Cristina. Importancia de la actividad física en la calidad de vida en adultos mayores. IV Congreso Internacional de Ciencias del Deporte y la Educación Física. (VIII Seminario Nacional de Nutrición, Medicina y Rendimiento Deportivo. Rev. Alto rendimiento. Ciencia Deportiva,

- entrenamiento y fitness. Pontevedra, España, 2012. Disponible en: <http://www.altorendimiento.com/congresos/tercera-edad/4589-importancia-de-la-actividad->
- 2- García Rizo J. & Castañeda LJ. (2009). Sistema de acciones para la incorporación del adulto mayor a los Círculos de Abuelos del Consejo Popular Este, Municipio Morón. Primera parte. *Revista edeportes - Buenos Aires -*, 2009, 13 (129). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>
 - 3- Morales Calatayud, Francisco. (1999) *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*, Ciudad Habana: Ed. Ciencia y Técnica
 - 4- Ceballos Díaz J. "El adulto mayor y la actividad física". Departamento de Medicina Cienfuegos; 2001.
 - 5- Martín Lesende, Iñaki. Estrategias para mejorar la asistencia a las personas mayores en atención primaria. Médico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Atención al Anciano de la semFYC. *Cuadernos de gestión para el profesional de atención primaria. 2002, 8(2):15 p.*
 - 6- Llanes Betancourt, Caridad. (2006). Capacidad Funcional y Envejecimiento Sano. *Bibliografía complementaria de la Maestría: Longevidad Satisfactoria.* Cuba
 - 7- Martínez Triay A. *La vida merece vivirse a cualquier edad* Disponible en: <http://www.trabaja.cip.cu/trabajadores>.
 - 8- Suárez H., Suárez A. & Lavinsky L. Postural adaptation in elderly patients with instability and risk of falling after balance training using a virtualreality system. *Int Tinnitus*, 2006 12 (1):41-42
 - 9- Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud, 2013. Disponible en: http://www.files.sld.cudnefiles201304anuario_2012.pdf
 - 10- Debra J.R. Equilibrio y Movilidad con Personas Adultas. Badalona: Ed. Paidotribo. Primera; 2005 Edición. 383p. Disponible en: <http://www.paidotribo.com/ficha.aspx?cod=01203>
 - 11- Rose DJ, Lucchese N, Wiersma LD. Development of a multidimensional balance scale for use with functionally independent older adults. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006; 87:1478-85. Recuperado de http://geriatrictoolkit.missouri.edu/fab/FullertonABS_Rose.pdf www.archives-pmr.org/article/S0003...9/abstract

TÍTULO: ALTERACIONES Y TRASTORNOS EN EL APRENDIZAJE. UN RETO PARA LA ESCUELA Y LA FAMILIA CUBANA.

TITLE: ALTERATIONS AND DYSFUNCTIONS IN THE LEARNING. A CHALLENGE FOR THE SCHOOL AND THE CUBAN FAMILY.

Autoras:

Lic. Mirelys Haimé Seijo Vázquez^I , mirelyshsv@jaqua.cfg.sld.cu, Policlínico Docente: Fabio Di Celmo, Cuba MsC., Lic. Norabel Carrasco Becerra ["norabel.carrasco @ gal.sld.cu](mailto:norabel.carrasco@gal.sld.cu), Hospital Provincial : Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, MsC. , Dra Irma María Márquez González ^{III} , [irmamaria @nauta.cu](mailto:irmamaria@nauta.cu), Policlínico Docente Fabio Di Celmo, Cuba, Lic.Keidy Gutiérrez Navarro^{IV}, solex@nauta.cu, Policlínico Docente Fabio Di Celmo, Cuba

Resumen:

El presente trabajo es el resultado del proceso investigativo desarrollado por las autoras a partir de la problemática existente relacionado con las alteraciones y los trastornos del aprendizaje así como la necesidad de orientar a las familias para prevenir y/o corregir los mismos.

Para contribuir a la solución del problema, se elaboró sobre la base de la fundamentación teórica un programa que brinda la posibilidad a la familia de conocer para prevenir y/o corregir las alteraciones de la comunicación que pueden desencadenar un trastorno en sus niños/ as.

El objetivo de la investigación lo constituye la aplicación del programa. Para su realización se utilizaron métodos del nivel teórico, empírico y matemático lo que nos permitió que las familias se prepararan e incidieran favorablemente en sus niños/as para comunicarse y con un mejor proceso de enseñanza aprendizaje en el entorno socioeducativo.

Palabras claves: Familia, prevención, corrección, trastornos en el aprendizaje.

Summary:

The present work is the result of the investigative process developed by the authors starting from the existent problem related with the alterations and the dysfunctions of the learning as well as the necessity to guide to the families to prevent and to correct the same ones.

To contribute to the solution of the problem, it was elaborated on the base of the theoretical foundation a program that offers the possibility to the family of knowing to prevent and to correct the alterations of the communication that can unchain a dysfunction in their children.

The objective of the investigation constitutes the application of the program. The methods used were the theoretical, empiric and mathematical level which allowed us

that the families got ready and they impacted favorably in their children to communicate and with a better process of teaching learning in the socioeducative environment.

Key words: Family, prevention, correction, dysfunctions in the learning.

Introducción.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, a través de toda su vida y, por tanto, se reconoce que esta instancia ejerce una función amortiguadora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. Es conocido por todos que una ayuda familiar, a menudo contribuye a paliar el impacto de ciertos cambios de alto significado para la vida del sujeto (1).

Sin embargo, vale aclarar que no siempre la familia es fuente de apoyo y amortiguadora de estrés; es, a menudo, generadora de estrés en sí misma. Muchos de los casos de estrés a nivel individual se encuentran en la desarmonía y la falta de apoyo familiar. El individuo necesita y anhela el apoyo familiar y la ausencia de esta, le genera frustración y soledad.

La función afectiva de la familia es transmitir el amor que se profesan entre sí sus integrantes. El afecto constituye el vehículo en el cual se ejercen el resto de las funciones, como es el caso de la función biosocial y educativa, fundamentalmente.

La satisfacción de las necesidades afectivas que ocurre a nivel familiar permite el desarrollo de la confianza básica, la seguridad y la autoestima que requieren los individuos para la vida; sobre todo si hablamos de niños/as con necesidades educativas especiales que presentan factores de riesgos que pueden desencadenar trastornos en el aprendizaje, definiéndose estos como dislexia, disgrafia y discalculia son utilizados para denominar los trastornos parciales de la lectura, la escritura respectivamente y el cálculo /dis / que significa imperfección, dificultad; /lexia/- que se refiere al lectura , /graphos/ - a escritura y calculia al cálculo. Asimismo la partícula /A/ - sin, que antecede a las vocales alexia y agrafia se utilizan para definir las formas más graves de estos trastornos. (2)

Entre las causas que originan estos trastornos podemos encontrar los de etiología: neurológica, lingüísticas, psicógenas, genéticas, pedagógicas, psicoanalistas, psicológicas, las causas funcionales.

En la provincia Cienfuegos no existen hasta el momento resultados de investigaciones relacionadas con la temática a tratar.

En una revisión en la base de datos ofrecida en el Hospital Pediátrico Paquito González Cueto de la provincia Cienfuegos se pudo constatar que en el año 2011 a

2014 existió un elevado número de pacientes vistos en consulta externa siendo las causas diferentes logopatías que tributan a la aparición de trastornos en el aprendizaje.

De ahí la importancia que tiene esta investigación que asume como **problema científico**:

¿Contribuirá la educación familiar a prevenir la aparición de los trastornos en el aprendizaje en las niñas/os en la edad escolar?

Objetivo General:

- Aplicar el programa de educación familiar diseñado para prevenir los trastornos en el aprendizaje los niños/as en la edad escolar.

Desarrollo:

Métodos utilizados:

❖ Del nivel teórico:

Analítico-sintético, inductivo-deductivo, generalización: Se utilizaron en la construcción y desarrollo de la teoría científica, y en el enfoque general para abordar los problemas que existen en la preparación de las familias como apoyo social para prevenir los trastornos en el aprendizaje en la edad escolar.

❖ Del nivel empírico:

Revisión de documentos, encuesta a las familias, entrevista a los especialistas.

Nos permitieron la obtención y elaboración de los datos empíricos y el conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizan el proceso de educación de las familias de los niños/as con necesidades educativas que presentan factores de riesgos.

Los métodos matemáticos y estadísticos nos permitieron determinar la muestra de sujetos a estudiar, tabular los datos empíricos obtenidos y establecer generalizaciones apropiadas a partir de ellos.

❖ Del nivel matemático:

Análisis porcentual: El cual nos permitió establecer los datos necesarios en el procesamiento de la información obtenida mediante los métodos del nivel empírico.

Universo y muestra.

El universo lo constituyen las 80 familias de las niñas/os del 1er grado de la Escuela Primaria Roberto Fleites, del municipio y provincia Cienfuegos, la muestra queda conformada por las 12 familias de las niñas/os que alcanzaron 3 puntos en el diagnóstico en el grado preescolar.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, basado en la metodología de la investigación participativa. El estudio se realizó a partir del mes de octubre del año 2014 hasta mayo del 2015.

Desarrollo.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Policlínico Docente Comunitario: " Fabio Di Celmo" . Cienfuegos

Título: " Sentir, aprender y enseñar. Una oportunidad para la familia"

Modalidad: Taller.

Duración: 40 horas.

Frecuencia: 2 horas cada 15 días.

Desarrollo de las temáticas.

Tema I: La familia: Función afectiva y apoyo social.

Objetivo:

- Demostrar la importancia de la función afectiva educativa de la familia y el apoyo social en el proceso de enseñanza y aprendizaje de las niñas/os en la edad escolar.

- **Sistema de conocimientos:**

Introducción al curso.

La familia como unidad de atención. Formas de clasificación de la familia. Funciones y características de la familia. La evaluación familiar. Salud familiar. Violencia familiar y su incidencia en el desarrollo del aprendizaje de sus hijas/os.

FOD: Conferencia.

Método: Elaboración conjunta.

Medios de enseñanza: Pc, power point, tarjetas, pizarrón.

Evaluación: Oral.

Tema II: Las alteraciones y los trastornos en el aprendizaje.

- **Objetivo:**

Explicar que son las alteraciones y los trastornos en el aprendizaje y cómo se pueden prevenir.

➤ **Sistema de conocimientos:**

Comunicación. Alteraciones y trastornos. Causas. Incidencia de estas en el desarrollo de las niñas/os en la edad escolar. Promoción y prevención de las alteraciones y los trastornos en el aprendizaje.

FOD: Conferencia.

Método: Elaboración conjunta

Evaluación: Oral

Se le orienta a los cursitas un estudio independiente para en el próximo encuentro realizar un debate al inicio del encuentro.

Medios de enseñanza: Pizarrón

Tema III: Las alteraciones del lenguaje oral.

➤ **Objetivo:**

Explicar cuáles son las alteraciones del lenguaje que pueden aparecer después de sufrir una lesión estática en el sistema nervioso central.

➤ **Sistema de conocimientos:**

Deterioro Cognitivo. La dislexia, la disgrafía y la discalculia. Síntomas más frecuentes.

FOD: Conferencia.

Método: Explicativo-ilustrativo.

Medios de enseñanza: Computadora, video.

Evaluación: Oral.

Tema IV: Técnica sensorial general.

Objetivo: Demostrar cómo se realiza la estimulación sensorial en las niñas/os.

Sistema de conocimientos:

Definición de estimulación sensorial, precisando cómo debe realizarse.

FOD: Conferencia.

Método: Elaboración conjunta.

Medios de enseñanza: Computadora, fotos, objetos y láminas.

Evaluación: Práctica.

Tema V: Taller final.

Objetivo: Evaluar los conocimientos adquiridos por las familias en los temas impartidos.

Sistema de conocimientos:

- Funciones y características de la familia.
- Los trastornos en el aprendizaje, pronóstico, cómo prevenirlos.
- Trastorno del Lenguaje. Deterioro Cognitivo.

Para esta actividad se designarán 2 horas.

FOD: Clase práctica.

Método: Elaboración conjunta y trabajo independiente.

Medios de enseñanza: Computadora, pizarra, láminas, objetos, camilla, silla, espejo. Entrega del folleto: Sentir, aprender y enseñar”, vídeo, TV, película Tarek

Evaluación: Oral y Práctica.

Actividad final:

Objetivo:

Evaluar el aprovechamiento de las familias en los temas impartidos.

Orientaciones Metodológicas.

- Evaluaciones sistemáticas en cada encuentro.
- Aplicación del diagnóstico, utilizando el mismo cuestionario que se utilizó en el inicial, para contrastar los resultados iniciales con los finales y retroalimentar el proceso.
- Aplicación de un cuestionario de lo Positivo, Negativo e Interesante. (P.N.I.)
- Análisis del poema Acéptame.

Discusión de los Resultados.

Etapa de constatación.

En esta etapa se realizó una revisión a la base de datos de la consulta Provincial de Logopedia y Foniatría donde se conoció que a partir del año 2011 hasta el año 2014 ha existido una notable morbilidad de los casos vistos en consulta externa en la edad infantil predominando las logopatías que tributan a las alteraciones y los trastornos en el aprendizaje.

Al revisar en la escuela primaria el documento: Entrega pedagógica, conocimos que existe una tendencia a que los alumnos alcancen buenos resultados en el diagnóstico del grado preescolar, sin embargo en el diagnóstico inicial que se efectúa en el grado primero a una matrícula de 40 niñas/os se detectan insuficiencias en 21 representando el 52,2% y las mismas están relacionadas con el análisis fónico de la palabra, en las actividades de nociones elementales de matemática y las actividades del desarrollo de las habilidades visomotoras, lo que indica que no existió una adecuada adquisición de los conocimientos.

En la entrevista 10 maestros de ellos 5 son del grado preescolar y 5 del primer grado donde se conoció que todos son licenciados en Educación con más de 5 años de experiencias, expresan dominar de forma general que es la dislalia, dislexia, discalculia, pero desconocen cuáles son las causas que las originan, cómo prevenirlas y cómo rehabilitarlas. Consideran que desde su formación en el pre y postgrado existe una debilidad con respecto a este contenido, pues los Defectólogos y Logopedas llevan esta formación y en sus competencias, y no todos los centros tienen estos especialistas.

El 100% de los entrevistados reconocen que estas logopatías siguen siendo un gran problema a resolver en la escuela primaria, de no ser así quedarían para toda la vida.

En la encuesta realizada a las 12 familias que conforman la muestra se pudo constatar que existe un predominio de las familias disfuncionales, el nivel de parentesco en un 75% son las madres y en un 25% las abuelas, el nivel educacional es el medio-superior.

El 100% de los encuestados tienen desconocimiento de las dificultades en el aprendizaje de sus hijas/os pues consideran que terminaron bien el grado preescolar.

Al referirse a las alteraciones y trastornos en el aprendizaje plantean tener un desconocimiento de esto y las asocian al abandono pedagógico.

6 familias que representan el 50% plantean que las dificultades que tienen sus hijas/os están relacionadas con el rellenado y con la descripción de láminas, 3 familias que representan el 25% plantean que por solicitud personal han llevado a sus hijas/os al área de salud pues se han percatado que su forma de hablar no está acorde a la edad que tienen y el resto de familias que no refieren nada con respecto al aprendizaje.

El 100% de los encuestados plantean el interés por formar parte de la investigación y adquirir el conocimiento no solo por sus hijas/os sino porque teniendo el conocimiento se puede incidir en otros antes de que lleguen al grado primero.

Los 13 especialistas seleccionados tienen entre 15 y 23 años de experiencias 11 poseen categorías docentes de asistente y 2 de auxiliar, de ellos 3 son Máster en Educación y 6 en Atención integral al niño.

Se les presenta el programa y los mismos consideran que se presenta de manera asequible y amena, los temas están bien precisos en lo que se desea lograr y sugieren que debe ofrecérseles a las familias ejercicios que desde la casa y a través del juego puedan utilizarse para prevenir las alteraciones y los trastornos en la comunicación.

Al presentársele el sistema de ejercicios consideran que están bien estructurados y en correspondencia con el contenido que se les imparte en los diferentes años de vida del círculo infantil.

Diagnóstico psicopedagógico.

Expresión oral: Dificultades en el análisis fónico, pobre desarrollo del vocabulario, omisión de los sonidos /s/ ; //al final, distorsión de la /r/, cambio de /t/ x /d/, /b/ x /p/, /z/ x /s/, distorsión de la /r/.

Pre-escritura: Dificultades en las semejanzas y diferencias de grafías. Dificultades al realizar rasgos caligráficos a diferentes escalas.

Habilidades óculo manual:

Dificultades en el reconocimiento de las relaciones espaciales. Rellenado de figuras, realización de laberintos con y sin modelos, rasgado de líneas rectas y curvas con y sin modelos, recortado, asociar figuras geométricas al dibujo presentado, hallar semejanzas y diferencias.

Nociones de matemática: Dificultades en la formación de conjuntos por aspecto y compararlo con otros, comparación de conjuntos de forma detallada.

Contar hasta 10, reconocer cantidades en unos conjuntos cualitativos y cuantitativos, asociar cantidad de objetos con cantidad de puntos en el cubo, reconocer figuras geométricas, crear dibujos con figuras geométricas, hallar diferencias entre la parte y el todo o viceversa.

Etapas de control.

Después de aplicado el programa de capacitación familiar pudimos constatar el conocimiento adquirido por las familias y su incidencia en la prevención y /o corrección de las alteraciones y los tratarnos en el aprendizaje, corroborándose este aprendizaje en los logros académicos.

De 12 familias que fueron capacitadas se constató que 10 niñas/os que representan el 83,33% de las familias fueron diagnosticados con dislalia funcional asociada a ella una disgrafia, las mismas fueron tratadas por la especialista Licenciada en Logofonoaudiología del área de salud que atiende la escuela, además ofreció orientaciones pedagógicas a las maestras.

Para el pobre desarrollo del vocabulario se trabajó en una primera etapa con la nominación, identificación de objetos, familias de palabras, y la asociación de

objetos con su utilidad, siendo esta una de las temáticas a tratar en el test de Luria y en las pruebas cubanas de lenguaje.

También se trabajo la descripción de láminas, láminas para las secuencias de cuentos, el plan relato y luego con el completamiento del cuento a partir del ofrecimiento de diferentes temas.

2 niños que representan el 16,66 % de las familias mantienen hoy día trastornos en el aprendizaje caracterizados por una dislalia orgánica generalizada, donde se ha trabajado el vocabulario, pero no en el tratamiento a los fonemas y grafemas afectados pues presentan frenillo sublingual corto, maloclusiones dentarias para lo que necesitaran primeramente intervención de otras especialidades médicas.

De 3 niñas /os diagnosticados con discalculia solo 1 mantienen su diagnóstico, alcanzándose un 8,33%.

En la realización del taller final las familias declaran mediante la técnica de PNI.

Positivo.

- Interés de las familias por aprender.
- Cumplimiento del horario establecido por las partes.
- Demostración de cómo percatarse que existe una alteración de la comunicación y cómo evitarlas desde las edades tempranas.
- Unidad familiar.
- Participación de maestros, y otros especialistas del área.
- Folleto de actividades

Negativo.

- El desinterés de otros miembros de las familias por participar en la investigación.
- Se recibió la orientación ya cuando había necesidad de tratar y no antes.

Interesante.

- Aprender mediante el debate de la película cómo cometemos errores en la crianza de nuestros hijos y estos pueden ocasionarles daños para la vida.
- Ej. Uso excesivo de vídeos musicales, juegos computarizados, mala alimentación, uso de biberones entre otros.

Conclusiones.

El programa de educación aplicada a las familias permitió elevar la formación general integral de ellos, así incidir en sus niñas/os para prevenir y corregir los trastornos del aprendizaje que presentaban.

Se ofreció la posibilidad de que las familias capacitadas se convirtieran en familias promotoras de salud para la prevención de las alteraciones y los trastornos en el aprendizaje desde las tempranas edades, constatándose la misma en la asistencia

de familias a la consulta por petición familiar ante cualquier factor alarmante o de riesgo que no habían sido detectadas en las instituciones educacionales.

Bibliografía:

- Alpiner, A. (2006). Háblame. Motricidad, Coordinación vasomotora, conducta social y comunicación oral. La Habana: Ciencias Médicas.
- Álvarez Lami, L. (2007). Manual de técnicas logofoníatras. La Habana: Ciencias Médicas.
- Arés, Muzio, P. (2000). cambios para la familia, 2da parte en revista de Sexología y Sociedad. no.15. La Habana.
- Arés, Muzio, P. (2002). Psicología de la familia: una aproximación a su estudio. La Habana: Félix Varela.
- Bell, Rodríguez, R. (1996). Sublime profesión de amor. La Habana: Pueblo y Educación.
- Bert, J. y Coll. (2002). Hacia la armonía familiar. Programa para capacitar y orientar a la familia de niños con limitaciones físico-motoras. Ponencia para el Congreso de Educación especial. La Habana.
- Bienvenidos a la Biblioteca Virtual de la Universidad de Cienfuegos — Portal. (n.d.). . Retrieved July 12, 2011, from <http://biblioteca.ucf.edu.cu/>.
- Buiza, Bueno, C. Evaluación y tratamiento de los problemas del lenguaje.
- Caballero Delgado, E. (2002). Diagnóstico y diversidad. La Habana: Pueblo y Educación.
- Castaño, J. (2002). Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurorrehabilitación, 1(34), 130-135.
- Castellanos, Doris. (2001). Hacia una concepción del aprendizaje desarrollador. ISPEJV. La Habana.
- Etchepareborda. (2003). Estimulación multisectorial. 36, 1, 122-S128.
- Farell, G, E. (2007). Investigación científica y nuevas tecnologías. La Habana: Ciencias Médicas.
- Fernández, F. A. (2004). Didáctica, teoría y práctica. La Habana: Pueblo y Educación.
- Figueredo, E. (1998). Psicología del lenguaje. La Habana: Pueblo y Educación.
- Figueredo, E, & colectivo de autores. (1996). Logopedia. La Habana: Pueblo y Educación.
- Fundamentos del programa de capacitación. (n.d.). www.cocmed.sld.cu/no74/n74comb1.htm 25/1/2007.

ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA. (2000-2012).

Autor: Dra. Emma Gil Ojeda, jdest@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Especialista en 2do grado de Estomatología General Integral, Especialista en Administración de Salud, Máster en Salud Bucal Comunitaria, Profesor Auxiliar.

Dra. Paz Otero Casal. Universidad de Santiago de Compostela. Profesora del curso de Especialización Universitaria en Implantología Oral.

Introducción:

El Sistema Sanitario Español se caracteriza por:

- Derecho a la salud y a la asistencia sanitaria de carácter universal
- Financiación pública por los PGE vía impositiva
- Económico
- Atención integral de la mayoría de los problemas salud.
- Promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Cartera amplia de prestaciones
- Regionalización de los recursos públicos con niveles asistenciales
- De calidad y eficiente
- Equidad y Solidario
- Participación comunitaria
- Conquista social histórica

A esto se le adiciona:

- Derecho a la salud y asistencia sanitaria
- Reconocimiento internacional de los derechos humanos
- Declaración Universal Derechos Humanos de 1948 Art 13
- Congreso constitución OMS en 1948
- Derecho a la Salud y objetivos del Milenio
- Estrategia Salud siglo XXI
- Constitución Española de 1978
- Ley de Sanidad de 1986
- Ley de Cohesión y Calidad de 2003
- Ley de Salud Pública de 2011
- RDL 16/2012.

Globalización neoliberal en salud

Para comprender lo que sucede en el sector salud en España, hay que hablar sobre la *globalización neoliberal* y se hace necesario tomar como punto de partida el término globalización. Este término, es definido como: un *concepto* que pretende describir la realidad inmediata como una sociedad planetaria, más allá de fronteras, barreras arancelarias, diferencias sociales, además también es necesario comprender el impacto de la globalización sobre la calidad de vida y los servicios de *salud*.

Una de las características fundamentales del mundo globalizado es la concentración del capital y el incremento de la pobreza. En el país que nos ocupa se evidencia esto de la siguiente manera en:

- **Económico:** Globalización de mercados. Eliminación de barreras para la expansión de capitales. Cerco al Estado de Bienestar
- **Social:** Incremento de la brecha social y expansión de la pobreza. Hacia una sociedad dual.
- **Político:** Neoconservadurismo y afines
- **Ideológico:** Pensamiento único. Individualismo. Ausencia de alternativas.
Paralelamente se evidencia un cambio en los conceptos según:
 - El FMI, Banco Mundial, OCDE, OMC (políticas TRIPS o GATS) la globalización colapsa al Tercer Mundo: se establece una alianza fatal de pobreza + dependencia + exclusión. Lo que trae consigo un mercado Aumento de las diferencias:
 - Periodo 1960- 1980: 0,3%
 - Periodo 1980- 2000: 1,3%
 - La OMS (1946) desplazada por la salud como negocio (Neoliberales) que afectan a los modelos de salud y a los sistemas sanitarios.

Teniendo en cuenta esta situación del mundo con tendencia a la globalización, las crisis económicas que afectan a los países con independencia de donde estén enclavados mundialmente así como el esfuerzo de todos por cambiar las políticas de salud en beneficio de las poblaciones se realizó este estudio sobre la evolución de una comunidad de salud de Santa Comba, en Galicia, España de la Atención Primaria de dos Unidades Básicas de Servicio por encargo de la Universidad de Santiago de Compostela durante un período de tiempo comprendido desde el 2000- 2012. (12 años consecutivos de evolución).

Para ello nos sustentaremos en las bases éticas y legales que respalda la Constitución Española y la ley 14/86 de protección al ciudadano.

Bases legales y éticas

- La Constitución *Española* de 1978 establece, en su artículo 43, La protección derecho de la *salud* y a la atención sanitaria de la *salud* de todos los ciudadanos. Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio en *España* de este derecho se regulan (Declaración universal de los Derechos Humanos)
- por la Ley 14/1986, ARTICULO 25 *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.*

Análisis económico

El análisis económico de los servicios de atención buco dental en España ha estado alejado del interés de los investigadores, siendo considerado un servicio más del sistema sanitario al cual podemos aplicar los mismos instrumentos analíticos que a otros servicios generales.

En la situación económica actual, y la crisis que está sufriendo el sistema sanitario, se hace impensable que se pueda incorporar nuevas prestaciones odontológicas en el catálogo del SERGAS (Servicios de Salud de Galicia), y de hecho, se están produciendo reducciones en las actuales prestaciones del Sistema Nacional de Salud con el pretexto de hacerlo eficaz, sostenible, y sobretodo rentable.

Es bueno mencionar que cada odontólogo debe cumplir los indicadores que se establecen: cantidad de obturaciones, exodoncia, sellados e interconsultas así como la derivación a imagenología y al segundo nivel de atención. Además debe tener continuidad de atención en la propia comunidad por años consecutivos y rendir cuenta de su gestión a la administración.

Eurobarómetro: El 15% barrera es la económica.

Ante crisis se realizan recortes personales en la atención odontológica inmediatamente pasan del Primer y Segundo nivel de atención de Lever y Clark directamente al Tercero y ni pensar en el Cuarto nivel así como en la clasificación de la OMS en enfermos solamente. España es el miembro de la EU que menos van los ciudadanos al odontólogo.

El presupuesto del SNS en prestaciones de salud buco dental supone el 0.21% y es muy inferior al del resto de los países de la UE en los que cubre el 40 % de los gastos de los ciudadanos.

El modelo de financiación y organización sigue siendo uno de los principales temas de debate cuando se analiza la asistencia pública odontológica en España

Modelos asistencia Buco dental:

Público

El estado español cubre las necesidades sanitarias de todos sus ciudadanos mediante el Sistema Nacional de Salud, financiado a través de impuestos y regentado por las Comunidades Autónomas. Más del 90% de la población utiliza este sistema para sus necesidades médicas. Este sistema permite a los españoles elegir su médico de cabecera, a través del cual obtienen acceso al resto del sistema.

Privado

En los últimos años la sanidad privada ha ganado en importancia. Se estima que un 15% de la población posee seguros médicos privados, incluidos la mayoría de los funcionarios públicos, a los que se les da la opción de elegir entre el sistema público y el privado. Los seguros pueden utilizarse bien como complemento o como alternativa a la sanidad pública.

La ventaja del seguro privado es que las compañías tienen sus propias redes de hospitales, clínicas y laboratorios, por lo que los asegurados no tienen que esperar tanto para ser tratados. El problema es que las compañías pueden insistir a los pacientes en que utilicen sólo médicos que sean miembros de su grupo.

Mixto

Capitación (modelo PADI)

programa de *capitación*, comenzó en los años 1990 (País Vasco) y 1991 (Navarra).

El Servizo Galego de Saúde también conocido por sus siglas SERGAS, es el organismo de la administración autónoma de Galicia (España) a cargo de la asistencia sanitaria pública en dicha comunidad autónoma. Fue creado en 1989, al transferírsele las competencias en materia sanitaria a la Junta de Galicia.

Integra todos los centros y servicios sanitarios de la administración autonómica gallega, sobre los que ejerce su dirección y gestión, con el fin de garantizar la asistencia sanitaria. Es un organismo autónomo de carácter administrativo dirigido por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Galicia.

Asistencia Buco dental en Galicia

- 485 Centros de Salud
- 86 Unidades Servicios Básico (USB)
- 106 Odontólogos A.P.S.
- 1 Odontólogo-Estomatólogo
- 76 Higienistas dentales
- 126 Sillones dentales

En las unidades de salud buco dental se presta cobertura sanitaria a un total de población de 2.797.653 habitantes

En los primeros seis meses del año 2015 la Consellería de Sanidad confirma que en las unidades de salud buco dental del SERGAS se han realizado 27 542 sellados de fisuras 6 121 obturaciones y 1 698 tartrectomía a mujeres embarazadas.

En Odontología las bases legales se sustentan en:

- Real Decreto 63 / 1995 - Real Decreto 1030/2006 especifican la cartera de servicios comunes en materia de salud buco dental del SNS
- Programa de salud buco dental en atención primaria recoge las prestaciones en materia de salud buco dental en las comunidades autónomas. En el año 2006 se incluye el tratamiento pulpar de piezas definitivas.

Existe según la: Según la **Encuestas de salud Oral . 1983 – 2010**

- Disminución de la prevalencia de caries en escolares coincidiendo con la implantación de los modelos de atención odontológica en los últimos 20 años, permaneciendo estable desde 2005
- El índice de restauración pasó de un 4% en 1990 a un 36% en el 2015 para escolares de 6 años y de un 20% a un 74% para los de 12 años.
- Ausencia de estudios que evidencien relación causa-efecto, pero se acepta que consiguen una mayor equidad de acceso por nivel

socioeconómico, y el elevado nivel de eficacia de las medidas preventivas aplicadas.

Indicadores de calidad

Cada día se genera gran cantidad de información sobre los servicios y programas de salud que podemos analizar y utilizar para conocer el estado de los servicios de salud en un momento dado. En la odontología pública, se realizan procesos regulares y repetitivos a lo largo del tiempo, facilitando su uso como fuente de información, medir el resultado del proceso y obtener el estándar asociado a la actividad.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar la evolución de la atención odontológica en una Unidad de Atención Primaria del Área sanitaria de Santiago de Compostela durante los años 2000 – 2012

Material y Metodología

- Registro diario de actividad de las USB
- Instituto Nacional de Estadística – INE -
- Bases de datos bibliográficos de la Conselleria de
- SanidadMergullador y Bibliosaude
- Gerencia de Santiago de Compostela para recursos humanos, materiales y financieros

Analizar la población diana y la población atendida por la unidad de salud buco dental durante cada uno de los años registrados.

Cuantificar los tratamientos odontológicos realizados cada año tanto en población adulta como población infantil.

Cuantificar la productividad de las actividades realizadas cada año como indicador de servicio de salud.

Analizar el uso de servicios sanitarios en materia de salud buco dental en el periodo 2000-2012

Tratamiento estadístico de los datos con SPSS 15.0 para windows

Población adulta

Población infantil

Servicios comunes

Resultados y discusión:

Se realizó el estudio en dos Unidades Básicas de Salud, en lo adelante UBS, de la atención primaria de la localidad de Santa Comba perteneciente a Santiago de Compostela, Galicia.

La USB 1 de la Comarca de Xallas cuenta con:

14.961 beneficiarios

1347 niños

391 Km²

30 km limítrofes a USB

1 Odontólogo

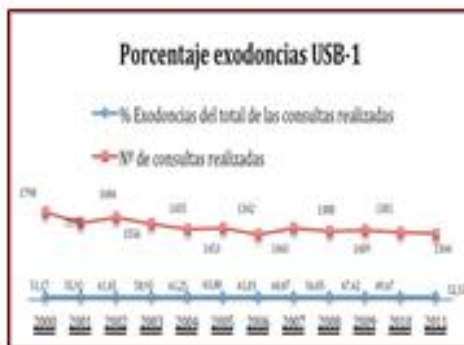
1 higienista dental

3 días a la semana
 Horario de 8 a 14 horas.
 Y la USB 2 de la Comarca da Barcala con:
 11.179 beneficiarios
 1.148 niños
 213,29Km²
 Menos de 20 Km limítrofes a USB
 1 Odontólogo
 1 Higienista dental.
 2 días a la semana
 Horario de 8 a 14 horas

Atención odontológica de la Población adulta. Tabla #1

- En la Población adulta se constató bajo promedio de utilización del Sistema Público.
- Disminuyen el número de consulta de 1793 en el 2000 a 1394 en el 2011 y así en todos los años.
- Las exodoncia por consultas realizadas aumentan de 51 a 53
- Población adulta

Resultados y discusión - evaluación de proceso

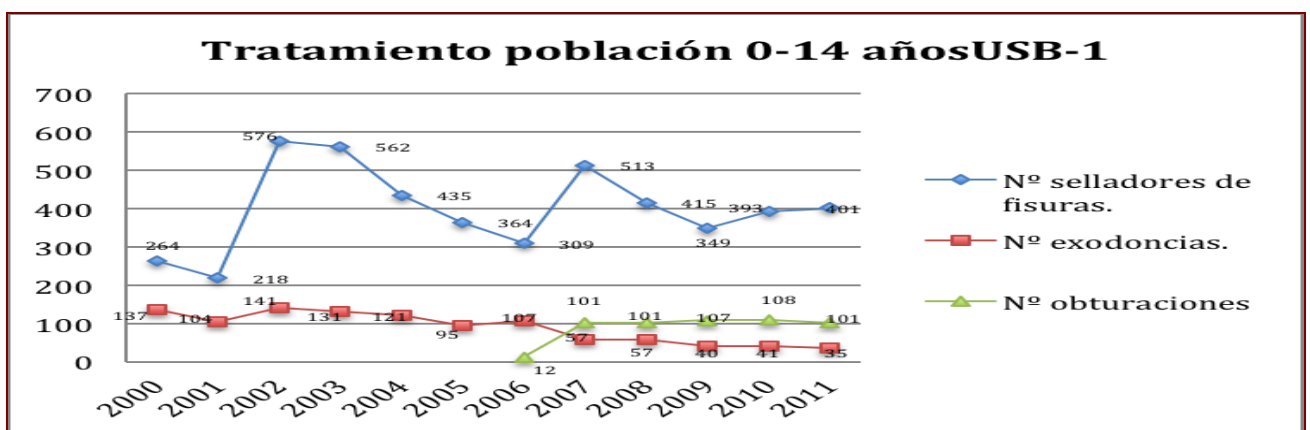
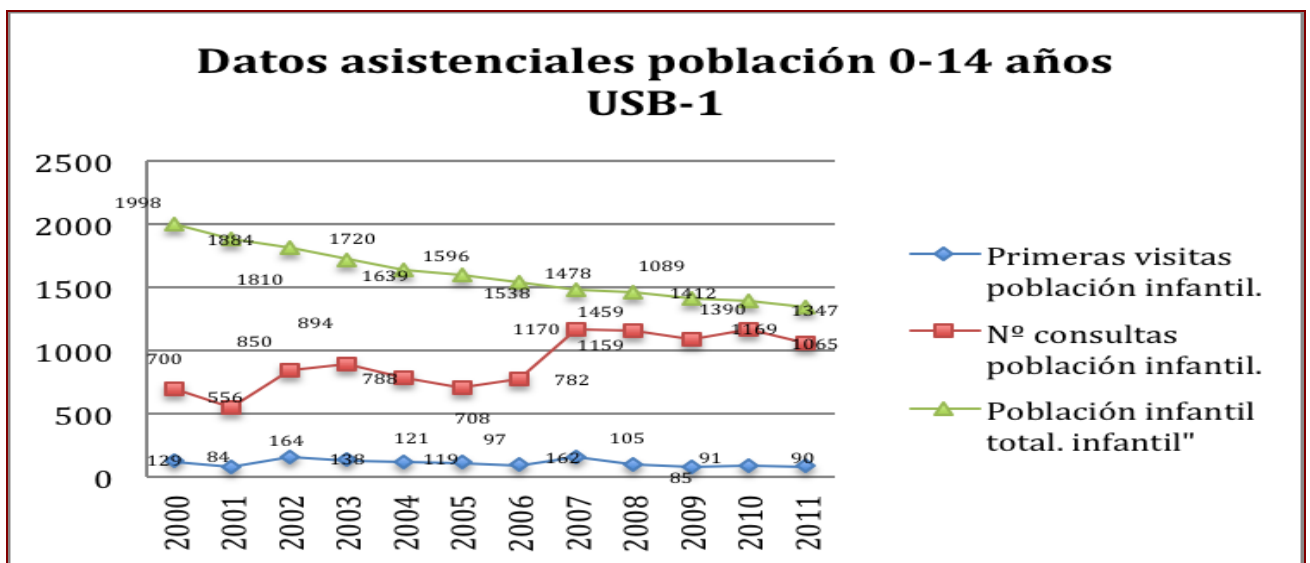
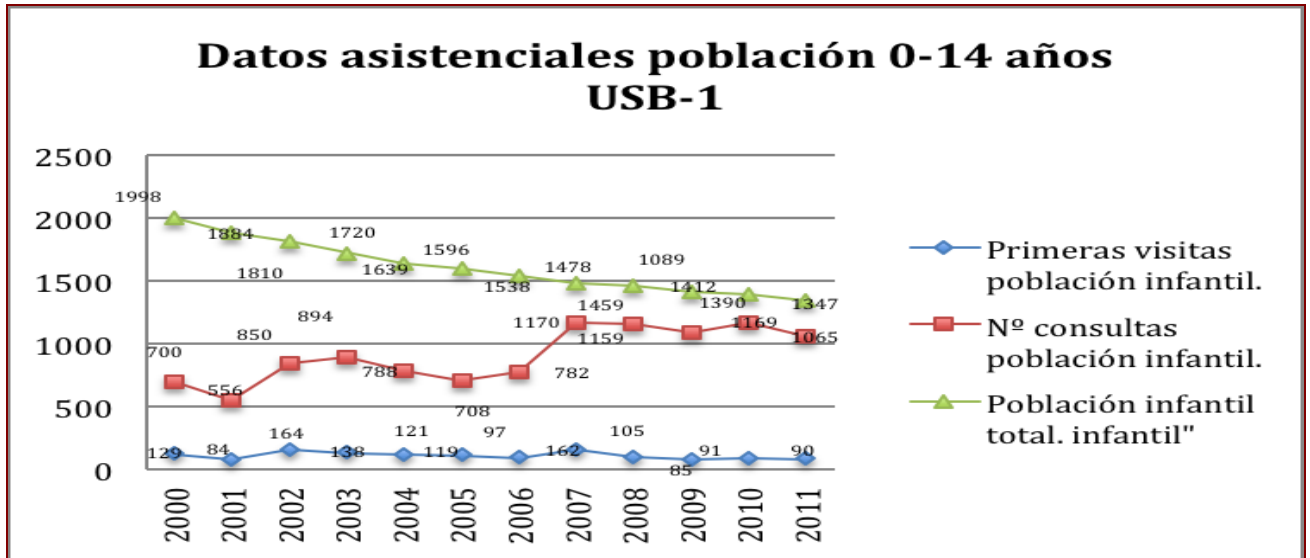


Población adulta

10.097 exodoncia
17.827 consultas

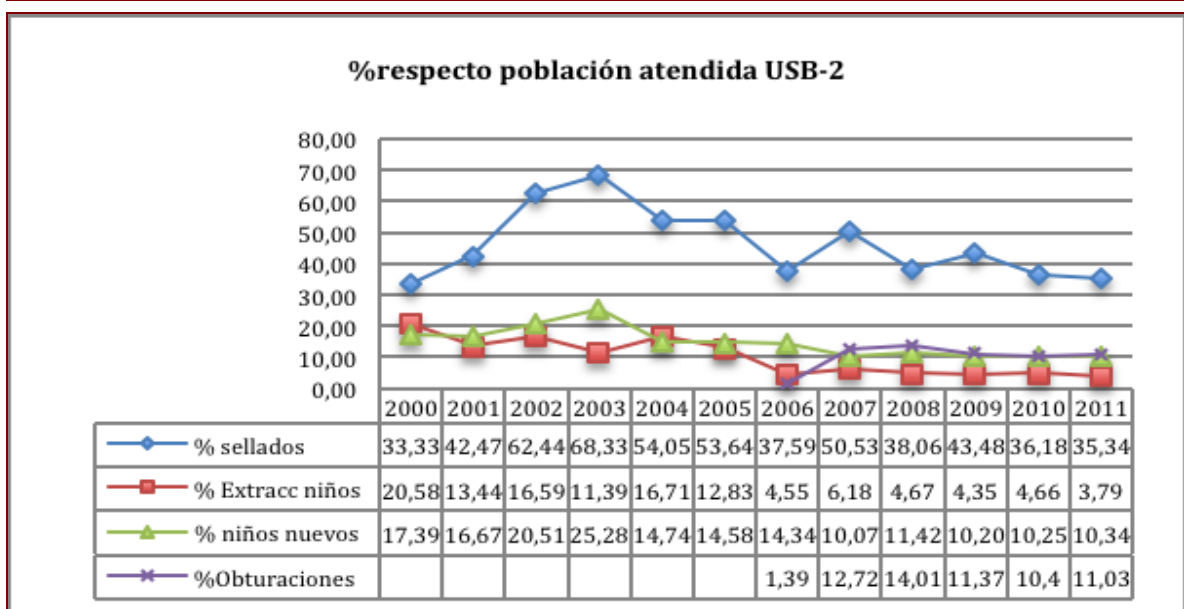
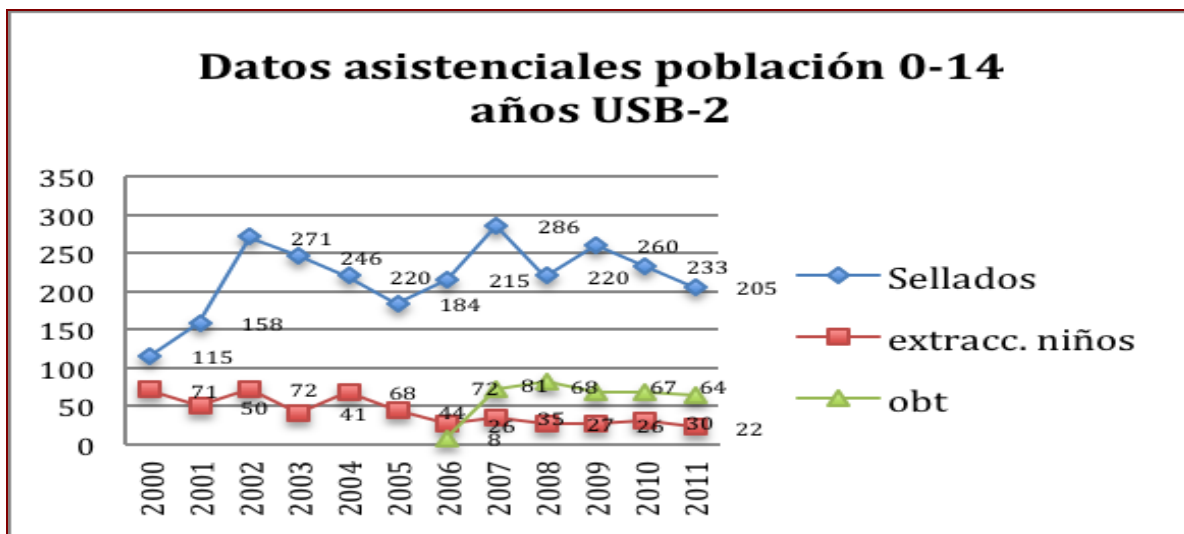


Atención odontológica de la Población Infantil



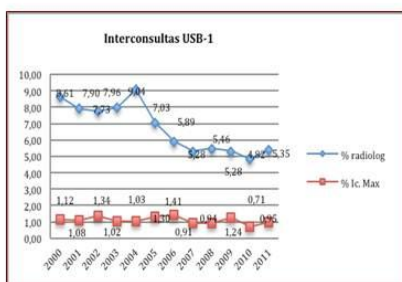
10.930 consultas

4.979 sellados
1.066 exodoncia
535 obturaciones



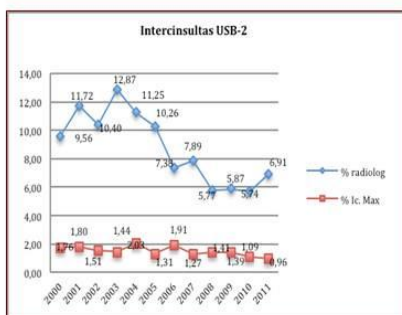
- Decece la población Total como universo de trabajo.
- Con la implementación del PADI en el 2006 se incrementan las consultas a la población infantil, sin embargo no se comportan así las nuevas consultas.(Incorporación de casos nuevos.
- Los sellados de fosas y fisuras aumentan con relación al año de partida (2000) pero decrecen en sentido general, mostrando inestabilidad en este tipo de atención.
- Las exodoncias disminuyen y las obturaciones que se indican en la cartera de atención a partir de la creación del PADI presentan un discreto aumento.

Resultados y discusión - Interconsultas



Porcentaje muy bajo de derivación con clara tendencia decreciente

USB 1
1.914 – 311
USB 2
1.595 - 272



Resultados y discusión– Interconsultas.

- Porcentaje muy bajo de derivación con clara tendencia decreciente, lo que evidencia una sub-utilización del servicio..

Conclusiones

Primera

Deberían incluirse nuevos parámetros en los registros de actividad que permitan valorar el impacto que las medidas de educación buco dental están teniendo sobre la población, especialmente en población adulta, así como registros que permitan determinar el grado de mantenimiento de los hábitos adquiridos de revisiones periódicas durante edad infantil una vez alcanzada la edad adulta

Segunda

No existen registros de la incidencia del cáncer oral en la Comunidad ni constancia del motivo de consulta de la población adulta, que servirían ambos como guía de prevalencia de las enfermedades orales

Tercera

Es necesaria la implantación de la historia electrónica odontológica que permita registrar el estado de salud oral de los usuarios del sistema público y no limitarse únicamente al registro de diagnóstico y tratamiento realizado a través de las notas del documento SOIP(subjetivo, objetivo, impresión , plan).

Cuarta

Es necesario diseñar sesiones formativas dirigidas a todos los profesionales de las unidades de salud buco dental con el fin de coordinar y definir criterios unificados de registro de actividades al igual que se realiza en las fases previas a un estudio prospectivo, con el fin evitar

sesgos a la hora de evaluar la eficiencia de los servicios de salud buco dental.

BIBLIOGRAFIA

- Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century”. WHO Regional Office for Europe. 2013.
- Sistema sanitario: Trabajar en Red”: “Atención integral y Continuada en procesos asistenciales” Consejo Asesor de Sanidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Borrador. 2 de Junio de 2015.
- Sanidad Privada, Aportando Valor” Análisis de Situación 2015 Informe del Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad IDIS.
- 100 perspectivas para mejorar el Futuro del Sector Salud” Fundación Economía y Salud 2015.
- Decálogo de los Objetivos del Foro de la Atención Primaria”. Para una AP de Calidad. 2015.-
- Redesigning health in Europe for 2020”. eHealth Task Force Report. European Union, 2012.
- Socially Sustainable Finland 2020 Strategy for social and health policy”. Ministry of Social Affairs and Health. Finland 2011.
- A Route Map to the 2020 Vision for Health and Social Care” National Health Service.
- Madrid, 2014. Odontología en Atención Primaria Coordinador: Suárez Quintanilla J Editorial: Instituto Lázaro de *Salud* Buco-Dental, Barcelona, 2000. DL: B-31582-2000. Plan de *Salud Galicia* 2002-2005
<http://www.sergas.es/gal/publicaciones/Docs/PIOrSanitaria/PDF7-57.pdf>. Programa de Asistencia Dental Infantil *PADI*
- ✓ https://www.huffingtonpost.es/.../el-capitalismo-neoliberal-en-espana_b_5321704..
- ✓ 15 may. 2014 - La desigualdad carcome la democracia y destruye a las personas.
- <https://nuevarevolucion.es/economia-espana-ya-uno-los-paises-mas-neoliberales-europeos/> ago. 2017 -

Título: ANSIEDAD, DEPRESION Y MODOS DE AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADAS CON DIABETES GESTACIONAL.CIENFUEGOS, 2015.

Title: ANXIETY, DEPRESSION AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH GESTATIONAL DIABETES DISEASE

Autores:

Msc. Mayte Benítez Rodríguez, Lic.Darianna María Muñiz Cabeza,Lic.Yadiri Malagrida Garcia.

- Trabajadoras del departamento de psicología del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima.Cienfuegos. Cuba

Resumen

La diabetes mellitus se ha convertido en los últimos años en desafío para la calidad de vida de la población mundial. La relación de la diabetes y embarazo es sinónimo de alto riesgo por el peligro de complicaciones física y psicológica para la madre y bebé durante la gestación.

Objetivo: Determinar los niveles de ansiedad y depresión y modos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes hospitalizadas con diabetes gestacional. Cienfuegos, 2015.

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo en el periodo comprendido de enero a marzo 2015, en las pacientes con diabetes gestacional hospitalizadas.

Resultados: Dentro del grupo de edades predominaron las pacientes que estaban entre 21 y 30 años, la mayoría fueron amas de casa, procedencia rural, escolaridad prEe-universitario, con ausencia de hábitos nutricionales inadecuados. En cuanto a las variables psicológicas prevalecen: la ansiedad como estado alta como rasgo alta , depresión como estado alta y como rasgo media, como modos de afrontamiento a la enfermedad los estilos de negación optimista y somatización.

Conclusiones: En las embarazadas con diabetes gestacional se presentan la ansiedad y la depresión como rasgo y estado en niveles altos y medios y lo modos de afrontamiento más frecuentes son la información relevante, la negación optimista y la somatización, los cuales se expresan intervencionales a la depresión y la ansiedad, poniendo en riesgo a la futura madre y al bebé que está por nacer.

Palabras claves: Embarazo, Diabetes Mellitus, Ansiedad, Depresión y Modos de Afrontamiento a la enfermedad.

Abstract

Foundation: The diabetes mellitus has become in the last years a challenge for the quality of the world population's life. The relationship between diabetes and pregnancy is synonym of high risk for the exposure to complications both physicals and psychological for the mother and baby during the gestation. **Objective:** To determine the levels of anxiety and depression and confrontation ways to deal with illness in patients hospitalized with gestational diabetes in Cienfuegos, 2015. **Methodology:** It was done a descriptive observational study in the period of time comprised from January to March 2015, in patients with gestational diabetes hospitalized. **Results:** Inside the group prevailed the patients between 21 and 30 years of age, most of them were housewives, rural origin, pre-university level, with inadequate nutritional habits. Regarding psychological variables, the ones which prevailed were: the anxiety like high state feature, depression like high state feature and like a medium feature, and as confrontation ways to face up illness, the optimistic denial and somatization. **Conclusions:** Pregnants with gestational diabetes present anxiety and depression as a feature and high and medium levels and the ways of facing up sickness the styles of relevant information, optimistic denial and the somatization, which represent themselves interrelated with depression and anxiety, and putting in a risky situation the future mother and the baby who is about to born.

Key words: Pregnancy, Gestational Diabetes, Anxiety, Depression, Ways of Confronting Sickness

Introducción:

Durante el embarazo entran en juego aspectos internos y externos de la mujer, por lo que es posible que los conflictos psicológicos que aparecen en esta etapa pueden ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otro.

Por otra parte, se hace necesario el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado ante enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus. *En el mundo, la asociación de diabetes y embarazo tiene una frecuencia entre 1 y 5%, variando en relación a la población analizada. (1)*

En Cuba la incidencia de la diabetes en el embarazo fue de 10,5 % en 1994, con un comportamiento anual creciente que llega a 12,2 % en el 2000. En Cienfuegos en el 2006 en estudios realizados por Espinosa y Vázquez encontraron una serie de 69 casos que sólo el 5.8% de ellos correspondió a la forma pre-gestacional y el resto de las pacientes presentaban diabetes gestacional.

En la mujer embarazada experimenta además de transformaciones físicas, metabólicas, cambios psicológicos dentro de las que se encuentran los cambios del humor, los estados emocionales negativas, entre otras. (2)

La ansiedad y depresión en el embarazo no se diagnóstica ya que muchas mujeres no les prestan ninguna importancia a sus sentimientos, piensan que se deben a los cambios de humor temporales que acompañan al el embarazo. (3)

Los modos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina de la Psicología, identificándose como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos ampliamente estresante como son las enfermedades crónicas. (4)

La novedad de este trabajo radica en investigar los modos de afrontamiento a la enfermedad de estas gestantes diabéticas, pues en la bibliografía revisada no se encontraron investigaciones en el ámbito internacional y nacional relacionados con este tema, y específicamente en la provincia de Cienfuegos no hay estudios sobre modos de afrontamiento en pacientes con diabetes gestacional, lo cuál es necesario tener en cuenta para facilitar la adherencia terapéutica, el bienestar psicológico y la calidad de vida en general de estas pacientes, por todo lo anteriormente descrito la autora de este trabajo considera que son insuficientes los conocimientos sobre los niveles de ansiedad, depresión y modos de afrontamiento a la enfermedad de las pacientes con diabetes gestacional de la provincia y se propone como:

Pregunta Problema:

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión y los modos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes hospitalizadas con diabetes gestacional. Cienfuegos, 2015?

Objetivo General:

Determinar los niveles de ansiedad y depresión y modos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes hospitalizadas con diabetes gestacional. Cienfuegos, 2015.

Objetivos Específicos:

- Describir características sociodemográficas y de salud reproductiva en gestantes diabéticas.
- Medir los niveles de ansiedad y depresión.
- Identificar modos de afrontamientos a la enfermedad.
- Precisar modos de afrontamiento a la enfermedad intervencional a los niveles de ansiedad y depresión.

METODOLOGIA:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de serie de casos, realizado en el periodo comprendido de enero a mayo 2015 a las gestantes diabéticas hospitalizadas, en el Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de la provincia de Cienfuegos. Las variables de estudio fueron: edad, nivel de escolaridad, ocupación, procedencia, ansiedad, Depresión, Modos de afrontamiento a la enfermedad. Los instrumentos se aplicaron en la consulta de psicología, con las condiciones adecuadas para la aplicación de los mismos. Estas técnicas se realizaron en dos sesiones de trabajo, de forma individual con cada paciente. Los instrumentos empleados fueron: Cuestionario, Prueba de Ansiedad Rasgo y

Estado (IDARE), Inventario de Depresión como Rasgo y Estado (IDERE), Modo de Afrontamiento a la enfermedad.

El análisis estadístico de la información se realizó en la base de datos del paquete estadístico SPSS. Se utilizó la frecuencia y el por ciento. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información. Se utilizó el consentimiento informado de los pacientes y de la institución para la realización de la investigación y para la consiguiente aplicación de los instrumentos seleccionados para estos fines.

Resultados:

Tabla 1: Distribución de las gestantes diabéticas según la edad.

Variables		NO.	%
Edad	<u>21 – 30</u>	<u>18</u>	<u>45</u>
	31 – 40	16	40
	+40	6	15
Planificación del embarazo	Planificado	17	42.5
	No planificado	23	57.5
Escolaridad	- 12 grado	28	70
	+ 12 grado	12	30
Ocupación	Obrera	2	5
	Técnicas	8	20
	Profesional	12	30
	<u>Ama de casa</u>	<u>18</u>	<u>45</u>
Estado civil	Casada	6	15
	<u>Unión consensual</u>	<u>31</u>	<u>77.5</u>
	Divorciada	3	7.5
Procedencia	<u>Rural</u>	<u>23</u>	<u>57.5</u>
	Urbana	17	42.5

-Fuente: Formulario de características socio demográficas y de salud reproductiva.

N: 40

La tabla #1 muestra las características socio- demográficas de los pacientes de estudio. Prevalece el grupo etario de 21.-30 años (45%). Predominan las mujeres que no planificaron su embarazo con un **57.5%**. En cuanto a la escolaridad prevalecen los de mayor nivel escolar (70%), así como en la ocupación las amas de casa con un 45%. Según el estado civil predominan las mujeres con unión consensual con un (77,5%). La procedencia que predominó es la rural (57.5%).

2: Distribución de las gestantes diabéticas según el nivel de ansiedad.

Según el test Inventario de Ansiedad como rasgo-estado. IDare. El mayor porcentaje de las pacientes muestran niveles altos de ansiedad como estado y rasgo.

3: Distribución de las gestantes diabéticas según el nivel de depresión.

Según los datos obtenidos de la técnica, Inventario de Depresión como rasgo-estado. IDERE. Se determina la existencia de un predominio de los niveles altos de depresión como estado y medios como rasgo.

4: Distribución de las gestantes diabéticas según Modos de afrontamiento a la enfermedad.

Según los resultados del Cuestionario afrontamiento a la enfermedad.

Los modos de afrontamiento a la enfermedad más utilizados fueron la negación optimista y la información relevantes.

5: Distribución de las gestantes diabéticas según los Modos de afrontamiento a la enfermedad y el nivel de ansiedad.

En el análisis de las técnicas Inventario de Ansiedad como rasgo-estado. IDARE. Cuestionario de afrontamiento a la enfermedad, se detecta que las gestantes diabéticas que utilizan como modos de afrontamiento la información relevante presentan niveles medios de ansiedad como estado y las que utilizan la somatización presentan niveles altos de ansiedad como rasgo, no existiendo marcada diferencia con las que utilizaron la negación optimista como modos de afrontamiento a la enfermedad.

6: Distribución de las gestantes diabéticas según los Modos de afrontamiento a la enfermedad y el nivel de depresión.

Tras el análisis de la correlación entre Inventario de Depresión como rasgo-estado. IDERE.

Cuestionario de afrontamiento a la enfermedad. Se establece que las gestantes que utilizaron la negación optimista como modo de afrontamiento presentan niveles altos de depresión como estado-rasgo y las que utilizan la información relevante presentan en niveles media depresión como rasgo.

Resultados:

La Diabetes gestacional es una de las enfermedades más frecuentes en el embarazo con gran repercusión psicosocial en las mujeres que la padecen. En este estudio se trabajó con un total de 40 pacientes predominando el grupo de edades entre 21-30 años de edad, lo que representa el 45% de la muestra estudiada. Algunos de los estudios revisados coinciden con el dato anterior, dentro de los cuales se encuentran: la investigación realizada en el Hospital Universitario Ángel Larralde. Venezuela, en la cual se consideró una muestra de 236 embarazadas con diabetes gestacional, por Díaz, en el periodo de junio-agosto 2013. (Díaz, et.al, 2013.) También se coincidió con una investigación realizada en el hospital "Gustavo Aldereguia Lima" de la provincia de Cienfuegos, por Ortega en el año 2011 Se considera que el dato obtenido puede estar relacionado con la etapa de la vida en que se encuentra atravesando la mujer en ese momento, la cual favorece a la búsqueda de la creación de una familia y la estabilidad familiar. (5)

Con relación al lugar de residencia se obtuvo como dato que predomina la de origen rural, representando el 57.5%, datos que coincidieron con el estudio provincial realizado en el hospital "Gustavo Aldereguia Lima" de la provincia de Cienfuegos, por Ortega en el año 2011(6)

Respecto al nivel escolar hubo un predominio del pre-universitario lo que representa el 50%, dicho dato no se pudo comparar con otros estudios debido a que en la literatura revisada no se hace frecuente encontrar análisis de factores educacionales y embarazo. (7)

En la investigación hubo un predominio de la categoría ama de casa con un 45%, dato que no coincidió con un estudio provincial realizado en el hospital Gustavo Aldereguia Lima de Cienfuegos, por Ortega en el año 2011, en el cual predominó la ocupación trabajadora.(6.) Consideramos que esto es contradictorio debido a que en nuestra sociedad se ha visto un incremento laboral de la mujer empleada con la apertura que ha tenido el ámbito laboral respecto a la mujer.

En el estado civil resalta la unión consensual con un 77.5% resultado que combinaron con estudios.

Según la planificación del embarazo hubo un predominio de la no planificación del mismo con un 57.5%, Otros estudios revisados coinciden con el dato anterior, dentro de los cuales se encuentran: un estudio internacional realizado en la maternidad municipal de Brazil. (8)

Con lo que respecta a la ansiedad, en la investigación se obtuvo que ambos tipos de ansiedad (rasgo y estado) presentan niveles altos. Se considera que esto tiene relación con las condiciones en las que se encuentran las gestantes, ya que están hospitalizadas, alejadas de su familia e hijos, expensas de resultados médicos sin saber cuál va a ser el final. Además, como se ha señalado la mayoría de las

gestantes se encuentran en el tercer trimestre del embarazo donde aparecen una serie de preocupaciones relacionadas con el término del mismo y la venida del futuro hijo. (8,9)

Con respecto a la depresión resultó que las gestantes presentan depresión como estado alto y como rasgo medio. La autora considera que esto puede estar relacionado con la tensión y preocupación que genera tener asociada al embarazo una enfermedad que constituye un peligro para la vida de ella y la del bebé que está por nacer. Muchos han sido los investigadores que se dedican al tema refieren que este fenómeno se manifiesta de igual manera como el realizado en el hospital "Gustavo Aldereguia Lima" de la provincia de Cienfuegos, realizado por Ortega. (6)

Las diabéticas gestacionales tienden a adoptar modos de afrontamiento como la negación optimista y la información relevante, lo que no se pudo comparar con otros estudios en pacientes con diabetes gestacional ya que en la literatura revisada no se encontraron trabajos que hayan abordado este tema. Aunque sí existen estudios relacionados con otros tipos de enfermedades como es el realizado por Hernández en el Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau", que trabajan cáncer de cabeza y de cuello, dando como resultado que los pacientes utilizan la información relevante y negación optimista como estilo de afrontamiento a la enfermedad.(9,10).

El modo de afrontamiento información relevante es asumido por estas gestantes a partir de su estancia hospitalaria debido a que el personal médico (doctores, enfermeras y psicólogos) les proporcionan información tanto verbal como digital o escrita, esto les posibilita conocer acerca de su padecimiento. Además se debe tener en cuenta que entre las mismas pacientes se transmiten sus experiencias personales y conocimiento sobre su enfermedad.(5,7)

Se considera que los pacientes que utilizan como modo de afrontamiento la somatización presentan niveles altos de ansiedad como rasgo. Esto puede estar producido porque las pacientes al somatizar con respecto a su situación experimentan y expresan malestar emocional, por lo que esto les ocasiona que presenten elevados niveles de ansiedad.

Las pacientes que utilizan como modo de afrontamiento la negación optimista presentan niveles altos de depresión como estado y rasgo para un 17.5 %. La autora de este trabajo considera que las personas que hacen uso de este tipo de modo de afrontamiento presentan en mayor medida esfuerzos por negar o minimizar la situación y sus consecuencias, pues esto les puede causar que dichos tipos de depresión lleguen a estos niveles. (12)

Por lo anterior expuesto los autores de este trabajo refiere que los resultados anteriores no se pueden comparar con otras investigaciones, debido a que en la literatura ampliamente revisada no se encontraron estudios relacionado con este tema. Por lo que constato que este aspecto le da un valor novedoso a la investigación.

Conclusiones:

- Se presentaron características similares a la generalidad de las mujeres embarazadas con respecto a los aspectos sociodemográficos y de salud reproductiva: según el grupo de edades predominan las pacientes entre 21 y 30 años, en su mayoría amas de casa, residencia rural, con un nivel de escolaridad pre-universitario, el embarazo de dichas gestantes no fue planificado.
- La ansiedad y depresión se encuentran altas, derivado de las exigencias así como el rigor planteado para su beneficio, lo cual conlleva un cambio en el estilo de vida relacionados con el seguimiento de la dieta y la hospitalización continuada que provoca la separación de la familia.
- Los modos de afrontamiento a la enfermedad más utilizados son la negación optimista y la información relevante presentándose como recursos psicológicos positivos para adaptarse a su situación de salud actual, lo que les permite cumplir con los requerimientos necesarios como la dieta, y demás indicaciones que facilitan la adecuada adherencia terapéutica.
- De manera general los modos de afrontamiento información relevante, negación optimista y somatización fundamentalmente se intervenculan con la ansiedad y la depresión tanto rasgo como estado en niveles altos y medios, ya que el embarazo en estas pacientes supuestamente debía transcurrir como un proceso natural, fisiológico se ve permeado por la aparición de esta enfermedad.

Bibliografía:

- Aritio Gómez., S., Galicia Rodríguez, L., & Martínez González, L. Estrategia de afrontamiento a la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida, (2010).
- Álvarez Zapata, D., Valdés Amador, L., Santana Bacallao, O., & Lugo Alonso, JEI exceso y el bajo peso corporal al nacimiento en hijos de madres con diabetes gestacional. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. (2012).
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, Depresión y ansiedad en embarazadas, Retrieved from <http://www.scielo.org.ve/scielo>. . (2013).
- Bail Pupko, V., & Azzollini, S. (n.d.). Actitudes, Afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo2. *Rev Argent Salud Pública*. (2012).
- Belmar, C., Salinas, P., Bescker, J., Abarzúa, F., Olmos, P., & Oyarzún, E. (n.d.). Incidencia de Diabetes Gestacional según distintos métodos diagnósticos y sus implicaciones clínicas. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/>
- Ortega Bermúdez, Y., Méndez Peña, T., & Pomares Avalos, A Características psicológicas y sociales en gestantes hospitalizadas portadoras de Diabetes Mellitus. (2011).
- Casas Lay, Y., Sánchez Salcedo, M., & Álvarez Rodríguez, J. M. Algunas variables epidemiológicas en pacientes con diabetes mellitus gestacional. Retrieved from <http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40> (2012).
- Elgueta V, P. Diagnóstico del Embarazo. *Ginecología Y Obstetricia.*, 42(3). Retrieved from /www.ecured.cu
- Estrés y ansiedad. (n.d.). Retrieved from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/>(1996).
- González, F. *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas. . (2007).
- López, L. *Compendio de instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas. (2010).
- Malpica Alonso, E., Pérez Silva, M., & Garcia Malpica, K. Diabetes Mellitus y embarazo. Revisión Bibliográfica. Retrieved from <http://www.revmatanzas.sld.cu> (2013).
- Marrero Pérez, Y., & Verdecia Silva, E Infertilidad-y-estres-estilos-de-afrontamiento-en-parejas-en-tratamientos-de-reproduccion-asistida. Retrieved from <http://www.hvil.sld.cu/noticias>. (2014).
- Núñez D *Las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en los pacientes atendidos en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés*. Universidad Central del Ecuador: Retrieved from www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1682. (2012).
- Núñez de Villavicencio, F., Jordán Maspns, A., Pradera Campos, E., Ruíz Rodríguez, G., Gozá León, J., & Neyra Fernández, M. *Psicología Médica*. La Habana: Pueblo y Educación. (2001).

Aplicación de Medicina natural y tradicional en el adulto mayor. Cienfuegos 2017

Natural and traditional Medicina's application in the adult principal. Cienfuegos 2017

Autores:

Aitana González Padrón. Correo electrónico: postgradof8502@ucm.cfg.sld.cu, Cuba.
Estudiante de 1er año Licenciatura de Enfermería.

Roxana Padrón Rodríguez. Cuba. Estudiante de 1er año Licenciatura de Enfermería.

Nisleya Fátima Martínez Mejías. Cuba. Estudiante de 1er año Licenciatura de Enfermería.

Resumen:

El envejecimiento poblacional se ha convertido en un creciente problema para la atención de salud y requiere la búsqueda de alternativas terapéuticas para lograr una calidad de vida y una de ellas es incorporar el uso de la Medicina Natural y Tradicional. Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar los principales tratamientos de Medicina Natural y Tradicional (MNT) utilizados en la atención de enfermería al adulto mayor. Resulta de gran importancia para prevenir problemas de salud y para aplicar una rápida intervención terapéutica tan pronto se detecten las enfermedades, sean estas sintomáticas o no. Para ello se consultó un total de 36 fuentes bibliográficas, entre ellos artículos de revistas científicas, libros y otras accedidas a través de los principales gestores de la red informática.

Palabras clave: Anciano, adulto mayor, enfermería, medicina natural y tradicional.

ABSTRACT

The aging the poblacional has become an increasing problem for the attention of health and it requires the quest of therapeutic alternatives to achieve a quality of life and it is an one belonging to them to incorporate the use of The Natural medicine and Tradicional. He accomplished a bibliographic revision for the sake of identifying Medicina Natural's principal treatments and Tradicional (MNT) utilized in the nursing attention to the adult principal. It proves to be of vital importance in order to prevent problems of health and to apply a fast therapeutic intervention so ready detect him the illnesses, be these symptomatic or no. For it consulted to him a total of 37 bibliographic sources, among themselves acceded goods of scientific magazines, books and others through the principal managers of the information-technology net.

Key words:

Ancient, adult principal, infirmary, natural and traditional medicine.

Introducción:

Uno de los problemas demográficos actuales de mayor relevancia, tanto mundial como nacional, es el envejecimiento poblacional. Es una realidad visible que impone retos al sistema de salud y que hace encaminar el trabajo a identificar y trabajar con aquellos factores que posibiliten agregar más calidad de vida a estas personas que se encuentran en la tercera edad, etapa donde se hacen de por sí más vulnerables.¹

En América Latina el envejecimiento va a ritmo acelerado y aparece unido a procesos de urbanización y globalización, que han sido asociados a un incremento de la inactividad física, lo cual contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, que representan la principal causa de muerte.^{2,3}

Cuba es ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población. Su proporción de ancianos es superior a la de los países subdesarrollados y para el año 2030 el envejecimiento que hoy es de un 19 %, será de un 30,3 %. Ya en el 2050 estas cifras podrían alcanzar hasta un 36,5 %.⁴

Cuba es un país con característica de transición demográfica avanzada; al cierre del 2005, la población cubana, en términos de envejecimiento, alcanzó un 15,8 % de personas de 60 años y más (1,7 millones), y se encontró un mayor envejecimiento en las provincias occidentales (excluyendo Pinar del Río) y centrales, y un menor envejecimiento en las orientales, lo que se encuentra estrechamente relacionado con los niveles de fecundidad y mortalidad de los territorios.

Las provincias más envejecidas continúan siendo Villa Clara (19,0 % de personas de 60 años y más) y Ciudad de La Habana (18,1 %), y la menos envejecida es Guantánamo (12,7 %).⁵

El envejecimiento poblacional es definido como el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada.^{2,3}

El envejecimiento se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida.^{6,7}

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable, evolutivo y gradual, con el que se enfrentan una serie de desafíos en todos los órdenes: el cuidado, la conservación de la salud y la funcionalidad, condicionan la forma en cómo se envejece, aparejado a la acción conjunta de varias causas que involucran condiciones sociales, políticas, económicas, psicológicas, ecológicas, afectivas, espirituales y biológicas, con las que los ancianos se relacionan, participan, ejercen, disfrutan; o en ocasiones se les discrimina, excluyen, vulneran y lastiman, por lo que no se puede ver como una enfermedad ni un error evolutivo, sino como un proceso multidimensional, que debe entender al anciano en el marco de un contexto sociocultural, antropológico, familiar, económico y jurídico en un momento histórico determinado y con una historia de vida personal.⁸

El envejecimiento de la población se considera uno de los logros más importantes de la humanidad, éste se produce de forma paulatina y en él intervienen la fecundidad, la

mortalidad y las migraciones, variables que en acción combinada en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población. Se ha definido, desde el punto de vista demográfico, como el aumento en la proporción de personas de edad avanzada con relación al resto de la población. Sin embargo, se ha considerado la importancia de definirlo también como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno no es solamente un aumento de la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes entre 0 y 14 años.⁹

La medicina natural, o naturismo, es un método curativo que utiliza múltiples medios naturales para permitir que el individuo adquiera un nivel máximo de salud.¹⁰

La medicina natural y tradicional forma parte del acervo cultural de la humanidad, y se ha desarrollado en muchos países con características propias, en franca tendencia a los recursos disponibles en ellos, sobre la base, además, de la idiosincrasia de sus habitantes; por tanto, es el resultado de una evolución lenta, pero avalada por la experiencia práctica.¹¹

Durante muchos años los seres humanos han utilizado las plantas para tratar las irritaciones de la piel, las heridas, las picaduras de insectos y las mordeduras de víboras. Asimismo, sus inicios en Grecia se dieron con el carácter mitológico personificado, primero en Apolo y después en Esculapio y su hijo.¹⁰

Como se ha podido evidenciar, en todas las épocas referidas la medicina ha gozado de una gran tendencia naturista, imprimida por los fundadores de cada escuela, como figura prima en el desarrollo de esta ciencia a lo largo de los años.^{12, 13}

Objetivo

Identificar los principales tratamientos de Medicina Natural y Tradicional (MNT) utilizados en la atención de enfermería al adulto mayor.

Desarrollo

En Cuba se conformó una tradición propia en el uso de las plantas medicinales, que alcanzó su máxima expresión en la persona del ilustre sabio Juan Tomás Roig Mesa.

En el año 1991 el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz orientó iniciar en el país un programa que incluyera el uso científico de las plantas medicinales conocidas, así como su elaboración por la naciente y pujante industria farmacéutica, y que se tomara como experiencia el retorno al empleo de la medicina natural y tradicional, que tiene lugar con más fuerza en los países industrializados.¹⁰

Los métodos empleados por la MNT son terapéuticos, económicos e inoctrinos, cuando son utilizados correctamente y no requieren medicamentos; también son eficaces y de fácil aplicación en aquellas afecciones donde el dolor es el síntoma fundamental y en los trastornos psicosomáticos que están influenciados por factores psicosociales.¹⁴

La Medicina Natural y Tradicional (MNT), a pesar de su denominación, es una corriente de pensamiento y de actuación terapéutica que alberga muy diversas expresiones

concretas, muchas de ellas provenientes de culturas ancestrales o relativamente antiguas, y otras mucho más recientes o que no responden a tradición alguna. Unas apelan a recursos enteramente naturales y otras a medios de alto nivel tecnológico.¹⁵

En el presente siglo, cada día más personas envejecen y rebasan la frontera cronológica de los 60 años; se espera que el planeta logre cuadruplicar su población de avanzada edad en los próximos cincuenta años. Actualmente, una de cada 10 personas es mayor de 60 años, pero en el 2050 esta proporción aumentará a una de cada cinco.¹⁶

Se estima que Cuba sea la nación más envejecida de América Latina para el 2025, lo cual denota aumento en la expectativa de vida, envejecimiento poblacional y un incremento relativo de las enfermedades asociadas a esta etapa de la vida.⁸

Dada la importancia actual y futura del envejecimiento de la población, la atención sanitaria a las personas mayores constituye uno de los retos más apremiantes en las próximas décadas.^{17, 18}

En una sociedad donde aumenta el número de personas que pasan de los 60 años, se precisa fomentar una cultura gerontológica entre la población y aumentar el conocimiento sobre sus características al considerar que la sociedad deberá adaptarse a las necesidades y exigencias de este grupo poblacional que en un período no muy lejano constituirá de forma mayoritaria la población futura.¹⁹

La vejez va acompañada inevitablemente de una serie de pérdidas: de autosuficiencia, económicas, afectivas y de compañía, en la capacidad física y mental, disminución de la capacidad de comunicación, influyendo negativamente en el Adulto Mayor. La bibliografía gerontológica demuestra como el entorno social es importante para el equilibrio psicosocial, lo que beneficia el aspecto físico del ser humano, principalmente del Adulto Mayor,²⁰ además de enfatizar que el entorno social es importante para su equilibrio psicológico, beneficiando su sistema físico.^{21, 22}

En Cuba se implementa el Programa de Atención al Adulto Mayor, que en su subprograma de atención comunitaria desarrolla acciones encaminadas a la atención integral al anciano con el objetivo de mantenerlos activos en el seno de la comunidad e integrarlos a esta.²³

Teniendo en cuenta el arsenal de afecciones frecuentes en la edad geriátrica y los efectos adversos, contraindicaciones, complicaciones que ocasionan las terapéuticas medicamentosas, tenemos la posibilidad de utilizar métodos terapéuticos antiguos que se conocen como: moxibustión, herboraria, digitupuntura de fácil aplicación, prácticamente exenta de reacciones adversas y complicaciones.^{2, 8}

Estos métodos de tratamiento efectivo en edad geriátrica se muestran en diferentes investigaciones clínicas bien controladas que son terapéuticas sencillas, económicas capaces de atenuar o suprimir síntomas, signos o afecciones como catarro común, insomnio, hipertensión arterial, constipación, artralgia, depresión, entre otros;

reduciendo el consumo de medicamentos o la utilización de otros métodos más sofisticados que reportan numerosos efectos adversos para el organismo, decidiendo realizar este estudio para ampliar los conocimientos de la efectividad de esta terapéutica en afecciones del adulto mayor.¹⁹

Con referencia a lo anterior, la mayor parte de las prescripciones farmacológicas se realizan a los ancianos, debido a los factores de riesgo y enfermedades crónicas que en ellos concomitan, y a la presencia de deterioro biológico y aumento de los problemas de salud, como resultado de la interacción de los factores genéticos y ambientales, los hábitos alimentarios, la actividad física y algunas afecciones, como trastornos psiquiátricos propios de la edad, demencia, cuadros confusionales, y también trastornos mentales de inicio habitual, como la depresión, los trastornos adaptativos y de ansiedad, o incluso, problemas de consumo de sustancias, como el alcohol, o de abuso de benzodiazepinas.^{23, 24}

Así, el uso de las medicinas alternativas se difunde en la población cubana y la comunidad científica y médica, mediante actividades de promoción, con lo cual se demuestran las ventajas en el tratamiento del adulto mayor, como alternativa ante el consumo de fármacos y psicofármacos en particular.²⁵

En las últimas décadas los procederes de la medicina natural y tradicional se han abierto paso en muchos países contra ciertas enfermedades resistentes a los tratamientos convencionales y han ofrecido resultados sorprendentes.²⁶

La homeopatía ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de diversas enfermedades, poniendo a disposición de los pacientes un procedimiento con mínimos efectos secundarios, además de constituir un nuevo camino en la investigación médica. Se practica en todo el mundo y se calcula que aproximadamente quinientos millones de personas reciben estos tratamientos.^{27, 28}

El tratamiento de la ansiedad con psicofármacos de acción ansiolítica es ampliamente utilizado en el mundo actual, pero tiene efectos secundarios, como causar dependencia y producir depresión al ingerir las primeras dosis.^{29, 30}

Aunque las terapias para la depresión son muchas, en la consulta se utiliza primero la MNT, basado en el principio de evitar polifarmacia y los efectos secundarios de la utilización de los antidepresivos tricíclicos. La aplicación de la auriculopuntura ha persistido, sin la menor interrupción, durante más de 5 mil años, porque es un método eficaz y con un mínimo de riesgo para las pacientes, a través del cual se diagnostican y tratan diversas enfermedades o afecciones, utilizando los puntos de reacción que se encuentran en las orejas.³¹

Tanto el conocimiento como la aplicación de la medicina alternativa, mostraron un aumento, con predominio de la medicina homeopática y disminución de la dependencia en el uso de fármacos; esto se ve reflejado en las investigaciones realizadas en los centros de atención de salud en las distintas regiones de Cuba.³²

En el estudio realizado por la Dra. Tamara Guevara de León y colaboradores en 120 pacientes del Policlínico Docente Comunitario “José R. León” de Villa Clara encontró: el 49,1 % de los encuestados (59) existió polifarmacia, o sea, consumían cuatro o más medicamentos de forma permanente. Partiendo de los resultados obtenidos, se puede inferir que entre el 40 % y el 58 % de la población presentan polifarmacia, con un intervalo de confianza del 95 %. El mayor uso de fármacos estuvo presente en 24 pacientes (20%) con cinco medicamentos.³³

Al relacionar la polifarmacia con la edad, se pudo observar que de los 59 ancianos que consumían cuatro o más medicamentos, la mayoría pertenecía al subgrupo de 70 a 79 años, lo que representa un 51 %, seguido de los grupos de 80 a 89 años para un 25 %, y, finalmente, un 22 % en las edades de 60 a 69 años.

Entre las enfermedades crónicas y la polifarmacia se establece una relación altamente significativa, con un valor de probabilidad menor de 0,0001. De un total de 59 adultos mayores que consumían cuatro o más medicamentos a la vez, es notoria la hipertensión arterial en 34 pacientes (57,6 %), las alteraciones osteomioarticulares con 25 (42,3 %) y los trastornos visuales con 21 (35,5 %). Aquí también influye la asociación de varias enfermedades en un mismo paciente; por ejemplo, se encontró a 53 ancianos que además de padecer de hipertensión arterial tenían asociadas dos o más enfermedades. Se destacan la asociación de hipertensión arterial con afecciones del sistema osteomioarticular en 18 pacientes (52,9 %), con cardiopatía isquémica en 15 (44,1 %) y con enfermedades psiquiátricas en 9 (26,4 %), lo cual contribuye al uso de varios medicamentos.³³

En la muestra estudiada existió un uso indiscriminado de medicamentos, que puede deberse a múltiples factores, ya que unido a la pluripatología característica en estas edades, hay una orientación inadecuada del tratamiento, porque los ancianos, frecuentemente, quieren que los síntomas propios del envejecimiento o de las enfermedades asociadas a este sean tratados mediante fármacos, y el médico casi siempre cede a estas expectativas. Además la poca utilización de medidas alternativas, como son la terapia física y la medicina tradicional.³³

Se considera polifarmacia cuando un individuo utiliza cuatro o más medicamentos y constituye, junto con el delirio, las demencias, las caídas, la inmovilidad y la incontinencia, uno de los grandes retos para la geriatría de estos tiempos. Actualmente, se encuentra dentro de los criterios aceptados categóricamente de fragilidad en los ancianos.³⁴

Debe aumentarse la consejería de la medicina natural a los adultos mayores con el objetivo de disminuir la polifarmacia y así las reacciones que esta pueden producir, siendo la medicina natural una terapia sin riesgos.

Otra experiencia fue la intervención terapéutica en 522 adultos mayores, pertenecientes al área de salud de Matías en el municipio de III Frente de la provincia de Santiago de Cuba, desde febrero del 2012 hasta marzo del 2013, a fin de evaluar el impacto de las acciones dependientes e independientes de enfermería para la aplicación de la

medicina natural y tradicional en afectados con artrosis, sacro lumbalgia, contracción muscular, obesidad y ansiedad.³⁵

Al comparar ambos sexos, el subgrupo más afectado resultó ser el de las féminas de 60-65 años; este resultado coincide con el de otro autor que refiere mayor vulnerabilidad en la mujer para padecer de estas afecciones después de los 45 años.³⁶ Independientemente del tiempo de seguimiento, 515 adultos mayores (98,6 %) respondieron de forma satisfactoria al tratamiento, lo que demuestra que la aplicación de la medicina natural y tradicional es una técnica terapéutica efectiva para tratar afecciones, tales como artrosis, sacro lumbalgia, contracción muscular, obesidad y ansiedad.³⁵

De igual forma un estudio de intervención, cuasi-experimental, con 50 ancianos pertenecientes al área de salud No. 5 de Tulipán, en Cienfuegos, que formaron parte del proyecto bioenergético comunitario Ne Jigo Zen Do, desde septiembre del 2012 hasta junio del 2014, a fin de determinar la influencia de la medicina bioenergética en los cambios de estilos de vida, para lo cual se evaluaron algunas variables antes y después de la intervención, tales como el consumo de medicamentos, la práctica de ejercicios, el nivel de depresión, por citar algunas. Entre los resultados fundamentales se destacaron el sexo femenino, el grupo etario de 65 a 69 años y las afecciones del sistema osteomioarticular. Después de aplicado el proyecto en los pacientes, se obtuvo una ejercitación sistemática y se incrementó el conocimiento y el uso de la medicina natural; asimismo, 72,0 % no presentaba depresión, 70,0 % mostró atención normal y 84,0 % nivel de memoria normal. Finalmente, 90 % de la serie manifestó una máxima satisfacción con los cambios, de modo que se pudo concluir que el proyecto bioenergético repercutió positivamente en los estilos de vida del adulto mayor.³²

Los profesionales de la salud, entre ellos el enfermero, deben participar y preocuparse en conocer las diferentes realidades en las que vive el adulto mayor con el fin de promover el cambio y favorecer el acceso a los servicios de salud.

Conclusiones:

La Medicina Natural y Tradicional en el adulto mayor ha formado parte del acervo cultural de la humanidad. Las necesidades y demandas de los adultos mayores asumen categorías superiores y las respuestas tradicionales resultan insuficientes. Entre los principales tratamientos están: la acupuntura, digitopuntura, ventosas, moxibustión, homeopatía, fangoterapia, otras técnicas rehabilitadoras y el consumo de plantas naturales. En fin la vejez es un proceso que puede no ser aceptado, pero es natural e inevitable y asociado a la Medicina Natural y Tradicional contribuyen a una mejor calidad de vida y proporciona una actuación de enfermería independiente.

Referencias bibliográficas:

1. Herrera Santí PM, Martínez García N, Navarrete Ribalta C. Intervención comunitaria

- para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr vol.31 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2015. [citado 14 octub 2017];[aprox. 8 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400005&nrm=iso
2. Anuario Estadístico de Cuba. Biblioteca Virtual en Salud en Cuba. Ministerio de Salud Pública; 2015. [actualizado 22 Abr 2016; citado 23 oct 2017]. Población media y densidad de población según grupo de edad y provincia. 2015; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>.
 3. Llanes Betancourt C. Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Enfermer [Internet]. Sep 2007 [citado 23 oct 2017]; 23(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300006&lng=es
 4. Vega Restrepo T. Evaluación funcional de los ancianos. II Parte. Rev Geriátrica. 2013 [citado 23 oct 2017];12(2):31-4.
 5. Gericuba, Actualidad [Internet]. La Habana: MINSAP; [citado el 14 octub de 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/verpost.php?blog=http://articulos.sld.cu/gericuba&post_id=1504&c=18434&tipo=2&idblog=90&p=1&n=day
 6. Duque Ortiz J, Gorrita Pérez RR, Gorrita Pérez Y. Diferentes factores de riesgo y accidentes domésticos en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd. 2010 [citado 7 oct 2017]; 16(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol16210/hab03210.pdf>.
 7. De la Torre Fernández R, Bouza Cabrera L, Cabrera Parra Y, Báster Fernández N, Zaldívar Velázquez Y. Programa educativo para elevar la calidad de vida en el adulto mayor. Correo Científico Médico. 2012 [citado 7 oct 2017]; 16(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/599/112>
 8. Arcia Arcia LI. Demografía y salud: apuntes para una conferencia. Rev haban cienc méd [Internet]. Nov 2009 [citado 23 oct 2017];8(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400019&lng=e
 9. Álvarez Sintés. Atención al Adulto Mayor. En: Álvarez Sintés. Medicina General Integral. Vol. 2 Salud y Medicina. 3ra ed. La Habana: Ecimed; 2014. p. 488-91
 10. Pascual Casamayor D, Pérez Campos YE, Morales Guerrero I, Castellanos Coloma I, González Heredia E. Algunas consideraciones sobre el surgimiento y la evolución de la medicina natural y tradicional. MEDISAN [Internet]. 2014 Oct [citado 8 oct 2017]; 18(10):1467-1474. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000019&lng=es.
 11. Cardozo EI, Pardi G, Perrone M, Salazar E. Estudio de la eficacia del miconazol tópico (Daktarin[®] jalea oral) en pacientes con estomatitis sub-protésica inducida por candida. Acta Odontol Venez. 2001 [citado 17 oct 2017]; 39(3). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/3/estudio_de_la_eficacia_miconazol_topico.asp
 12. Rodríguez González H, Hechavarría Sosa I. Efectos estimulantes del crecimiento de extractos acuosos de plantas medicinales y gel de Aloe vera (L.) N.L. Burm. Rev Cubana Plant Med. 2004 [citado 7 Nov 2017]; 9(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/pla/vol9_2_04/pla06204.htm

13. Yorkis Trincado A. Historia de la medicina natural [citado 29 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-medicina-natural/a-historia-natural.html>
14. Venes D. Diccionario enciclopédico Taber de ciencias de la salud. Madrid: DAE;2007.
15. Rojas Ochoa F, Silva Ayçaguer LC, Sansó Soberats FJ, Alonso Galbán P. Debate on the natural and traditional medicine and its implications for the public health. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 Mar [citado 2018 Abr 30]; 39(1): 107-123. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100010&lng=es.
16. Oropesa Pupo D, González Morales M, Calero González LM. Reacciones medicamentosas adversas frecuentes en el anciano. Correo Cient Méd Holguín [Internet]. 2004 [citado el 14 octub de 2017];8(2):[aprox.12 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no82/n82rev1.htm>
17. Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). Colectivo de autores. Centenarios en Cuba. Los secretos de la longevidad. La Habana: Centro Félix Varela; 2012.
18. Colectivo de autores. Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas. SABE: Resumen ejecutivo [en línea]. La Habana; 2000-2003 [citado 14 oct 2017]. p. 1-57. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/salud_bienestar_y_envejecimiento.pdf
19. Miranda Ramos MA. Perspectiva del envejecimiento en Cuba. AMC [Internet]. 2016 Jun [citado 29 nov 2017] ; 20 (3): 228-230. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300001&lng=es
20. Rodríguez A, Álvarez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector de la salud. Rev. Cub. Salud Pública. 2006 [citado 8 oct 2017];32(2):178-82. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34>
21. Díaz BE, Martínez Lozano AJ, Núñez Rodríguez V. Características biopsicosociales en una población anciana. Rev Cubana Enfermer. 2008 [citado 4 nov 2017];19(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-03192003000300007&script=sci_arttext
22. Moreno Navarro JT, Fong Estrada A, Martínez López R, Ciudad Díaz OL. Caracterización de adultos mayores hospitalizados con lesiones traumáticas osteomioarticulares. MEDISAN. 2011 [citado 26 oct 2017];15(7):909-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000700005&lng=es662006000200013&script=sci_arttext&tlng=en
23. Roig Hechavarría C, Ávila Fernández E, Mac Donal Bron D, Ávila Fernández B .La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. Rev Cubana Med Gen Integr vol.31 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300009&nrm=iso
24. Roqué-Sánchez MV, Gonzalvo Cirac M. Demografía, población vulnerable y bioética. Pers bioét [Internet]. Jul 2015 [citado 23 oct 2017];19(2):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222015000200005&lng=pt
25. López Calleja Hiort Lorenzen C, Morejón Seijas B. Envejecimiento demográfico y migración interna de personas con 60 años y más de edad en Cuba y países de

- América Latina. PSM [Internet]. Jan-Jul 2015 [citado 23 oct 2017];12(2):[aprox. 27 p.]. Disponible em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012015000100001&lng=pt
26. Constatantini D, Tomasello C, Buonapare CE, Sances D, Marandola M, Delogun G. Treatment of trigeminal Neuralgia with electroacupuncture. Experience with 104 cases. *Ann Hal Chin* 1995;66(3):373-8.
 27. El medicamento homeopático y su teoría de aplicación. Buenos Aires: Instituto Hannemanniano Internacional; S.A; 2006 [citado 11 nov 2017]. Disponible en: www.escuela-homeopatica.com.ar
 28. Reyes C, Lucio MJ. La homeopatía. Madrid: Editorial Libsa, S.A.; 1996.
 29. Pérez DR y Martín CM. La ansiedad y sus trastornos en el adulto mayor. En: Riquelme Martín A, Ortigosa Guiles MJ, Martín Carbonell M comp. *Manual de Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Académicas; 2010. p. 355-74.
 30. Serra Urra M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. *Rev Haban Cienc Méd [revista en internet]*. 2013 [citado 15 nov 2017]; 12(1). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016&lng=es&nrm=iso
 31. Rodríguez Blanco L, Sotolongo Arró O, Luberta Noy G, Calvo Rodríguez M. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2013 Mar [citado 2017 Nov 08]; 29(1): 64-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100009&lng=es
 32. Valdés Gómez Y, Irizar Hernández JL, Jiménez Salazar D, Delgado Guerra A. Influencia del proyecto bioenergético Ne Jigo Zen Do en adultos mayores. *MEDISAN vol.20 no.1 Santiago de Cuba ene.-ene. 2016* [citado 14 octub 2017] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192016000100009&script=sci_arttext&lng=en
 33. Guevara de León T, Nepomuceno Padilla NL, Hernández Trimiño O. Polifarmacia en el adulto mayor. *Medicentro* 2010;14(2) [citado 14 octub 2017];[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medicentro.vcl.sld.cu/pdf/Sumario/Ano%202010/v14n2a10/003polifarmacia57.pdf>
 34. Martínez Querol C, Pérez Martínez V, Carballo Pérez M, Larrondo Viera J. Polifarmacia en los adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2005 [citado el 11 oct 2017];21(1-2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100012&lng=es&nrm=iso&lng=es#autor
 35. Atiñol Torres E, Sencio Zaldivar V, León Garbey JL, Cedeño Suárez L, Cabrera Mariño T. Acciones de enfermería para la aplicación de la medicina natural y tradicional en adultos mayores *MEDISAN* 2014; 18(2):228
 36. García Macgregor E. Devenir histórico de la osteoartrosis. En: Quintero M, Monfort J, Mitrovic DR. *Osteoartrosis: biología, fisiopatología, clínica y tratamiento*. Madrid: Panamericana; 2010. p. 85-7.

TÍTULO. APRENDER A APRENDER, HABILIDAD INDISPENSABLE EN LA EDUCACIÓN MÉDICA.

Autores: MsC. Yolanda Cabrera Macías psicologia6002@ucm.cfg.sld.cu Universidad Médica de Cienfuegos Cuba, Ing. Ernesto José López González asesorf@ucm.cfg.sld.cu Universidad Médica de Cienfuegos Cuba, Ernesto López Cabrera medlce941017@ucm.cfg.sld.cu Universidad Médica de Cienfuegos Cuba, Estudiante 5to Medicina, Anaily Puerto Becerra medpba@ucm.cfg.sld.cu Universidad Médica de Cienfuegos Cuba, estudiante 5to Medicina, MsC. Yamila Ramos Rangel psicologia6002@ucm.cfg.sld.cu Universidad Médica de Cienfuegos Cuba, MsC. Anais Marta Valladares González jedpsico@ucm.cfg.sld.cu Universidad Médica de Cienfuegos Cuba, jefa del departamento de Psicología.

Resumen:

La educación superior cubana desempeña un rol fundamental en la preparación y educación de los recursos humanos que exige la sociedad, para así poder dar respuestas más adecuadas a sus demandas y atender a los diferentes cambios que ocurren en ella. Las universidades tienen la misión de desarrollar la autogestión del conocimiento en los estudiantes, propósito que puede lograrse mediante la formación y desarrollo de la habilidad de aprender a aprender, que permitirá la superación constante e independiente de los estudiantes, actividad vital en los profesionales de la medicina, por los continuos avances que se experimentan en esta ciencia, tan necesarios para el diagnóstico como para los tratamientos. Lo que motiva a realizar la siguiente revisión bibliográfica con los objetivos de definir la habilidad de aprender a aprender y exponer la importancia de su formación y desarrollo para los estudiantes de Medicina.

Palabras claves: autogestión, habilidad aprender.

Introducción:

La educación superior en el siglo XXI se enfrenta a nuevas exigencias, condicionadas por el desarrollo social, científico y técnico, lo que impone la necesidad de un proceso de enseñanza - aprendizaje con nuevas características cimentado en principios de excelencia, calidad y pertinencia. Enfrentando así retos, como los señalados por Salas Perea, de equidad, calidad y eficiencia, flexibilidad curricular, pertinencia social e investigación profesoral y estudiantil, inserción, interacción y compromiso social de la universidad con el país, modernización y descentralización de los procesos académicos-administrativos ⁽¹⁾.

La complejidad del saber contemporáneo conjuntamente con las exigencias sociales actuales abre nuevas perspectivas a la cultura en el campo de la educación y del desarrollo humano. Tales condiciones exigen independencia, autogobierno, y determinado grado de conciencia de los estudiantes para emprender un desarrollo sostenido a la altura que los requerimientos socioculturales les imponen. Entre esta cuenta la necesidad de asimilar métodos de trabajo abierto o flexible que puedan lidiar con la incertidumbre. Hoy se habla de la educación permanente lo cual demanda en buena medida la autoeducación ⁽²⁾.

La Universidad Médica Cubana aspira a formar un profesional de nuevo tipo, que encarne el ideal humanista del proyecto social cubano y los propósitos de calidad que caracterizan el encargo social, definido como un médico diferente, cualitativamente superior, más humano, más revolucionario, capaz de brindar servicios en cualquier lugar y en las condiciones más difíciles, responsable de su autoeducación constante y comprometido con los principios éticos de la profesión y con los valores de la sociedad ⁽³⁾.

En el plan D de la carrera de Medicina se plantea entre las habilidades a desarrollar en los estudiantes la de aprender a aprender, lo que constituye un desafío para las universidades médicas cubanas ya que su función no se debe limitar a transmitir la información que los estudiantes necesitan para construir sus conocimientos, sino de enseñarlos a gestionarlo por sí mismos. En los nuevos programas en varias asignaturas la evaluación final es un trabajo de investigación, lo que da la posibilidad a los estudiantes de aplicar sus conocimientos de forma creativa y ser más activos e independientes en la construcción del conocimiento, por lo que existe el terreno propicio para estimular la formación de la habilidad de aprender a aprender, enseñándoles a innovar, a resolver problemas, a tener iniciativas y perseverar en el logro de un trabajo con calidad.

Consciente que es un desafío garantizar la calidad del recurso humano acorde a los nuevos tiempos en que se desarrollarán como profesionales, se plantean como objetivos de la revisión bibliográfica: definir la habilidad de aprender a aprender y exponer la importancia de su formación y desarrollo para los estudiantes de Medicina.

Desarrollo.

La necesidad de la formación de personas capaces de adaptarse a las exigencias del mundo actual se expresa en las recomendaciones de la UNESCO ⁽⁴⁾, que propone cuatro pilares en los cuales se debería cimentar la educación para el siglo XXI: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser. Por lo que la educación debe responder no solo a las demandas de tipo cultural, sino a las nuevas exigencias de autonomía dinámica de los individuos en una sociedad en constante transformación. Todos los seres humanos deben estar en condiciones de dotarse de un pensamiento autónomo y crítico para elaborar un juicio propio, y de este modo determinar por sí mismos las acciones que deben realizar en las diferentes circunstancias de la vida ⁽⁵⁾.

A los profesores les corresponde la tarea de ayudar a formar las habilidades desde sus asignaturas, en sus actividades docentes y extracurriculares, para ello debe prepararse científicamente y metodológicamente y dominar todos los elementos necesarios para contribuir con éxito a esta misión.

Las habilidades constituyen elementos psicológicos estructurales de la personalidad, vinculadas a la función reguladora y ejecutora que se forma, desarrolla y manifiesta en la actividad y constituyen importantes elementos para dominarlas. También se refiere a la forma de efectuar la actividad. Aquí se destaca como una característica esencial el predominio de acciones psíquicas y prácticas que conscientemente permiten la ejecución exitosa de la actividad como un todo, de los conocimientos y los hábitos que de manera previa posee el sujeto para

orientarse en la selección de las vías más adecuadas para la ejecución de un tipo de actividad determinada, la habilidad implica la realización de la actividad en grado superior de calidad ⁽⁶⁾.

El proceso de formación de las habilidades consiste en apropiarse de la estructura del objeto y convertirlo en el modo de actuar, en un método para el estudio del objeto, donde juega un papel preponderante la asimilación de los conocimientos.

La habilidad de aprender a aprender es definida como la habilidad para iniciar el aprendizaje y persistir en él, para organizar su propio aprendizaje y gestionar el tiempo y la información eficazmente, ya sea individualmente o en grupos ⁽⁸⁾.

El aprender a aprender debe entenderse como la actividad que se mantiene abierta y flexible ante las diversas circunstancias de la vida de la persona. Su finalidad es promover estrategias y estilos de vidas capaces de generar el autodesarrollo y de preservarlo ⁽⁸⁾.

Fariñas asevera que *la capacidad de aprender a aprender tiene como objetivo promover formas de vida que generen y preserven por sí mismas el autodesarrollo*. Sugiere el término de habilidades conformadoras de desarrollo personal (HCDP), estas son tan generales y abarcadoras que pueden ser formadas y evaluadas a través de contenidos disímiles, entre los que se pudieran incluir aquellos que resultan de mayor interés particular para los alumnos ⁽⁸⁾.

Las habilidades de la capacidad de aprender a aprender o habilidades conformadoras de desarrollo personal (HCDP) ⁽⁸⁾ son:

- Habilidades relacionadas con el planteamiento de metas personales y la organización temporal para su consecución.
- Habilidades para comprender y buscar información.
- Habilidades para comunicarse y relacionarse con los demás.
- Habilidades relativas al planteamiento y solución de problemas.

Estas posibilitan la competencia del individuo en la actividad y la comunicación, al ser parte de la base de todo aprendizaje, son dinámicas y permiten la asociación de habilidades específicas en estrategias de aprendizaje. Se consideran habilidades conformadoras del desarrollo personal porque están en el centro de los aprendizajes relevantes para la autoorganización del desarrollo humano y por su carácter generalizado y generalizador ⁽²⁾.

La habilidad de aprender a aprender hace que el alumno se comprometa en construir su conocimiento, a partir de aprendizajes previos, con el fin de valerse por sí mismo para utilizar y aplicar el conocimiento en diferentes contextos. Implica el desarrollar aspectos cognitivos, es decir capacidades que le permitan al alumno conocer y regular sus propios procesos de aprendizaje; pero también se requieren actitudes como las de aceptar los errores cometidos ⁽⁹⁾.

Aprender a aprender es la base para promover el desarrollo de estrategias para el planteamiento y consecución de temas, la búsqueda y procesamiento de la información, la expresión y la comunicación, el planteamiento y solución de problemas y la autorregulación del aprendizaje ⁽¹⁰⁾.

Enseñar a aprender a aprender.

La educación tradicional está basada en torno a la unidad-tiempo que garantiza una mínima exposición de contenidos, pero sin garantía de aprendizaje ⁽¹¹⁾.

Lo más importante para el sistema tradicional es abarcar los contenidos de aprendizaje, aunque se invisibilice cuánto aprendió realmente cada estudiante. Las cifras de reprobación y repitencia confirman que el progreso de cada estudiante no es el fin último del sistema ⁽¹⁰⁾.

La necesidad de desarrollar en los estudiantes la capacidad para gestionar sus propios aprendizajes ha sido planteada por la UNESCO en el sentido de contar con herramientas intelectuales y sociales para un aprendizaje continuo a lo largo de toda la vida. Perspectiva educativa sistematizada por diferentes autores con respecto a la dirección de enseñar a aprender y considerada entre los requerimientos básicos para el desempeño de cualquier profesión ⁽⁵⁾.

La concepción contemporánea del aprendizaje en la enseñanza médica superior cubana conduce a la apropiación de los contenidos y las formas de pensar, sentir y actuar, construidas en la experiencia socio-histórica con el fin de adaptarse a la realidad y transformarla. Ello acarrea cambios relativamente duraderos y generalizables, determinados a partir de los encuadres teórico-metodológicos provenientes de múltiples corrientes psicológicas que garantizan la orientación de los contenidos, procesos y condiciones, para el logro de los resultados esperados por la influencia educacional en las prácticas curriculares cotidianas ⁽¹²⁾.

Las tendencias pedagógicas actuales se centran en modelos orientados hacia el estudio y comprensión del propio proceso de aprendizaje, es necesario tener presente lo planteado por Fariñas ⁽⁸⁾. Sin negar la validez teórico-metodológica de muchas de las teorías que sobre la personalidad y el aprendizaje existen la concepción vigotskiana y su enfoque histórico-cultural, es un enfoque holístico y personológico del proceso de aprendizaje.

En el marco de estas tendencias, se observa la necesidad de tomar en cuenta el conjunto de variables individuales que inciden en el desempeño escolar de los estudiantes (motivación, conocimientos previos, aptitudes, sistema de creencias, estilos y estrategias de aprendizaje, entre otras) forma parte de los retos a los cuales se enfrentan los educadores en el proceso de perfeccionamiento que vive la escuela en la mayoría de los países ⁽¹²⁾.

El aprendizaje que se centra en el autoestudio y la realización de forma independiente de las actividades, con las mediaciones de los medios de enseñanza y los niveles de ayudas pedagógicas de los profesores, reclama la organización del proceso de enseñanza aprendizaje de forma tal que tenga en cuenta el desarrollo de habilidades en el estudiante para autogestionar el aprendizaje ⁽⁸⁾.

Las estrategias de aprendizaje están directamente relacionadas con la calidad del aprendizaje. Son las herramientas para construir el conocimiento, cuantas más y mejores estrategias se utilice en el aprendizaje, mayor será el nivel de rendimiento ⁽⁹⁾.

El aprendizaje autodirigido emerge de las investigaciones de Houle, Knowles y Hiemstra⁽⁵⁾, haciendo énfasis en el desarrollo de decisiones asociadas con los propósitos y el esfuerzo del aprendizaje, sin implicar un aislamiento del aprendiz., Con el objetivo de transferir aprendizajes se emplean un conjunto de actividades y

recursos como las autoguías de lectura, la participación en grupos de estudio, las actividades de reflexión y la escritura de ensayos.

Bahamón considera como dirección del aprendizaje individual permanente el aprender a aprender, de modo tal que los estudiantes adquieran estrategias de aprendizaje necesarias para planificar, organizar y controlar sus propias actividades cuando se enfrentan con nuevas tareas, con carencia de conocimiento y crecimiento de la información disponible ⁽⁵⁾.

Otra perspectiva importante que se ha de considerar en la aproximación de enseñar al estudiante a aprender, es la constituida por Nisbet y Shcuksmith, la cual destaca la adquisición de habilidades para encontrar información, aprender las reglas generales para la solución de problemas, asimilación de los principios formales de la investigación, desarrollar autonomía en el aprendizaje e implementar una actitud o método propio para aprender a aprender ⁽⁵⁾.

Aprender a aprender es una disposición educativa enfocada a favorecer que los alumnos tengan un acceso de forma cada vez más autónoma al conocimiento creciente, definiendo como direcciones: aprender a estudiar, a leer para aprender y a pensar. En este punto es importante mencionar que dar por hecho que los alumnos tienen claro cómo abordar estas direcciones es una equivocación que como docentes se debe de evitar en la medida de lo posible. Son, por el contrario, estrategias que si bien deben ser construidas por el propio alumno, el docente debe cumplir con la responsabilidad de guiar el proceso de modo que permita el desarrollo de estas ⁽¹³⁾. Ruiz expone una serie de habilidades consideradas en la capacidad de aprender:

- Diagnosticar las necesidades de aprendizaje.
- Formular sus metas de aprendizaje.
- Identificar los recursos humanos y materiales para el aprendizaje.
- Seleccionar e implementar las estrategias de aprendizaje más apropiadas.
- Evaluar los resultados del aprendizaje logrado.
- Encontrar información.
- Aprender las reglas generales para la solución de problemas.
- Asimilar de los principios formales de la investigación.
- Desarrollar autonomía en el aprendizaje.
- Desarrollar una actitud o método propio para aprender a aprender.
- Aprender a estudiar (desarrollar hábitos de estudio, procesos de autogestión y habilidades de estudio).
- Aprender a leer.
- Aprender a pensar.
- Emplear estrategias metacognitivas.
- Emplear estrategias cognitivas.
- Emplear estrategias de administración de recursos.

El profesor como mediador en el proceso de enseñanza aprendizaje, ayuda al estudiante a lograr la finalidad última de la educación: aprender a aprender, para que desarrolle sus propios esquemas mentales que le permitan realizar aprendizajes significativos y dotados de sentido, aprendizajes en lo conceptual, en

lo procedimental y en lo actitudinal, donde además de procesos cognitivos también están implicados procesos afectivos y emocionales ⁽¹⁴⁾.

Las diferentes teorías sobre los estilos de aprendizaje encierran un alto valor heurístico para todo aquel pedagogo interesado en encauzar la transformación cualitativa de la escuela desde una perspectiva renovadora ⁽¹⁵⁾.

Al detallar en las diferentes concepciones asumidas por otros autores en el estudio de los estilos de aprendizaje, se puede constatar que en la mayoría de los casos, se asume una visión atomizada sobre el aprendizaje, entendiéndolo básicamente como un proceso asociado a la percepción y procesamiento de la información, en la que se hiperboliza lo cognitivo, lo intelectual, lo informativo sobre lo afectivo-emocional, lo vivencial. Por otra parte, la personalidad para muchos de estos teóricos, no pasa de ser o una dimensión más de las diferencias individuales, a la par con la motivación, las capacidades, la inteligencia, el sistema de creencias, las estrategias, etc., o simplemente, una dimensión del funcionamiento cognitivo de la personalidad ⁽¹⁶⁾.

Particularidades psicológicas y proceso de aprendizaje.

En el proceso de enseñanza aprendizaje es vital el rol del estudiante, matizado por su personalidad, definida como la organización e integración más compleja y estable, de contenidos y funciones psicológicas, que interviene en la regulación y autorregulación del comportamiento en las esferas más relevantes para la vida del sujeto. ⁽¹⁷⁾.

Estudiar la personalidad supone poder explicar el porque del comportamiento humano, toda vez que la personalidad interviene en la regulación, orientación, dirección y autorregulación del comportamiento, de modo estable, activo, integral y complejo.

El aprendizaje, es valorado como un proceso que posee tanto un carácter cognitivo como socio- afectivo, y que por tanto implica la personalidad como un todo ⁽¹²⁾.

El enfoque histórico-cultural permite apreciar el carácter individual del proceso de aprendizaje, expresado en un estilo personal del sujeto al aprender, y en el cual se refleja el carácter distintivo y singular de la personalidad, la unidad de sus componentes cognitivos y afectivos ⁽¹²⁾.

Fariñas ⁽⁸⁾ plantea 4 dimensiones básicas del aprendizaje que fundamentan, una concepción holística del mismo desde la visión histórico- cultural:

- 1) El planteamiento de objetivos, tareas y la organización temporal de su ejecución a través de pasos o etapas.
- 2) La búsqueda de información y su comprensión.
- 3) La comunicación acerca de su desempeño.
- 4) La solución o el planteamiento de problemas.

Desde la segunda mitad del siglo XX se han venido realizando estudios en universidades médicas europeas y norteamericanas ⁽¹²⁾. Acerca de la influencia de la personalidad y estilo de aprendizaje sobre la forma de percibir y procesar la información, y las dificultades que se experimentan al adquirir distintos conocimientos y habilidades.

Por un lado, en algunas investigaciones se ha encontrado una fuerte relación entre la autogestión del aprendizaje y el desempeño académico de los estudiantes ⁽¹²⁾.

La necesidad del dominio por parte de los estudiantes de la capacidad para gestionar sus propios aprendizajes, de adoptar una autonomía creciente en sus estudios académicos y de disponer de herramientas intelectuales y sociales que le permitan un aprendizaje continuo a lo largo de toda la vida, ha dado lugar a la identificación de la capacidad de aprender a aprender entre los requerimientos básicos para el desempeño de cualquier profesión ⁽¹⁸⁾.

Fariñas en sus investigaciones revela las dinámicas psicológicas fundamentales del aprendizaje de segundo orden (conocido comúnmente como aprender a aprender, aprendizaje estratégico, etc.) y las alternativas docentes más efectivas para estimularlo ⁽¹⁴⁾.

González Rey, considera como factor importante en las concepciones del proceso enseñanza aprendizaje las trayectorias de vida del sujeto, una vez que el ser humano es histórico y por ese motivo integra las experiencias anteriores, los conocimientos, vivencias, culturas, aciertos, errores, encuentros y desencuentros que se acumulan a lo largo de la vida. Los sentidos se constituyen como una verdadera mezcla de sensaciones subjetivas envueltas constantemente en la tensión de procesos simbólicos y emocionales, constituidos por innumerables corrientes en espacios socialmente compartidos ⁽¹⁹⁾.

La educación médica cubana ha demostrado que sí es posible instruir a los educadores, por diversas vías que sistemáticamente se desarrollan para su preparación, tales como el trabajo docente metodológico a nivel del colectivo de carrera, de año y de asignatura, el desarrollo de diferentes formas del posgrado para la superación profesional como son los cursos cortos de contenidos pedagógicos y el diplomado en Educación Médica, y en la formación académica se destaca el desarrollo de la Maestría en Educación ⁽²⁰⁾.

Si los alumnos son capaces de gestionar la información requerida durante su proceso educativo, harán uso de conocimientos, habilidades y conductas que reflejan en los estudiantes su capacidad de analizar, seleccionar, organizar y hacer uso de la información de manera eficiente, fortaleciendo su capacidad de aprender a aprender ⁽⁵⁾.

Conclusiones

La educación no se detiene, la ciencia avanza constantemente, por lo que los médicos deben actualizar y desarrollar sus habilidades y conocimientos a lo largo de su carrera y de su vida. Para ello debe educárseles en cómo apropiarse de esos conocimientos independientemente y llevarlos a la práctica.

La capacidad de los estudiantes de gestionar sus propios conocimientos, de desarrollar una autonomía en sus estudios académicos y de disponer de herramientas intelectuales y sociales que le brinden un aprendizaje continuo a lo largo de su vida; puede desarrollarse a través de la habilidad de aprender a aprender.

Es deber de la universidad médica continuar trabajando para promover la autogestión del aprendizaje en los estudiantes y proporcionarles la oportunidad de adquisición de conocimientos con autonomía y eficacia para incrementar su proceso de autodesarrollo dentro del complejo escenario universitario y así responder a los requerimientos de la sociedad en el ámbito universitario y profesional

Referencias bibliográficas:

1. Salas R S. La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. *Educación Médica Superior*. 2000; 14(2): 136-147. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412000000200003 &lng=es.
2. Fariñas G. *Psicología, educación y sociedad. Un estudio sobre el desarrollo humano*. 2005. Editorial Félix Varela. La Habana
3. Díaz J A. *El perfeccionamiento del proceso evaluativo del diagnóstico médico con enfoque desarrollador. Tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias pedagógicas*. 2013. Sancti Spíritus.
4. UNESCO. *Declaración mundial sobre la educación superior en el Siglo XXI, París, UNESCO, (1998), Recuperado en: http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm*
5. Macías V, Valenzuela G A. La capacidad de aprender a aprender en la educación superior. *Congreso universidad*. 2017; 6, (5): 86-98. Recuperado en: <http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/congresouniversidad/index>
6. Cabrera Y. *Estrategia Didáctica para la formación de habilidades en Psicodiagnóstico en los estudiantes de Psicología. Tesis en opción al Título de Master en Educación. Universidad Carlos Rafael Rodríguez Cienfuegos*. 2007
7. Chávez E. Investigación educativa sobre autogestión en los Entornos Personales de Aprendizaje (PLE): una revisión de la literatura. *EDMETIC, Revista de Educación Mediática y TIC*, 2014; 3(2): 114-134.
8. Fariñas G. "Maestro, para una didáctica del aprender a aprender". Ed. Pueblo y Educación, La Habana, 2004.
9. Espinoza C. Estrategias de aprendizaje implementadas por estudiantes de sexto grado de primaria a partir del uso de computadoras e Internet en un modelo 2:1, como apoyo a los procesos de aprendizaje curricular en Ciencias y Estudios Sociales *Educación*. 2015, 39 (2): 1-25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44039322001>
10. Cabrera, I. Autonomía en el aprendizaje: direcciones para el desarrollo en la formación profesional. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, (2009). 9(2): 1-22. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=44713058006>
11. Sturgis C. (2015). Implementando una educación por competencias en el sistema educativo k-12: ideas de los líderes locales. *International Association for K-12. 2015 Online Learning*. Recuperado de

<http://www.competencyworks.org/resources/new-release-implementing-competency-education-in-k-12-systems-insights-from-local-leaders-2/>

12. Toledo MA, Cabrera II. Corrientes psicológicas determinantes de la concepción del aprendizaje en la enseñanza médica superior . Rev Educación médica superior 2017 31, (4) aprox 12 p. Recuperado en <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1094/598>

13. Ruiz I. La arquitectura del conocimiento en la Educación Superior. México: Instituto Politécnico Nacional. (2000).

14. Zapata M. El papel mediador del profesor en el proceso enseñanza aprendizaje. Programa Integración de Tecnologías a la Docencia. Universidad de Antioquia.2015, Obtenido de <http://aprendeonline.udea.edu.co/boa/contenidos.php/062b9e839f9710b9c737a983b6d328e3/1154/1/contenido/>

15. Cabrera J S, Fariñas G. El estudio de los estilos de aprendizaje desde una perspectiva vigostkiana: una aproximación conceptual. Revista Iberoamericana de Educación. Recuperado en rieoei.org/deloslectores/1090Cabrera.pdf

16. Fariñas G. Aprender a aprender en la Educación universitaria / La Habana: Editorial Universitaria, 2012. 39.pág. Obtenido de <http://revistas.mes.edu.cu>

17. Fernández L. Pensando en la personalidad. 2005 Editorial Félix Valera. La Habana. Cuba.

18. Cabrera I. Autonomía en el aprendizaje: direcciones para el desarrollo en la formación profesional Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación" 2009, 9, (2)

19. De Oliveira M. et al. Perspectiva de la teoría de aprendizaje significativo de David P. Ausubel y Fernando González Rey. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII. Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011. Recuperado en <http://www.aacademica.org/000-052/43>

20. Vidal MJ, Fernández B. Aprender, desaprender, reaprender. Revista educación Medica 2015 29(2) Recuperado en <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/629/260>

APRENDER, INTEGRAR, EDUCAR: SUPERACIÓN PROFESIONAL PARA DOCENTES DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN EN SALUD

Autores:

MSc. Lic. María Regla Gutiérrez Chongo jdinvestigacionf@ucm.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.Cuba, Lic. Danae Águila Gutiérrez danaeperlavision.icrt.cu ICRT Perlavisión.Cuba, MSc.Lic. Cruz Maritza Gutiérrez Chongo cruzmarigch inder.cu INDER Provincial.Cuba,Lic.Anisley Cazañas Hernández nutrición7826 ucm.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicade Cienfuegos.Cuba, Lic. Dailys García Morales rehabilitacion7928 ucm.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicade Cienfuegos.Cuba.

Resumen

La necesidad de preparar a los docentes de Enfermería y Rehabilitación en Salud en una superación profesional sobre integración de la enseñanza, en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos como protagonistas del proceso de enseñanza – aprendizaje, en correspondencia con los avances científicos técnicos y la explosión de conocimientos de la época contemporánea. Se propone como objetivo general implementar un Diplomado de superación profesional sobre integración de la enseñanza para los docentes de Enfermería y Rehabilitación en Salud. Se utilizará una muestra de 72 docentes, en un período de estudio de septiembre de 2012 a septiembre de 2015.

Se elaboró utilizando métodos teóricos como el analítico- sintético, inductivo – deductivo, histórico lógico, tránsito de lo abstracto a lo concreto y el enfoque de sistema; como empíricos el análisis de documentos, encuesta y observación estructurada.

Palabras claves: Superación. Integración. Enseñanza.

Introducción

La ciencia se volvió ciega por su incapacidad de controlar, prever y hasta concebir su papel social, por su incapacidad de integrar, articular, reflejar sus propios conocimientos ” (1).

La relación de las asignaturas que se imparten en la escuela es el reflejo de la relación que existe entre las ciencias correspondientes, cada una de ellas en su rama, estudia la unidad objetiva del mundo material y ayuda a formar en los estudiantes una idea completa acerca de los fenómenos de la naturaleza y a utilizar sus conocimientos en el estudio de las diferentes asignaturas y en la vida.

Es necesario que se traten los conceptos científicos de la misma forma, obteniéndose un acuerdo mutuo en su tratamiento. El éxito de esta relación depende del trabajo armónico de todo el colectivo de profesores, la unidad de criterios y el estilo de enseñanza de las diferentes asignaturas. (2)

La cooperación es una forma de organización del trabajo científico que permite establecer vínculos de participación conjunta de diferentes especialistas en el

proceso de trabajo, que se relacionan entre sí para ejecutar operaciones homogéneas, sobre el trabajo colectivo (3).

La cooperación interdisciplinaria se hizo necesaria para tratar los problemas científicos comunes al aumentar los conocimientos, como consecuencia del desarrollo científico técnico y la creación de nuevas disciplinas científicas. La tendencia a la integración de las ciencias determinó la necesidad de abordar la integración en el proceso de enseñanza-aprendizaje. (4)

Ha ocurrido, tanto un proceso de diferenciación de los conocimientos mediante una separación en ramas o disciplinas para su ulterior estudio, con la consecuencia de una mayor especialización y heterogeneidad, como un proceso de homogeneización, que es característica definitoria de las estructuras modernas del conocimiento, que se traduce en la demanda de un conocimiento universal alcanzable por medio de relaciones interdisciplinarias, pluridisciplinarias o transdisciplinarias, entre las diferentes áreas.(5)

La enseñanza integrada tiene como punto de partida la interdisciplinariedad, término que surgió por primera vez en 1937, atribuyéndole su invención al sociólogo Louis Wirtz. Este fenómeno comenzó con los llamados métodos globalizadores en algunos países de Europa y Norteamérica.

Demanda el conocimiento del objeto de estudio de forma integral, estimulando la elaboración de nuevos enfoques metodológicos más idóneos para la solución de los problemas, aunque su organización resulta compleja, ante la particularidad de cada disciplina científica, que posee sus propios métodos, normas y lenguajes.

Tiene su mayor desarrollo en la segunda mitad del siglo XX, extendiéndose por diversos países y aplicándose cada vez más en la educación superior de las ciencias médicas, con diferentes variantes. Al respecto; Rosell Puig plantea que es una necesidad histórica actual de las ciencias médicas; para ello recurre irremediablemente a la interdisciplinariedad, teniendo en cuenta los nexos entre las disciplinas o asignaturas del plan de estudio.

La enseñanza integrada es un proceso dialéctico que refleja la necesidad histórica de la educación de agrupar los aspectos esenciales de los contenidos de enseñanza (conocimientos y habilidades), pertenecientes a varias disciplinas, que se interrelacionan, y conformar de esta manera una nueva unidad de síntesis interdisciplinaria, que en un momento dado produce un salto de calidad y da lugar a niveles de mayor grado de generalización, que permiten a los estudiantes un aprendizaje más fácil y eficaz.

Los planes y programas integrados tienen múltiples ventajas, entre las que se destacan la flexibilidad de su estructura, la incorporación de los conocimientos de especialidades que no están incluidas en los planes de estudios; ante las necesidades cambiantes de la sociedad y el desarrollo científico-técnico, su organización por un sistema de ideas rectoras o elementos que revelan los rasgos esenciales de la materia de enseñanza. Ello contribuye a garantizar la relación objetivo-contenido-método-evaluación. Por lo tanto, permite desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje con mayor eficiencia y facilita su dirección y control.

La integración está basada en la síntesis interdisciplinaria, que consiste en concentrar la materia de enseñanza priorizando los conocimientos fundamentales de varias disciplinas que se interrelacionan con un objetivo común. Además esto evita el enciclopedismo o la acumulación exagerada del contenido de enseñanza,

con detalles y repeticiones innecesarias; elimina las contradicciones entre las disciplinas y proporciona a los profesores de distintas especialidades un marco adecuado para intercambiar experiencias. Facilita a los estudiantes la generalización, sistematización e integración de los conocimientos y presenta una visión más general e integral del ser humano, como un todo único, en estado de salud y enfermedad y en relación con el medio que lo rodea.

La época contemporánea demanda la integración de saberes, cualquier problema sociocultural o profesional que un individuo enfrente es casi imposible abordar y penetrar en su esencia desde la concepción meramente disciplinar. Es por ello que la interdisciplinariedad ha sido un tema obligado en la comunidad pedagógica, no solo en el discurso sino también en la práctica pedagógica a escala nacional e internacional. (4)

Guelmes Valdez y colaboradores plantean que la educación global propone la enseñanza y el aprendizaje recurriendo al trabajo en las aulas con unidades didácticas integradas... “viendo un mundo integrado por partes que interactúan constantemente, como sistemas interdependientes. Ayudar a las nuevas generaciones a que adquieran conciencia de esta realidad silenciada por la educación más tradicional, es un requisito indispensable para que pueda existir un mañana...” se repite que vivimos en un mundo global, pero las tareas escolares a que los alumnos son estimulados y obligados a realizar, raramente tienen en cuenta las dimensiones internacionales en todos y cada uno de los bloques de contenido que conforman el proyecto curricular. La coherencia con que se afirma que son planificados los contenidos de los sistemas educacionales, difícilmente es visible para los alumnos y algunas veces hasta los propios profesores, el principio que rige la selección de diferentes contenidos, así como su forma de organización en tareas del conocimiento y disciplina, no acostumbra a ser objeto de reflexión y discusión colectiva; es aceptado como algo a priori y provoca un notable silencio en la comunidad escolar, científica y trabajadora...” (6)

Colmenero Ruiz, declara la integración de las actividades prácticas de las asignaturas del magisterio en una comunidad virtual de aprendizaje, como un paso para la convergencia hacia el nuevo espacio europeo de educación superior, destacando la importancia de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), en la sociedad del conocimiento, facilitando el acceso a recursos y servicios, así como los intercambios y la colaboración a distancia. (7)

Richard Pring (1977) propone distinguir entre interdisciplinariedad e integración, considera la primera denominación más apropiada para referirse a la interrelación de diferentes campos de conocimiento con finalidades de investigación o de solución de problemas. Las estructuras de cada área de conocimiento no serán necesariamente afectadas en consecuencia de este trabajo de colaboración y no se originaría una nueva estructura de conocimiento. Sin embargo; el vocablo “integración”, significa la unidad de las partes, que serían transformadas de alguna manera. Una simple suma o agrupación de objetos distintos o partes diferentes no crearía necesariamente un todo integrado. (8)

Desarrollo:

La integración de la enseñanza establece una relación entre dos o más asignaturas que no necesariamente tienen que ser del mismo campo del saber, y difiere de la interdisciplinariedad en que puede sufrir modificaciones para lograr unificar objetivos, acciones, operaciones y evaluaciones en la actividad docente, protagonizada por alumnos y profesores. (9)

El desarrollo científico técnico de la época contemporánea implica que continuamente surjan nuevas disciplinas científicas que “arrebatan” a sus disciplinas matrices sectores más o menos amplios de su objeto de estudio tradicional.

Esta realidad hace evidente la necesidad de tener una aproximación más flexible a la problemática de la delimitación de los respectivos campos de estudio. La solución debe pasar por un mayor grado de coordinación interdisciplinaria y actividades compartidas de los docentes.

Se hace cada día más evidente la necesidad de interconexión entre las asignaturas, lo cual se debe tener presente en el momento del diseño del plan de estudios para encontrar la adecuada solución que mejor satisfaga esta necesidad, teniendo en cuenta las necesidades de cada perfil profesional (10)

La Educación Superior necesita de un egresado capaz de enlazar el mecanismo de lo nuevo al conocimiento que ya posee, se hace cada vez más evidente la necesidad de vías que permitan a los estudiantes asimilar los sistemas de conocimientos y los métodos de la actividad intelectual y práctica, y los coloque en posición de dar respuesta a las situaciones que se les presente en la vida con perseverancia y afán por lograr el objetivo, y que además promueva en ellos el interés cognitivo (11).

Por tanto cabe preguntarse cómo contribuir a incrementar el conocimiento sobre integración de la enseñanza en los docentes de Enfermería y Rehabilitación en Salud para lograr la formación de un profesional de estos tiempos.

Como respuesta a esto la Educación Médica Superior en Cuba arribó al siglo XXI con nuevos retos, y la misión de formar a los recursos humanos que se encargan de la preservación de la salud con un nivel profesional de forma integral.

En correspondencia con los problemas a resolver por este estudiante una vez graduado su plan de estudio asume las siguientes características:

-Formación orientada a la calidad.

- Enseñanza activa centrada en el estudiante y en la solución de problemas.

- Utilización de métodos productivos que permitan cumplir con los cuatro pilares de la educación en nuestros días: aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir juntos (13).

Por lo que el principal Objetivo de esta investigación es implementar un Diplomado de superación profesional sobre integración de la enseñanza para los docentes de Enfermería y Rehabilitación en Salud.

Para contribuir a ello fue preciso primero:

- Diagnosticar las principales necesidades y dificultades sobre integración de la enseñanza presentada por los docentes de Enfermería y Rehabilitación en salud.

- Diseñar el Diplomado de superación profesional para el perfeccionamiento del trabajo con la integración de la enseñanza de Enfermería y Rehabilitación en salud.
- Impartir el Diplomado de superación profesional a los docentes de Enfermería y Rehabilitación en salud.
- Evaluar la implementación del Diplomado de superación profesional.

Así se respalda el proceso docente en la Educación Superior que necesita de una serie sucesiva de situaciones desde la primera conferencia hasta el trabajo de diploma o de terminación de carrera, las que poseen como núcleo el logro de un objetivo, que implica la transformación sucesiva de la personalidad del estudiante y futuro profesional (12).

La Educación Superior necesita de un egresado capaz de enlazar el mecanismo de lo nuevo al conocimiento que ya posee, se hace cada vez más evidente la necesidad de vías que permitan a los estudiantes asimilar los sistemas de conocimientos y los métodos de la actividad intelectual y práctica, y los coloque en posición de dar respuesta a las situaciones que se les presente en la vida con perseverancia y afán por lograr el objetivo, y que además promueva en ellos el interés cognitivo.

Según planteó Minunjin Zmud, A. es necesario dotar al alumno de capacidades, conocimientos y habilidades para su trabajo, “enseñar a aprender por cuenta propia... La mejor escuela es la que da un pequeño volumen de conocimientos pero desarrolla habilidades para el trabajo independiente...”

La enseñanza integrada es un proceso dialéctico que refleja la necesidad histórica de la educación de agrupar los aspectos esenciales de los contenidos de enseñanza (conocimientos y habilidades), pertenecientes a varias disciplinas, que se interrelacionan, y conformar de esta manera una nueva unidad de síntesis interdisciplinaria, que en un momento dado produce un salto de calidad y da lugar a niveles de mayor grado de generalización, que permiten a los estudiantes un aprendizaje más fácil y eficaz.

Desde el punto de vista psicológico, la integración es un proceso mental, mediante el cual se unen diferentes conocimientos. Esto tiene gran importancia en el estudio, porque contribuye a desarrollar el pensamiento de los estudiantes y proporcionarles una síntesis de la materia estudiada.

Los planes y programas de estudios integrados tienen múltiples ventajas, entre las que se destacan las siguientes:

Su estructura es flexible, permite incorporar los conocimientos de especialidades que no están incluidas en los planes de estudios ante las necesidades cambiantes de la sociedad y el desarrollo científico-técnico.

La necesidad de integrar los conocimientos adquieren especial relevancia cuando al observar la práctica nos revela la gran variedad de perfiles de salidas de una misma carrera. Desde esta perspectiva se ha seleccionado para el estudio al 100 % de los profesores de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos de las

carreras de Enfermería y Rehabilitación en Salud, considerándose importante la atención priorizada por parte de nuestros profesores a cada estudiante dentro del grupo y por consiguiente la preparación del docente para lograr la integración de los contenidos que en los nuevos ámbitos ha de perfeccionarse.

Precisamente, el diplomado que proponemos sobre integración de la enseñanza en las carreras de Enfermería y Rehabilitación en Salud, está dirigido a la capacitación actualización y entrenamiento de los docentes de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos lo que favorecerá el logro de un egresado de máxima calidad a partir de la respuesta efectiva a las necesidades de la sociedad desde la práctica, para lo cual ponemos a consideración el siguiente plan de estudio que abarca aspectos cuanti-cualitativos de las materias a impartir, así como del tiempo a desarrollar. Anexo.

El presente trabajo está respaldado en la necesidad de que los docentes de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos requieren una preparación para enfrentar las asignaturas a impartir de forma integrada, acorde a los avances científicos técnicos y a la explosión de conocimientos de la época contemporánea. A través del análisis de documento, plan de superación, planes metodológicos, en las guías de observación a clases, en el perfil del egresado de las carreras de Enfermería y Rehabilitación en Salud se pudo constatar:

- Integración de perfiles: Terapia Física y Rehabilitación, Traumatología, Terapia Ocupacional y Podología en la carrera Licenciatura en Rehabilitación en Salud.
- Integración de elementos de Citología, Histología, Embriología, Anatomía, Fisiología, Bioquímica, Médico Quirúrgico, Genética, Pediatría, Enfermería Familiar y Social, Enfermería Ginecostétrica, Semiología, Agentes Físicos, Rehabilitación, entre otras en los programas de las asignaturas en las carreras de Enfermería y Rehabilitación en Salud.
- Insuficiencia en la preparación de los docentes para impartir los nuevos programas integrados ya que no existen la superación profesional sobre integración de la enseñanza en la Universidad.

Como resultado del diagnóstico se pudo constatar los problemas que en la práctica educativa limitan el cumplimiento de la integración en la Universidad. A continuación se relacionan:

- La mayoría de los profesores expresan que la aplicación de la integración en sus clases se realizan pocas veces y tienen conciencia de la necesidad de la misma en el proceso de enseñanza-aprendizaje pero no existe una propuesta concreta,

- Los estudiantes de las dos carreras citadas no tienen la preparación suficiente de la enseñanza media superior para enfrentar los contenidos en las asignaturas del currículo.

- Los estudiantes plantean que la aplicación de los contenidos recibidos en otras asignaturas para reafirmar y aplicar conocimientos en clases o en la práctica pre-profesional se realizan en poca medida.

Todo ello se tuvo en cuenta para la confección del Diplomado que quedó estructurado en 6 cursos y un total de 792 horas clases, de ellas 352 presenciales. Como resultado fundamental del éxito de su aplicación cuenta la generalización del mismo a nivel provincial que en una versión posterior incluyó a estudiantes de otras

especialidades como Laboratorio clínico, Nutrición y Dietética, Optometría y Óptica, Imagenología, Rehabilitación Social y Ocupacional, Licenciados en Español, Química, Biología, Cultura Física graduados en el centro Manuel Pity Fajardo entre otros. Además esta investigación participó en el II Evento provincial de Pedagogía en diciembre 2012, en el Fórum de Ciencia y Técnica de la Universidad de Ciencias Médicas del 2013, la III Jornada Provincial de Pedagogía en diciembre de ese mismo año, el evento de base de generalización en enero de 2014 y 2015 y el Evento Nacional de Tecnologías de la Salud celebrado en Santiago de Cuba en diciembre de 2017.

Conclusiones:

- ✓ E
 el estudio de la realidad evidenció que los problemas para trabajar la integración están enmarcados en la formación de base que prepara a cada docente en una especialidad.
- ✓ E
 la literatura consultada para el marco teórico de este estudio, coinciden los autores referenciados que la integración de contenidos con enfoque de aprendizaje, en las ciencias pedagógicas, contribuye a la formación de un profesional apto para una mayor comprensión de los fenómenos que lo rodean y mejor preparado para cumplir su cargo social.
- ✓ E
 el diseño del Diplomado precisó la mayor claridad posible y la determinación de las relaciones entre los contenidos (de varias asignaturas del currículo), que se realizó sobre la base del análisis de los mismos, para así determinar los nodos de articulación.
- ✓ L
 la propuesta del diplomado propició la integración de los conocimientos y habilidades y permitió guiar el desempeño de los profesores en la elaboración de este tipo de actividad pedagógica y constituyó una herramienta efectiva en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Referencias bibliográficas

1. Morin E. Sobre la interdisciplinariedad [en línea]. 1997. Disponible en: <http://fbc.binghamton.edu/papers.htm> [Consultado: 22 de febrero del 2008].
2. Castañeda Perera G, González Doblado L, Miralles Rodríguez. La interdisciplinariedad entre la Matemática y la Física. Atenas. 2007; 1(5): 1-6 <http://www.atenas.rimed.cu/> Guelmes Valdez EL, Medina Diaz MR, Velasco.
3. Pérez Roque G. Una metodología para la utilización de las tareas integradoras en el proceso de integración de los contenidos en el área de ciencias exactas de la secundaria básica. [Tesis]. Cienfuegos: Instituto Superior Pedagógico Conrado Benítez. 2008.
4. Rosell Puig W, Más García M, Domínguez Hernández La Enseñanza Integrada: una necesidad histórica de la educación de las ciencias médicas. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Rev. Cubana Educ. MED Súper 2002; 16(3):196-203.

5. Martínez Miguélez M. Transdisciplinariedad y lógica dialéctica: un enfoque para la complejidad del mundo actual [en línea]. 2004. Disponible en: <http://prof.usb.ve/miguelm/transdiscylogicadialectica.html> [Consultado: 12 de febrero del 2004].
6. Guelmes Y L. Globalización e interdisciplinariedad. . Revista Cubana Educación. . [serie en Internet]. 2006 [citado 1 Enero 2008]; IV(0): [aprox 0p.]. Disponible en: <http://http://rvarela.ispvc.rimed.cu/articulos/rv0314.pdf>
7. Colmenero Ruiz, María Jesús; Hernández Fernández, Antonio; Martínez Serrano, María del Carmen. Las prácticas de las asignaturas de magisterio integradas en una comunidad virtual de aprendizaje: un paso para la convergencia hacia el nuevo espacio europeo de educación superior. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Jaén. España.
8. Vázquez Franquel C. Metodología interdisciplinaria para la integración de los contenidos entre las asignaturas de Física y Matemática en el nivel medio superior. CSIJ Abel Santa María Cuadrado. 2007. Pág. 1-20.
9. Macías Haro CR. Tareas docentes integradoras: Morfofisiología y asignatura rectora. Perfil Citohistopatología. Tecnología de la salud. [Tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado"; 2009.
10. Vicedo Tomey A. Diseño curricular en ciencias básicas biomédicas. Comité Académico de la Maestría Educación Médica. Maestría Educación Médica. [CD-ROM]. Cienfuegos: Ciencias Médicas; 2008.
11. Dauval Borges JC. La interdisciplinariedad de la Morfofisiología Funcional con la bioquímica en la disciplina de Ciencias Biológica. Una propuesta didáctica [Tesis]. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2005.
12. Álvarez Zayas C. Fundamentos Teóricos de la dirección del proceso docente educativo en la Educación Superior Cubana. La Habana: Ministerio de Educación Superior; MES 1999. p. 30.
13. Gutiérrez Chongo MR. La integración en Morfofisiología en el perfil de Imagenología primer año en la Filial de Ciencias Médicas de Cienfuegos. [Tesis]. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2010.

Anexos:

DIPLOMADO: LA INTEGRACIÓN DE LA ENSEÑANZA.

Cantidad de Horas: 792 (352 presenciales y 440 no presenciales)

Total de Créditos Académicos: 16

Modalidad: Semipresencial.

Tiempo de Duración: 29 semanas (7 meses y medios)

Relación de Cursos:

Cursos	Horas			
	Presenciales		No Presenciales	Total
	Teóricas	Prácticas		
Interdisciplinariedad	22	26	60	48
Estrategias curriculares interdisciplinarias	22	26	70	48
Integración de la enseñanza	22	26	70	48
Integración de los contenidos en la carrera Rehabilitación en Salud	30	42	80	72
Integración de los contenidos en la carrera de Enfermería	30	42	80	72
Concepción sobre la Tarea Docente. Su fundamento en el Proceso Docente	24	36	80	60
Evaluación Final	4			
Subtotal	154	198	440	--
Totales	352		440	792

Sistema de Evaluación:

La evaluación: La culminación del DIPLOMADO estará dada por los resultados que los participantes hayan obtenido en los diferentes cursos del mismo. Los mismos tendrán que demostrar dominio de cada uno de los contenidos y las habilidades diseñadas para cada módulo, serán evaluados de forma independiente en el Trabajo Final. Cada módulo del programa tendrá una calificación máxima de 5 y mínima de 3. La modalidad de encuentros será

semipresencial, con no menos de 80 % y evaluado de acuerdo a los resultados obtenidos a través de las diferentes formas previstas.

Al concluir, el cursista elaborará el Trabajo Final, el cual tendrá una calificación máxima de 5 y mínima de 3. Este consiste en un ejercicio teórico- práctico que comprende:

I-Realización de un sistema de clases donde se manifieste la integración a partir de tareas docentes.

Para ello contará con 3 semanas, al término de las cuales un tribunal, realizará la evaluación. La calificación final se obtendrá sumando el promedio de los totales correspondientes a los módulos y la del Trabajo Final, con lo que terminan las actividades del DIPLOMADO. La nota final se emitirá con criterio cualitativo: 5. Excelente, 4. Bien, 3. Aprobado, 2. Desaprobado.

El aspirante que suspenda un módulo realizará un examen extraordinario en un plazo de 15 días hábiles posteriores al examen ordinario por única vez.

Si el educando suspende dos módulos ocasionará baja definitiva.

Para aprobar el diplomado es necesario tener el 80% de asistencia.

Los participantes recibirán la docencia de forma dinámica, incluye: conferencias, técnicas participativas, seminarios problémicos, clases prácticas, discusiones grupales, revisiones bibliográficas, actividades investigativas, y seguimiento del desempeño de cada participante en el desarrollo del diplomado, adquiriendo diferentes habilidades a través de todo el tratamiento metodológico dado en los contenidos.

Todos los cursos del diplomado están ubicados en el proceso de formación académica para un mejor desempeño del docente para atender la integración en el proceso docente educativo.

El objetivo que se persigue en este diplomado con las horas de estudio independiente es el de profundizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades sobre la integración de la enseñanza, así como la formación de actitudes positivas en correspondencia a los nuevos preceptos en función de un desempeño profesional de excelencia.

El proceso investigativo propiciará las herramientas necesarias para aplicar técnicas investigativas que le permitirán conocer mejor a sus estudiantes, experimentar con nuevos métodos de trabajo en el aula u otros contextos.

TÍTULO : APRENDIENDO MÁS, PODRÁS COMPRENDER MEJOR LO QUE SUCEDE EN LA VIDA DE TU HIJO .

AUTORES : Liliana Cabrera Del Sol⁽¹⁾, Lisandra Sánchez Peñalver⁽²⁾, Yadiris Cabrera Chao⁽³⁾, Francisco Javier Rodríguez Molina⁽⁴⁾, Adalberto Durán Figueroa⁽⁵⁾

- (1) Licenciada en optometría y óptica, Profesora asistente de la Universidad Ciencias Médicas de Cienfuegos ..
- (2) Licenciada en optometría y óptica, Profesora instructora de la Universidad Ciencias Médicas de Cienfuegos
- (3) Licenciada en optometría y óptica, Profesora instructora de la Universidad Ciencias Médicas de Cienfuegos .
- (4) Estudiante de tercer año de la carrera de medicina .
- (5) Jefe de Sección Abastecimiento. Hospital Pediátrico de Cienfuegos

RESUMEN : La familia es la célula fundamental de la sociedad primaria más importante; es un lugar de refugio y comprensión pero en ocasiones puede ser escenarios de conflictos y malas decisiones que provocarían trastornos en la salud y calidad de vida del infante. Cualquier investigación encaminada al bienestar y desarrollo de la infancia, es una contribución al desarrollo humano; si se dirige al maltrato infantil, Cuba no está exenta de esta realidad, por lo que es un tema de gran importancia, para realizar cualquier actividad diaria nos apoyamos en la visión, el resto de los sentidos participa muy poco en cualquiera de las tareas que se ejecutan. Al existir una disminución de la capacidad visual el paciente comienza a confiar en una información que llega distorsionada. A pesar de los riesgos referidos, las madres expresan que no maltratan a sus hijos en ningún momento. A partir de esta problemática se realiza esta investigación, con el objetivo de caracterizar el nivel de conocimiento acerca del maltrato infantil que tienen las madres de escolares del Centro de educación especial Dionisio San Román, donde se rehabilitan niños estrábicos y ambliopes, niños de baja visión, sordo ciegos e hipoacúsicos.

Palabras clave: Prescripción facultativa, maltrato infantil.

INTRODUCCIÓN :

La familia es la célula fundamental de la sociedad primaria más importante; es un lugar de refugio y comprensión pero en ocasiones puede ser espacio de conflictos y malas decisiones que provocarían trastornos en la salud y calidad de vida del infante. Una manifestación sensible de ello es el maltrato, que con diferentes formas y matices puede afectar a todos los miembros de la familia, en especial a los niños con alguna deficiencia visual.

Las insatisfacciones de la vida diaria pueden entorpecer la dinámica familiar y, si la familia no está preparada para atender un niño con necesidades educativas especiales y no conocen o utilizan mecanismos de compensación diversos, pueden ocurrir acciones relacionadas con el maltrato infantil, no siendo capaz de entender que las prescripciones facultativas oportunas evitarán amargas experiencias en el futuro.

Cualquier investigación encaminada al bienestar y desarrollo de la infancia, es una contribución al desarrollo humano; si se dirige al maltrato infantil, el interés e importancia se redoblan como un hecho relevante para todos los sistemas de salud y a pesar de todo Cuba no está exenta de esta realidad, por lo que es un tema de gran importancia.

Las estadísticas reportadas por las agencias de servicios de protección de menores a lo largo de los EE.UU. reciben más de 50 000 denuncias semanales de sospechas de violencias a niños, tres millones de ellos esperan ser elegidos por el **medicaid**.

En el 2001, se recibieron casi tres millones de denuncias de sospecha de abuso, contra aproximadamente cinco millones de niños. En aproximadamente dos tercios (67 %) de estos casos, la información proporcionada en la denuncia fue suficiente para dar lugar a una investigación.

Como resultado de estas investigaciones, se encontró que aproximadamente 903 000 niños fueron víctimas del abuso o negligencia.

El maltrato infantil se encuentra presente en cualquier país del mundo. Un 10 % de los niños de los países ricos sufre algún tipo de maltrato y tan sólo uno de cada diez casos es investigado y probado. Los abusos psicológicos están en torno al 10 % y el abandono, es decir, la falta de cobertura de las necesidades físicas, emocionales, médicas y educacionales de un niño, afecta del 1 % al 15 % de la población infantil. Cada año mueren 155 000 niños menores de 15 años como consecuencia de abusos o negligencia perpetrados por los padres biológicos (cerca del 80 %) o los padrastros (15 %). A excepción de los abusos sexuales, que en la mayoría de los casos son perpetrados por familiares o conocidos, la mayoría de los malos tratos son cometidos por los propios padres.²

Nils Kastberg alertó que cada día en Latinoamérica mueren 220 niños víctimas de violencia doméstica y en América Latina y el Caribe cada año 6 millones de niños, niñas y adolescentes son víctimas de abusos graves.³

En Cuba, a pesar del trabajo social e institucional realizado por años, aún persisten en el seno familiar formas de maltrato, que no por ser menos frecuentes y graves, dejan de constituir un problema de salud a tener en cuenta, no solo por las instituciones de salud, sino por todas las instancias relacionadas con el desarrollo de la infancia. El hecho de que el estado cubano tenga políticas para proteger a los niños, no significa que todas las personas cumplan con tales programas y principios, cómo matricular sus niños en escuelas especiales, dejar de poner sus espejuelos, lentes de contacto, someter a operaciones o implantes que aunque no mejoren totalicen la capacidad visual o auditiva evitarán dolor y /o mejor estética en el futuro, etc.

La victimización infantil es un fenómeno complejo de la sociedad conocido desde hace siglos. Hacia 1946, se crea la UNICEF, como primer organismo internacional para proteger la infancia, siendo esta la base para llegar a la Convención sobre los Derechos del Niño y posteriormente a la Cumbre sobre la Infancia de 1990. El incremento de la

victimización infantil está estrechamente vinculado a la globalización que vive el mundo. La violencia se manifiesta independientemente del sexo, raza o precedencia étnica, produciéndose de manera indistinta el abuso físico o el emocional. La violencia contra la infancia está presente en todas las esferas de la sociedad, pero esta investigación se centra específicamente en decisiones de estado de salud del niño sin tener seriedad en los padres en el cumplimiento de prescripciones facultativas que garantizarán mejor calidad de vida, asegurándolo desde la primera infancia. Las acciones emprendidas por Cuba, específicamente en la Provincia de Cienfuegos, y otras, son ejemplos de cuanto se alcanza con mucha voluntad política, y el quehacer inmenso de los Ministerios: MINSAP y MINED en avance a partir de los años 59 con el Triunfo de la Revolución.

En Cuba existe una política gubernamental de protección al menor. Se brinda una atención médica integral desde la etapa prenatal, que continúa después del nacimiento y durante toda la vida del infante - juvenil, se garantiza la educación y existen leyes y códigos que garantizan el pleno desarrollo biológico, psicológico y social de los niños. Pero pesar de existir las diferentes acciones relacionadas con el maltrato infantil, perpetrado por miembros de la familia fundamentalmente, existen niños menores de 10 años con discapacidad física o mental o necesidades educativas especiales que son más vulnerables a sufrir algunas formas de maltrato infantil, que provocan en ellos trastornos del sueño, dificultades del aprendizaje, de la memoria y la concentración y conductas agresivas.^{5,6}

Para realizar cualquier actividad diaria nos apoyamos en la visión, el resto de los sentidos participa muy poco en cualquiera de las tareas que se ejecutan. Al existir una disminución de la capacidad visual el paciente comienza a confiar en una información que llega distorsionada.²

Se considera un paciente de baja visión aquel que tiene una agudeza visual de menor o igual a 0,3 en su mejor ojo con corrección óptica y/o tratamiento médico y/o quirúrgico o un campo visual igual o menor a los 20 ° pero que utiliza o, potencialmente, es capaz de utilizar la visión para planear o ejecutar una tarea.³

La catarata congénita constituye el 13 % de las causas de baja visión en infantes, siendo una de las primeras causas de ceguera prevenible, en Cuba actualmente se considera la segunda causa de ceguera infantil.¹⁹

La ambliopía no es más que (ojo vago) significa una disminución de la agudeza visual en uno o ambos ojos, debido a una estimulación visual generalmente no se presenta ninguna manifestación visible por lo que es necesario el examen oftalmológico para su diagnóstico y tratamiento.

Cuando se trata de niños mayores y la afección es de ambos ojos el niño puede darse cuenta que no ve bien, pero en el caso de niños pequeños como no pueden expresar lo que les sucede resulta necesario el examen oftalmológico. Esta es una de las razones por las que se deben realizar exámenes en edades tempranas.

La rehabilitación visual realizada en este centro donde muchos padres niegan a sus hijos la posibilidad de matricular tiene como objetivo fundamental conseguir el máximo nivel posible de recuperación visual, integración y que se pueda llevar a cabo en distintos ámbitos: familiar, escolar, laboral y social. Este es un proceso que se realiza por un equipo multidisciplinario integrado por oftalmólogos, psicólogos, optómetras

rehabilitadores, logopedas, sicopedagogos. Individualmente cada parte aporta sus experiencias y conocimientos, estos se fusionan y logran una adecuada adaptación del paciente a su nueva condición física y funcional.^{1,5} Por tanto los servicios de atención oftalmológica deben ser integrales, incluyendo promoción - prevención, tratamiento y rehabilitación, estos deben estar interrelacionados desde la atención primaria, secundaria conformándose equipos multidisciplinares.⁴ La misión del Centro de Educación especial Dionisio San Román y el incumplimiento de prescripciones facultativas en ambiente de hostilidad de algunos padres, manifestaciones de negligencia, escolares que permanecen fuera del tratamiento establecido según el diagnóstico, disfuncionalidad familiar y en algunos casos de violencia, fundamentalmente hacia los menores que cursan la enseñanza primaria. Muchos de estos hogares son constituidos, por nuevas parejas, madres sin preparación cultural, etc. A pesar de los riesgos referidos, las madres expresan que no maltratan a sus hijos en ningún momento. A partir de esta problemática se realiza esta investigación, con el objetivo de identificar las manifestaciones de maltrato infantil en los escolares del Centro de Educación Especial Dionisio San Román relacionadas con el incumplimiento de la rehabilitación visual por parte de sus padres..

DESARROLLO

Se realizó un estudio observacional descriptivo que se aplicó una intervención educativa con diseño de «estudio antes-después» sobre el conocimiento de algunos aspectos relacionados con el maltrato infantil corte transversal durante el período de enero 2015 a diciembre de 2017. El universo estuvo constituido por los 58 niños del centro educación especial y 12 niños que realizaban el tratamiento ambulatorio, padres de escolares del referido universo. Se analizaron variables como: edad, escolaridad, ocupación, nivel de conocimientos sobre maltrato infantil y revisiones generales de las historias clínicas. Los resultados se expresaron en tablas, gráficos, fotos, entrevistas personalizadas a padres y maestros.

No todas las madres reconocen el maltrato al niño, la negligencia y el maltrato psicológico como formas de violencia hacia los niños. Prevalcen en ellas múltiples maltratos sencillamente porque se incumple lo orientado por el facultativo cuando son necesarios otros procederes o bien porque los familiares se niegan a determinados de ellos como es el caso del tratamiento quirúrgico en el paciente con cataratas, glaucoma, tipos de estrabismos motores que luego influyen en el desarrollo visual y afectan psicológicamente al crecer:

Cuando los padres:

- ❖ Les niegan la asistencia médica a sus hijos.
- ❖ No cumplen los tratamientos indicados (adecuadamente o en el tiempo requerido).
- ❖ Prefieren que sean atendidos por otros, ajenos a la práctica médica o en el hogar (se incluyen sectas religiosas).
- ❖ Solicitan alta a petición o se fugan de la institución de salud.

La interrelación de los maestros, auxiliares pedagógicas, las nombradas Tatas de albergues tan importantes para los niños, optómetras y todo el equipo de salud con la familia puede ser importante para gerenciar los diferentes aspectos relacionados con el maltrato consciente o por desconocimiento y realizar un verdadero trabajo preventivo y correctivo de las actitudes y aptitudes asociadas a cada problemática de salud. La prevención del maltrato incluye una visión integral de cada familia, el conocimiento de los factores de riesgo asociados y las posibilidades de establecer estrategias educativas con las familias de los pacientes – alumnos más vulnerables según diagnóstico.

Podemos concluir que las entrevistas personalizadas constituyeron una estrategia educativa importante para el aumento del conocimiento sobre maltrato infantil por parte de los padres y madres, y que se logró un impacto positivo en la comprensión de aspectos significativos al maltrato y el cuidado de los niños. Estas estrategias pueden utilizarse para la educación armónica de los padres de estos niños y se pueden extender a otras instituciones que atienden a niños con necesidades educativas especiales.

La mayor actividad del desarrollo cerebral se registra entre los 3 y 4 años de la vida. El abandono y la falta de estimulación de un medio ambiente deprimido y adverso provocan un déficit de la capacidad intelectual. Los estímulos medioambientales condicionan el desarrollo general del cerebro, orientando la construcción del proceso de interconexión cerebral. Un medio ambiente sensorial caótico (las deficiencias nutritivas, correctivas compensatorias de una ambliopía) deja huellas permanentes que se van a traducir más tarde en manifestaciones patológicas de la salud a veces de baja autoestima, incapacidad de resolver algo por sí solo, hiperquinesias, abandono o pérdida de interés de los estudios.

En las familias de los niños entrevistados se detectaron varios factores de riesgo; los más frecuentes fueron el hábito de fumar, padres que no reconocen el maltrato por no cumplir con las prescripciones facultativas ni los turnos médicos, siguiendo el factor de no notar el impedimento de sus hijos para ver. (**Tabla 1**).

Antes de las encuestas realizadas, las formas que consideraban los padres eran maltrato infantil solamente: abuso físico (75,0 %), maltrato sexual (71,4 %), maltrato emocional (25 %) y negligencia en los cuidados (21,4 %). Después de los talleres mejoró significativamente el conocimiento de las diferentes formas de maltrato que sucedían (tabla 2).

También otros especialistas como el Pediatra pueden constituir un elemento importante en la detección y prevención del maltrato infantil desde temprana edad el maltrato infantil se manifestó en mayor porcentaje de 10.7 en el primer grupo de edades coincidiendo en ambos sexos. (**Tabla 3**)

Algunos de los padres encuestados tienen un nivel cultural e ingresos monetarios altos y procuran la satisfacción de las necesidades económicas de sus hijos, pero no aceptan plenamente al niño con torpeza al colocarle un apósito ocular que llama la atención a

otros mostrándose en la tabla que las encuestas arrojan mayor cantidad en la procedencia urbana en un 67.9% . (Tabla 4).

Las estrategias de entrevistas y encuestas realizadas pueden utilizarse para la educación armónica de los padres de estos niños, aunque se muestra el mayor porcentaje de 38.2 % en el grupo de las madres de 18 a 22 años y en los padres en el grupo de 30 años en adelante con un 35.7%

CONCLUSIONES

A pesar del conocimiento que puedan tener los padres sobre el maltrato infantil desde las primeras consultas médicas, advertirles sobre este tema tan importante en la conducta a seguir en todo el desarrollo de sus hijos. La causa de predominio de maltrato infantil de forma ocular fue la ambliopía ametrópica con 44.6% de incidencia por ojo. El paciente más lastimado fue con diagnóstico de Glaucoma congénito golpeado a menudo, con mal uso de los medicamentos indicado por el oftalmólogo y sin intervención quirúrgica prescrita. El Maltrato predominó en el grupo de edad entre 6 a 10 años, en el sexo masculino y de procedencia urbana. Fue más frecuente en los grupos de padres entre 23-29 y 30 o más años de edad. En las madres predominó el grupo de hasta los 22 años de edad. El maltrato infantil se encontró en mayor cuantía en los hogares rurales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Expresa Unicef su rechazo a todo tipo de violencia contra la infancia. 2009. [en línea] Disponible en: http://portalinfomed.sld.cu/socbio/printpdf/infonews_render_full/27407 Consultada el 6 de febrero de 2010.

2. Kastberg N. Seis millones de niños sufren abusos severos en Latinoamérica. Aniversario 20 de la Convención de los Derechos Humanos de los Menores; UNICEF. San José, Costa Rica; 2009. Disponible en: <http://www.unicef.org> Consultada el 9 de noviembre 2009.

3. Iglesias Pescoso I, Álvarez Lauzarique ME. Conocimientos sobre el maltrato infantil en los escenarios asistenciales de la brigada médica cubana en Oruro, Bolivia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013 [citado 2015 Mar 20];29(1):76-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100010&lng=es.

4. Torres Triana AE, Teseiro Plá MM, Herrera Perdomo D, Denis Pérez T. Caracterización del maltrato psicológico infantil en el área de salud del Policlínico "Reynold García" de Versalles. Rev Méd Electrón. 2013 [citado 20 Mar 2015];35(6):596-605. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol6%202013/tema04.htm>

5. Arés P. Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002.
6. Durán A, Díaz TM. Convivir en familia sin violencia. La Habana: Editorial Imágenes; 2005.
7. Amaro Cano M del C. Ética en la Atención Primaria En: Álvarez SR. Medicina General Integral: Ciencia y humanismo. Tomo 1. 3ra ed. La Habana: ECIMED; 2014. p. 51-2.
8. Santa Cruz C, Torres N. La creencia: un camino para la transformación. Especialización en prevención del maltrato infantil. 1ra ed. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2001.
9. Calzada Reyes A. Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. Rev Cubana Med Gen Integr. [seriada en Internet] 2004;20(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500011&lng=es
10. Alfonso Delis O, Fernández Couse G, Perea Corral J, García García FE. Algunas características del maltrato físico al niño en nuestro medio. [en línea] Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev9/mfis.htm
11. CEPAL y UNICEF. Protección infantil contra el abuso y la violencia. [en línea] 8 de marzo de 2011. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/estado_mundial_infancia_2011.pdf
12. Fernández Couse G, Perea Corral J. Síndrome del maltrato infantil. Rev Cubana Pediatr. [seriada en línea] 2004;76(3).

ANEXOS :

Anexo 1: Tablas y gráficos.

Tabla 1. Factores de riesgo

Factores de riesgo	n	%
En su familia existen otros con ese problema	8	28,6
Hábito de fumar	19	27,5
Embarazo no deseado	5	17,9
Reconocen desconocimiento del maltrato	19	67,9
Insatisfacción profesional	4	14,3
No reconocen la importancia del problema	9	32,1
No notan el problema de impedimento en los niños	10	35,7

Tabla 2. Formas de maltrato infantil más frecuente que sucedía y los padres no consideraban de esa forma.

Forma de maltrato	Antes de las entrevistas		Después de los talleres	
	No.	%	No.	%
No orientar al hijo (a) sobre uso del apósito	32	100,0	20	73,6,0
No insistir al hijo (a) en el uso de los espejuelos	12	71,4	28	76,3
Maltrato emocional	7	29,5	4	15,7
Negligencia en los cumplimientos de turnos médicos	5	17,9	3	15,7
No hacer lo posible por la intervención quirúrgica indicada	2	7,4	2	7,4

Tabla 3. Maltrato infantil según la edad y sexo

Grupos de Edades (Años)	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%

0-5	6	10.7	6	10.7	12	20.9
6-10	4	7.2	12	26.9	16	34.9
11-15	2	6.9	2	6.9	4	12.9
Total	12	25.4	20	66.6	32	100.0

Tabla 4. Maltrato infantil según la procedencia

Procedencia	N ^o	%
Urbana	20	67.9
Rural	12	32.1
Total	32	100.0

Tabla 5. Maltrato infantil según edad de los padres

Edad de los padres x (años)	Madres		Padres	
	N ^o	%	N ^o	%
Hasta 18 - 22	10	38.2	6	23.2
23-29	12	32.4	10	30.7
30 o más	10	30.4	16	35.7
Total	32	100.0	32	100.0

Gráfico 1. Maltrato Infantil

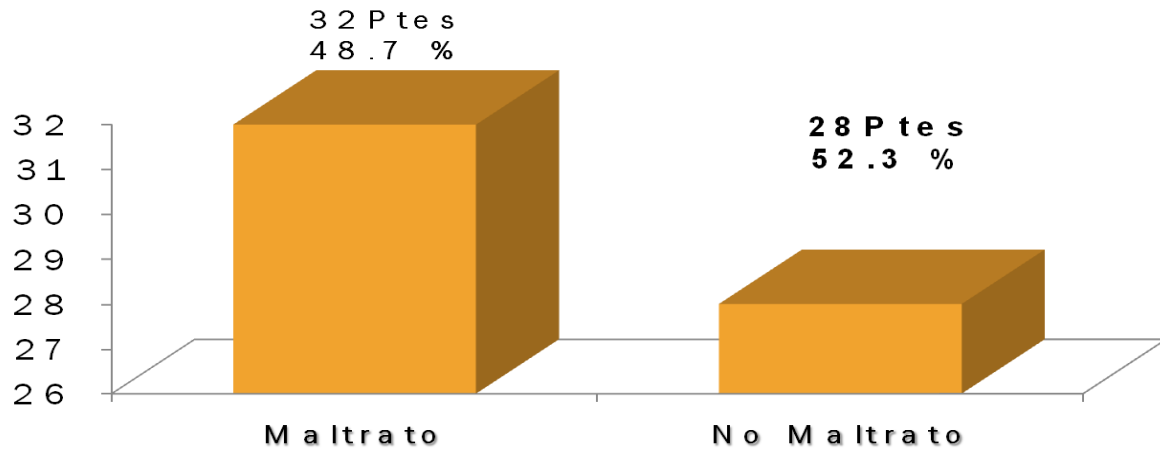


Gráfico 2. Maltrato Infantil según manifestaciones Oftalmológicas

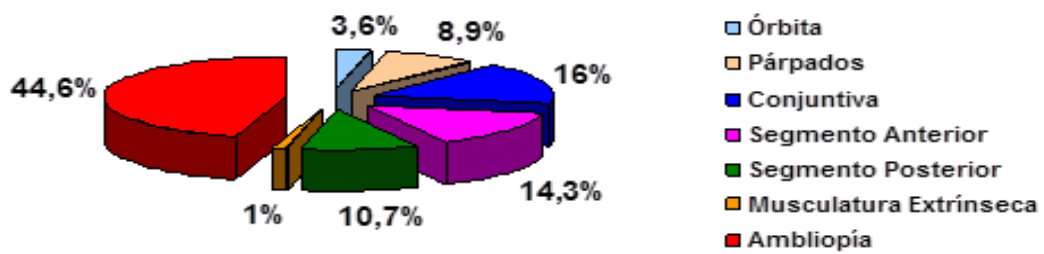
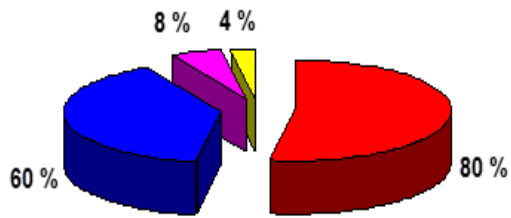


Gráfico 3. Causas de la Ambliopía en el maltrato infantil



- No se le realizan las oclusiones al niño de la forma adecuada
- No se le exige el uso adecuado de su corrección óptica
- Recurren a tratamientos alternativos
- Fanatismo religioso

ARTROCENTESIS EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL. CIENFUEGOS 2015-2017.

Autor: Dr. José Daniel Gil Milá, josed90@nauta.cu, Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba.

Coautor: Dr. Julio Romero Rodríguez juliocienfuegos2014@gmail.com, Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba. Máster en Urgencias Médicas.

Resumen

Se realizó un estudio de intervención prospectivo en el período de tiempo del 2015 al 2017, en el hospital general universitario Dr. "Gustavo Aldereguía Lima", servicio de Cirugía Maxilo-Facial de Cienfuegos. En el cual se seleccionó en consulta multidisciplinaria de la ATM a 37 pacientes con disfunción de la articulación temporomandibular que cumplían las indicaciones para la ejecución de la artrocentesis. El dolor en la región pre-auricular, sintomatología dolorosa referida de severa, bloqueo articular entre 25 a 35mm a la llegada del paciente a consulta, marcaron la prevalencia en este estudio. Siguiendo le evolución durante tres semanas, luego de realizada la técnica no se registraron complicaciones, disminuyó o desapareció el dolor, se registraron valores de apertura mayor de 35mm y satisfacción del total de los pacientes.

Palabras claves: Articulación temporomandibular, artrocentesis.

Introducción

La articulación temporomandibular (ATM), es una articulación gínglimo-artrodial compleja, condílea, combinada, sinovial, formada por el cóndilo mandibular y el complejo tubérculo articular-fosa articular del temporal. En su interior se encuentra el disco articular, formado por el menisco articular y las inserciones de éste a la parte posterior (ligamento o banda posterior) y anterior¹. Este disco divide la ATM en dos cavidades, el compartimento articular superior o tempordiscal y el inferior mandibulodiscal. Por su complejidad y función está sujeta a importantes cargas articulares pues la musculatura masticatoria es una de las más potentes del organismo, la influencia de la oclusión dentaria, hábitos para funcionales como el bruxismo, problemas psicológicos, estrés, ansiedad, trastornos del sueño y factores externos e internos engloban el universo etiológico de las afecciones de la citada articulación^{1,2}. La patología de la ATM puede ser dividida en dos grandes grupos: el dolor miofascial (síndrome miofascial-SMF), y el síndrome de desarreglos internos o síndrome de disfunción temporomandibular (SDTM). Como tratamiento surge la artrocentesis que es una intervención que consiste en inyectar un líquido específico, en concreto suero Ringer Lactato, para distender la articulación. En ese momento el disco articular se libera y mediante unos movimientos y manejos de la mandíbula del paciente conseguimos devolverlo a su posición original. De este modo, el bloqueo articular desaparece reduciendo el dolor, al tiempo que la función de la articulación se recupera, llegando hasta volver casi a la normalidad^{3,4,5}. El lavado del espacio articular superior de pacientes con limitación a la apertura bucal y con

desplazamiento anterior y medial del disco sin reducción se realiza con numerosos agentes como: soluciones de Lactato de Ringer, cloruro de Na, esteroides como la triamcinolona o betametasona, agentes anestésicos (lidocaína, mepivacaína) opiáceos, el hialuronato de sodio, entre otros, con diferentes concentraciones^{3,6}. Esta técnica de infiltración se encamina a lograr el lavado de la estructura anatómica lesionada el “locus dolendi”, teniendo en cuenta que a través de una técnica depurada, manos hábiles y experimentadas representa una opción terapéutica de incalculable valor para el tratamiento del dolor y la limitación funcional^{1,3,7}. Se realiza logrando establecer un punto de entrada y de salida para generar acceso al espacio intrarticular, lograr perfundir el área y a través de una presión hidráulica expandirla permitiendo reponer en su posición el disco, este circuito a su vez, permite la salida mediante el lavado de los elementos inflamatorios que generan los desarreglos articulares. Atendiendo a la simplicidad en cuanto a los medios necesarios para realizarla, se garantiza una previa preparación del paciente y del campo quirúrgico, pudiendo llevarse a cabo en el sillón dental o en una camilla^{1,8,9,10}. No es necesario rasurar la patilla. Después, se colocarán dos esparadrapos anchos por encima y por detrás de la oreja (vendaje de Machado)^{9,11}. Limpiar el campo quirúrgico con una solución antiséptica, previa colocación de un algodón o trozo de gasa en el conducto auditivo externo (CAE) para evitar la entrada de líquido⁹. Trazado con tinta de las referencias anatómicas: la línea de Holmlund y Helsing que une el trago con el canto externo del ojo es una referencia válida^{8,9,12}.

Tarro describió el punto de punción para la vía póstero-lateral de introducción de la cánula a 10 mm por delante del trago y 2 mm bajo la línea canto-trago (punto A); la vía lateral (de drenaje) está 20 mm por delante del trago y 7 mm bajo la línea (punto B)⁹. Infiltrar inicialmente el nervio aurículotemporal que discurre paralelo al borde posterior de la rama mandibular, la piel y los tejidos blandos con la aguja fina (de insulina) sin penetrar en la articulación, utilizando un anestésico local con vasoconstrictor para evitar el sangrado durante la introducción del trocar; no infiltrar con más de 1 ml. para evitar la paresia de la rama frontal^{9,13}. Se penetra la cápsula de la ATM con la aguja intramuscular instilando 2 ml de anestésico local o suero (si se quiere obtener una muestra de líquido sinovial para analizar) para distenderla articulación y que sea más fácil introducir la cánula. Se comprueba que se ha entrado en la articulación ya que al instilar se nota una resistencia y se observa un efecto de émbolo hacia atrás del pistón de la jeringa^{9,14,15}. Se retira entonces la aguja sin dejar de instilar, con el fin de que la ATM permanezca distendida⁹. Con la boca del paciente en máxima apertura se dirige la aguja en un ángulo de 45° de atrás adelante y de abajo arriba con suaves movimientos rotatorios de la muñeca hasta palpar con la punta del trocar el reborde de la fosa articular^{9,16}. Este punto suele encontrarse a unos 15 mm de la piel^{9,17}. Nunca se debe introducir ningún instrumento en la articulación sin visión directa a más profundidad de 25 mm, por ello la cánula milimetrada es muy útil⁹. Se comprueba la buena salida de líquido con el resto de anestésico que teníamos en la jeringa de 10 ml⁹. A partir de entonces se conecta la jeringa de 50 ml y se realiza un lavado constante con suero Ringer Lactato con el fin de distender la articulación^{9,18}. Con una primera jeringa de 50 ml simplemente lavamos, repetimos hasta perfundir 150ml indicando al paciente la realización movimientos mandibulares de apertura y laterotrusiones activas simultáneamente al lavado, así como técnicas pasivas de distracción en los planos vertical, sagital y transversal, con el fin de movilizar el disco, distender el sistema cápsula-ligamentoso y favorecer el drenaje^{9,10}. Se le indican al

finalizar la técnica ejercicios con tope mandibular en máxima apertura se debe tener la boca abierta con tope colocado durante 3 minutos cada hora los 3 primeros días^{9,19}. Luego, movimientos de máxima apertura, activos y pasivos con los dedos, y movimientos de lateralidad activa durante 1 mes más². Dieta turmix 7 días, blanda al menos 1 mes, fomentos fríos local el día de la cirugía, calor local (húmedo) el día después y mientras dure la fisioterapia mantener el control del estrés^{8,9,19,12}. El objetivo del presente trabajo es determinar los resultados del uso de la artrocentesis en pacientes atendidos en el Hospital Docente Dr. “Gustavo Aldereguía Lima” con disfunción de la articulación temporomandibular.

Desarrollo

Material y Método

Se realiza un Estudio de intervención, con un diseño longitudinal prospectivo (cohorte de pacientes). Tomando como escenario el Servicio de Maxilofacial del Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. En el período de Octubre del 2015 a Marzo del 2017. Teniendo como universo Los 37 pacientes seleccionados en la consulta multidisciplinaria con disfunción de la ATM luego de seis meses con tratamiento primario sin resolver el cuadro clínico doloroso adjunto a la imposibilidad de la apertura bucal y que de su consentimiento informado de ser intervenido quirúrgicamente. Incluyendo en el estudio pacientes con persistencia de dolor e imposibilidad de apertura bucal ocasionados por la disfunción temporomandibular luego de seis meses con tratamiento sin mostrar evolución satisfactoria, sintomatología dolorosa aguda como evento dentro del ciclo del dolor, contractura, dolor. Episodios de dolor intenso, disminución marcada de la apertura oral y bloqueos repetidos sin reducción. (Estadio III). Dolor articular crónico, bloqueos sin reducción, disminución de la apertura oral, curso clínico ondulante. (Estadio IV). Crepitación, dolor y gran dificultad funcional. (Estadio V). Se excluyen los que muestran alergia a los anestésicos locales o a la sustancia con la cual se va a realizar la infiltración. Infección cutánea en la zona o en área cercana a la misma por riesgos de diseminación. Pacientes con patología cardíaca o hematológica que presenta alteración en la coagulación o agregación plaquetaria, por el riesgo de hematoma y sangramiento. Pacientes que por condiciones patológicas y de tratamientos a los cuales están sometidos o fueron sometidos presentan inmunosupresión. Patologías tumorales cercanas o a distancia. Pacientes con infiltraciones anteriores si evidencia clínica referida de evolución favorable y embarazadas. Teniendo como criterio de salida a aquel paciente que durante el período del estudio por cualquier motivo personal abandona de forma definitiva de la consulta de seguimiento.

Material e instrumental utilizado en la técnica:

Jeringa de insulina, Jeringa de 10 ml, Jeringa de 50ml, Anestesia Lidocaína al 2% con epinefrina 1:50 000, Regla milimetrada, Solución Ringer Lactato cada 100ml contiene: Cloruro de sodio 600mg, Cloruro de potasio 30mg, Cloruro de calcio 2H₂O 20mg, Lactato de sodio 310mg, agua para inyección, 1 ampula de azul de metileno, riñonera, 2 agujas, 1 pinza anillo, Paños estériles, esparadrapo, gasas estériles y solución antiséptica.

➤ **Análisis y discusión de los resultados:**

En cuanto al dolor (anexo 1), prevalece la localización del dolor en la región pre-auricular donde se agrupan 34 pacientes representando un 91,9%, esta área anatómica es propensa a sufrir con regularidad por la vecindad con la ATM, mostrándose como área de referencia ante esta patología. La interpretación del dolor, tomando de herramienta la escala visual análoga registra valores en el rango enmarcado como severo en 20 pacientes para un 54,1%, la sensación de intensidad más allá de la agudeza se alcanza por el continuo trauma al que se expone la ATM en estos pacientes. El perfil del dolor más frecuente es el punzante en 28 pacientes para un 75,7%, la compresión de una articulación afectada se traduce generalmente para el paciente como un síntoma que concuerda en su entendimiento con este perfil. Entre los factores que lo influyen la masticación se registra en 33 pacientes para un 89,2% reforzando la idea de que esta función compleja con movimientos enérgicos y contacto oclusal detonan la clínica dolorosa de una ATM sometida a otros factores de riesgo. En cuanto al inicio de la sintomatología dolorosa atendiendo al tiempo, difiere del estudio realizado por Bermejo³ en el cual prevalece el inicio en años. El dolor en los tejidos que circundan la articulación por supuesto que será el más común como se muestra en el trabajo de Bermejo³ donde generalmente es un dolor que cede en el reposo mandibular dolor que es interpretado por los pacientes como punzante. Encontrando en su revisión como la dieta influye en el desencadenamiento de esta sintomatología y por consiguiente la función de la masticación. En el (anexo 2), muestra la prevalencia del chasquido en 32 pacientes representando un 86,6%, este ruido articular en particular se produce siempre en el inicio de las afecciones de la ATM hablando del comienzo de una desarmonía fosa, cóndilo y disco en una posición no anatómica de este último. La localización de los ruidos articulares fue más frecuente del lado derecho con 18 pacientes representando un 48,6% del total, resultado que permite caracterizar clínicamente a pacientes con disfunción de la ATM en vista al tratamiento. En el estudio y análisis de bibliografía realizado por Bermejo³ se encuentra muy común en la clínica de la articulación el conocido click o chasquido en este tipo de patología. En cuanto a la articulación más afectada teniendo en cuenta que en los casos donde la afección no es bilateral, coincide el ruido articular con la articulación afectada, siendo en este estudio la derecha. Resultado distinto al estudio de Guerra⁴ y Sanroman⁴ los cuales exponen la izquierda como la más afectada. En cuanto a la apertura oral antes del tratamiento prevalecieron los valores entre 25 a 35 mm abarcando del total el 86,5% equivalente a 32 pacientes. Los resultados obtenidos luego del tratamiento (anexo 3), tomados en tres ocasiones con intervalos de siete días, para evaluar a través de la clínica los resultados alcanzados. Muestran que el dolor disminuyó en la primera semana en un 100% de los pacientes, manteniéndose esta condición en 30 pacientes en la segunda semana y en la tercera en 10 pacientes representando un 27,0%. La desaparición del dolor se evidenció en 7 pacientes en la segunda semana y en la tercera en 27 representando un 73,0%, validando así el principio de perfusión en la artrocentesis como medio de arrastre de mediadores participantes en la fisiopatología del dolor. La apertura oral mejoró de igual forma, progresivamente, obteniendo resultados en la primera semana con 34 pacientes entre 25 y 35mm, en la segunda semana 10 pacientes representando el 27,0%. En cuanto a los valores de apertura oral mayores de 35mm se logró un 100% en la tercera semana post-

artrocentesis, reafirmando el efecto de presión hidráulica que genera expansión intra-articular. Los ruidos articulares desaparecieron en 32 pacientes al culminar la evaluación representando un 86,5% del total de pacientes, se entiende el resultado por el efecto que genera en la reposición del menisco y favorecer a la lubricación intracapsular. En el caso del dolor a pesar de tomar períodos de tiempo diferentes en la evolución, se comporta igual en el estudio de Guerra^{4,21} donde la mayoría al finalizar la evolución oscilaban el dolor en el criterio de leve. Los valores de la apertura muestran el 100% con más de 35mm coincidiendo con el estudio realizado por Guerra^{4,6,20} el cual ya a las 72h registró valores de 37mm. Se evidencia de igual evolución en el estudio realizado por Dolwick⁴. El cambio en la cualidad de los ruidos articulares se muestra desde la primera semana comportándose diferente al estudio realizado por Guerra⁴ el cual mostró reforma de los mismos luego de 45 días.

Conclusiones

El estudio reafirma la artrocentesis como técnica quirúrgica válida en la terapéutica, efectiva, obteniendo resultados clínicos satisfactorios en pacientes con disfunción de la ATM, generando alivio del dolor y retornando la apertura oral en solo tres semanas. Demostró que la realización exacta y depurada de la técnica evita complicaciones en el trans y post-operatorio, requiriendo para su realización recursos viables en nuestro medio.

Referencia Bibliográfica

1. Castell G P , I Hernández A M. Evolución de la ansiedad, depresión y factores psicopatológicos en pacientes con trastornos temporomandibulares. Diseño de un protocolo multidisciplinar. Universidad de Murcia.España.2015;9(1):4-11.
2. Bermejo J. Estudio clínico de un grupo de pacientes con desordenes temporomandibulares en la región de Murcia. Universidad de Murcia.2013;19(5):45-9.
3. Monje Gil F, Cirugía de la articulación temporomandibular: desde la cirugía mínimamente invasiva hasta la reconstrucción articular completa.Resemenes de conferencia.2010.
4. Guerra C O, Rodríguez M,Sarracent H, Casanova D CP. ARTROCENTESIS. EVALUACION CLINICO-TERAPEUTICA EN LAS DISFUNCIONES TEMPORO-MANDIBULARES. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 2011;5(3):34-40.
5. Garcia-H MA, Romero J, Mena G E. Articulación temporomandibular. Reemplazo con prótesis aplástica. 2014;6(2):13-18.
6. Almasan O C, Baciut M, Artimoniu H. Skeletal pattern in subjects with temporomandibular joint disorders. 2014;14(7):34-47.
7. Bouchard C, Goulet JP, El-Ouazzani M, Turgeon AF. Temporomandibular Lavage Versus Nonsurgical Treatments for Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Oral Maxillofac Surg. 2017 Jul;75(7):1352-1362. doi: 10.1016/j.joms.2016.12.027. Epub 2017 Jan 4. Review. PubMed PMID: 28132759.
8. Granizo L RM, Vázquez S E, Cebrián C JL. Artrocentesis de la articulación temporomandibular. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.Cap 20.2012.(7);25-55.

9. Marzal H E, Edo LI M, Viladot P R, Tecnicas de infiltracion, Manual Practico. Segunda Edicion. Elsevier. 2012; 6:120-130.
10. Cömert Kiliç S. Does Injection of Corticosteroid After Arthrocentesis Improve Outcomes of Temporomandibular Joint Osteoarthritis? A Randomized Clinical Trial. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016 Nov; 74(11):2151-2158. doi:10.1016/j.joms.2016.05.027. Epub 2016 Jun 12. PubMed PMID: 27376184.
11. Zhu P, Lin H, Zhou Q, Lv J, Zhang Z, Xu Y. Dynamic Evaluation of Lavage Efficacy in Upper Compartment of the Temporomandibular Joint. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017 Feb; 75(2):276-283. doi: 10.1016/j.joms.2016.08.025. Epub 2016 Aug 30. PubMed PMID: 27663533.
12. Nitzan DW, Svidovsky J, Zini A, Zadik Y. Effect of Arthrocentesis on Symptomatic Osteoarthritis of the Temporomandibular Joint and Analysis of the Effect of Preoperative Clinical and Radiologic Features. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017 Feb; 75(2):260-267. doi: 10.1016/j.joms.2016.08.017. Epub 2016 Aug 25. PubMed PMID: 27643632.
13. Bouloux GF, Chou J, Krishnan D, Aghaloo T, Kahenasa N, Smith JA, Giannakopoulos H. Is Hyaluronic Acid or Corticosteroid Superior to Lactated Ringer Solution in the Short Term for Improving Function and Quality of Life After Arthrocentesis? Part 2. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017 Jan; 75(1):63-72. doi: 10.1016/j.joms.2016.08.008. Epub 2016 Aug 20. PubMed PMID: 27632067.
14. Brennan PA, Ilankovan V. Arthrocentesis for temporomandibular joint pain dysfunction syndrome. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006 Jun; 64(6):949-51. PubMed PMID:16713811.
15. Marty P, Louvrier A, Weber E, Dubreuil PA, Chatelain B, Meyer C. [Arthrocentesis of the temporomandibular joint and intra-articular injections : An update]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* 2016 Sep; 117(4):266-72. doi: 10.1016/j.revsto.2016.07.020. Epub 2016 Aug 21. Review. French. PubMed PMID 27554488.
16. Potier J, Maes JM, Nicot R, Dumousseau T, Cotelle M, Ferri J. [Temporomandibular joint disc surgery]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* 2016 Sep; 117(4):280-4. doi: 10.1016/j.revsto.2016.07.014. Epub 2016 Aug 17. Review. French. PubMed PMID: 27544817.
17. Nan Z, Guoliang J, Zhongyin W. [Clinical symptoms and temporomandibular joint disc deformity study of Wilkes III stage patients treated with arthrocentesis]. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2015 Dec; 33(6):585-8. Chinese. PubMed PMID: 27051949.
18. Jamot SR, Khan ZA, Khan TU, Waraich RA, Farooq M. Arthrocentesis For Temporomandibular Joint Pain Dysfunction Syndrome. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2017 Jan-Mar; 29(1):54-57. PubMed PMID: 28712174.
19. Linares T E K, Sáez Y M^aR, Hernández Il M, Corbalán S P, Bermejo F A. Variabilidad anatómica del ángulo mandibular en pacientes con desórdenes temporomandibulares (DTM). *Av. Odontoestomatol* 2004; 20-2: 95-99.
20. Abboud W, Yahalom R, Givol N. Treatment of intermittent locking of the jaw in Wilkes stage II Derangement by Arthroscopic Lysis and Lavage. *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.* Elsevier. 2015; 12(5):3-9.

Anexos

Anexo 1. Características relacionadas con el dolor según parámetros estudiados. Cienfuegos 2015-2017.

Localización del dolor	No.	%
Región Pre-Auricular	34	91,9
Región Temporal	5	13,5
Tercio medio facial	5	13,5
Tercio inferior facial	4	10,8
Interpretación del Dolor		
Moderado	17	45,9
Severo	20	54,1
Perfil del Dolor		
Punzante	28	75,7
Pulsátil	9	24,3
Factores que lo influncian		
Masticación	33	89,2
Presión/Contacto	11	29,7
Espontaneo	3	8,1
Frío/Calor	1	2,7
Actividad	1	2,7
	n = 37	

Anexo 2. Características de los ruidos articulares. Cienfuegos 2015-2017.

Cualidad del Ruido	No.	%
Chasquido	32	86,5
Crepitación	5	13,5
Localización del ruido		
Bilateral	12	32,4
Derecha	18	48,6
Izquierda	7	18,9
Apertura Bucal		
Menos de 25 mm	5	13,5
De 25 a 35 mm	32	86,5
	n = 37	

Anexo 3. Resultados de la artrocentesis relacionados con dolor, apertura oral y ruidos articulares. Cienfuegos 2015-2017.

	Evolución		
	1er.	2da.	3ra.
	No. y %	No. y %	No. y %
Dolor			
Disminuyó	37 100,0%	30 81,1%	10 27,0%
Desaparece	-	7 18,9%	27 73,0%
Apertura Post artrocentesis			
De 25 a 35mm	34 91,9%	10 27,0%	-
Más de 35mm	3 8,1%	27 73,0%	37 100,0%
Cualidad de los ruidos articulares post artrocentesis			
Crepitación	1 2,7%	1 2,7%	1 2,7%
Chasquido	4 10,8%	4 10,8%	4 10,8%
Sin ruido	32 86,5%	32 86,5%	32 86,5%
	n = 37	n = 37	n = 37

Título: ASIStente: un procesador de datos para la confección del Análisis de la Situación de Salud.

Autores:

Vladimir Calderón Méndez, Estudiante de quinto año de Medicina, Universidad Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba

María Isabel Aragón Vargas, Estudiante de quinto año de Medicina, Universidad Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba

TuanAnh Le Ngoc, Estudiante de quinto año de Medicina, Universidad Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba

MSc. María Lina Valdés Gómez, Profesora Departamento Salud Pública, Universidad Ciencias Médicas Cienfuegos, Cuba

MSc. Hilda María Delgado Acosta, jdsalud@ucm.cfg.sld.cu, Jefe de departamento Salud Pública Universidad Ciencias Médicas Cienfuegos, Cuba

RESUMEN

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) constituye un instrumento imprescindible en la labor del médico de familia. ASIStente es un producto de desarrollo tecnológico digital que consiste en un sistema automatizado de gestión de datos que se diseñó con el objetivo de facilitar la confección del ASIS por los estudiantes en el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Salud Pública del 5to año de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos del curso 2016-2017. Fue desarrollado en base al software Microsoft Excel versión 2010. Puede ser ejecutado en el sistema operativo Windows XP o superior, MAC y Linux que requiere de ≥ 1 GB de memoria RAM, procesador ≥ 0.7 GHz. Las variables utilizadas recogen todos los componentes del estado de salud de la población y se encuentran ordenadas de acuerdo a la guía metodológica para realizar el ASIS. Ofrece bondades para el cálculo de indicadores como Índice de Rocet, Índice de dependencia, Optimo fecundo, Índice de masculinidad y tablas de salida de edad y sexo, nivel de escolaridad, ocupación, satisfacción de las necesidades básicas, riesgos ambientales, riesgos individuales para la salud, riesgos sociales, laborales y genéticos, incidencia de enfermedades trasmisibles, incidencia y prevalencia de enfermedades no trasmisibles, nivel inmunitario, grupo dispensarial, pesquisa de cáncer de mama y próstata. El ASIStente es un instrumento útil que se puede aplicar en la realización del ASIS por los estudiantes de Medicina y puede ser extensivo a los médicos y enfermeras de familia.

Palabras claves: Análisis de la Situación de Salud, Estado de Salud de la Población

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) en Cuba tiene como principal objetivo contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta los principios de la Salud Pública así como los determinantes y componentes que actúan como factores causales de los diferentes problemas de salud.

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS), es la primera función esencial de Salud Pública y es un instrumento fundamental para evaluar el impacto de las políticas públicas, mejorar el diseño y la implementación de políticas, estrategias y programas que los gobiernos y la sociedad en su conjunto implementan para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible.

El ASIS es una actividad necesaria en la APS, que tiene como propósito: Identificar las características socio- psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.¹

El análisis de situación de salud como "procedimiento" tiene valor histórico indiscutible, y si se acepta como instrumento útil para desarrollar la estrategia sanitaria actual, debe dársele un mejor y mayor uso por parte de los servicios, propuesta que sería consecuente con su evaluación histórica futura.²

El análisis de la situación de salud es un tema imprescindible en la formación del médico de familia, cuyo desempeño, sustentado en los problemas de salud de la comunidad, requiere de ese instrumento facilitador tanto para la identificación y solución de los principales problemas y de riesgo de salud que se encuentren en la comunidad, acciones en las que debe participar total o parcialmente el personal responsabilizado con la tarea de mejorar el estado de salud de la población y esta misma haciéndola protagonista de dicha acción.^{3,4}

Es por ello que el ASIS es objetivo fundamental por los estudiantes durante su aprendizaje en la asignatura Salud Pública del 5to año de la Carrera de Medicina. En su elaboración se identifican dos etapas³:

- Recogida de información e interpretación de los datos: Diagnóstico de la Situación de salud.

- Análisis con los actores sociales para precisar las necesidades sentidas de salud y prioridades que no siempre se identifican en el proceso de diagnóstico.

La primera etapa es determinante en la calidad del documento que se obtendrá al final del proceso es de gran importancia para garantizar la exactitud del diagnóstico de los problemas de salud de la población. Sin embargo, el enorme volumen de datos cualitativos y cuantitativos, su recolección y apropiado procesamiento se convirtieron en "pesadillas" para los estudiantes de medicina y los médicos de familia los que en ocasiones, cometen errores evitables en los cálculos y procedimientos estadísticos disminuyendo la calidad de su trabajo.⁵

Lo que ha llevado a la necesidad de desarrollar una herramienta de gestión de datos automatizada para lograr el apropiado manejo de la información disponible por medio de la informatización del proceso, pasos necesarios para la confección

del análisis de los problemas de salud de la población, así como facilitar el acceso a la información requerida para la actividad gerencial e investigativa a todos los niveles, con una marcada superioridad cualitativa y cuantitativa que además resulta ser fácilmente actualizable.

El desarrollo vertiginoso de la ciencia y la técnica en los últimos años ha tocado todas las esferas del desarrollo humano, en especial en el ámbito científico dentro del que la Medicina no puede estar excluida ya que se nutre día a día de una dinámica de desarrollo en extremo exigente y voluminosa permitiendo una mejor atención integral a las poblaciones, así como una mayor calidad en los servicios en materia de salud que se prestan en la actualidad en el mundo entero.

Las ciencias informáticas y sus “super-especialidades” juegan un papel fundamental en el desarrollo de la Medicina del siglo XXI. Con la introducción de nuevos equipos, técnicas, sistemas y medios que posibilitan una mejor asistencia médica ⁽¹⁾ tanto individual como colectiva alcanzando niveles nunca antes imaginados. Los autores fueron inspirados en la idea de contribuir con el vertiginoso desarrollo de la Medicina social cubana, basando las expectativas en el diseño de nuevos productos de interés.

Teniendo en cuenta lo señalado, se puede inferir que existe una **Situación Problémica** debido a una contradicción entre la situación actual referente a la realización del ASIS a partir de las diferentes variables necesarias para su correcto procesamiento e interpretación que dadas las características presentes se confecciona de manera manual en todas sus etapas que obviamente dificulta su aprendizaje y aplicación por los estudiantes, todo lo cual los distancia del estado deseado que sería su realización mediante el uso apropiado de las Tecnologías de la Información (TICs) como herramientas al alcance en nuestro medio para su procesamiento, aprendizaje aplicación eficiente de dicha información con posibilidades de generalización en la práctica asistencial, docente e investigativa.

Por tal motivo este estudio se guía mediante el siguiente **Problema Científico**: ¿Cómo contribuir al perfeccionamiento del procesamiento de los datos para la realización de la ASIS por los estudiantes durante su aprendizaje en la asignatura Salud Pública del 5to año de la Carrera de Medicina en el curso 2016-2017?

Para darle respuesta a esta interrogante se plantea como objetivo: Desarrollar un sistema automatizado de gestión de datos para facilitar el procesamiento de los mismos en la confección del Análisis de la Situación de Salud por los estudiantes en el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Salud Pública del 5to año de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado” de Cienfuegos del curso 2016-2017.

DESARROLLO

DISEÑO METODOLÓGICO

ASISTENTE, es un producto de desarrollo tecnológico digital, es un sistema de gestión de datos que se desarrolló por un grupo de estudiantes de quinto año de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado” de Cienfuegos, antes y durante su estancia en la asignatura de Salud Pública del

mes de febrero a abril del 2017, con el objetivo de desarrollar una herramienta para facilitar el procesamiento de los datos que se necesitan para la confección del Análisis de la Situación de Salud de la población, que constituye un objetivo fundamental de la rotación por la asignatura.

Las variables utilizadas son: sexo, año de nacimiento, color de piel, peso, talla, escolaridad, ocupación, nacidos vivos, salario, grupo dispensarial, factores de riesgo individuales, enfermedades no transmisibles y transmisibles, datos por familia/vivienda, nivel inmunitario. Una vez introducidos los datos ASISTENTE ofrece indicadores como Índice de Rocet, Índice de dependencia, Optimo fecundo, Índice de masculinidad y tablas de salida de edad y sexo, color de la piel, peso y talla, nivel de escolaridad, ocupación, satisfacción de las necesidades básicas, riesgos ambientales, riesgos individuales para la salud, riesgos sociales, laborales y genéticos, incidencia de enfermedades trasmisibles, incidencia y prevalencia de enfermedades no trasmisibles, nivel inmunitario, grupo dispensarial, pesquisa de cáncer de mama y próstata.

Esta sencilla herramienta permite al usuario conocer de forma dinámica y en “tiempo real” el valor cuantitativo de las diferentes variables en estudio que se procesan en las diferentes tablas de salidas y los diferentes indicadores que el programa está preparado para generar y que a su vez facilita el proceso de interpretación de los datos presentados ya que marca de forma automática los mayores recuentos tanto relativos como absolutos de las diferentes variables medidas y a su vez posibilita en caso de ser necesario la corrección de datos que hayan cambiado en el tiempo o que por cualquier razón sean fraudulentos, reorganizando y reajustando los valores presentados en las diferentes variables que el procesador presenta de una forma automática y dinámica.

ASISTENTE es un procesador de datos de fácil manejo y ejecución en el sistema operativo Windows XP o superior, MAC y Linux que requiere de ≥ 1 GB de memoria RAM, procesador ≥ 0.7 GHz.

Se desarrolla sobre la base del software Microsoft Excel versión 2010 con la utilización de los conocimientos básicos de las ciencias informáticas, que mezcladas con un poco de empeño y creatividad por los autores que haciendo uso de las diferentes funciones lógicas y matemáticas, el marcado automático de datos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, la limitación de las posibilidades al usuario de introducción de los posibles valores que se miden en dependencia de los criterios del estudio y una auto guía que el programa presenta desde el momento en que el usuario ejecuta el procesador. El programa permite conocer de forma dinámica y en “tiempo real” los diferentes valores que se procesan en las diferentes tablas y en los diferentes indicadores que el programa está preparado para generar y en caso que sea necesario la corrección de datos que hayan cambiado en el tiempo o sean fraudulentos, reorganizando y reajustando los datos a medida estos cambian en la población de estudio.

Es importante para los autores mencionar que han sido desarrolladas hasta la fecha 2 versiones del procesador, la primera por razones de necesidad propia de auto-asistir en la confección del ASIS y de ayudar a los compañeros estudiantes del curso a la confección del mismo, primera versión que se probó con 6 estudiantes del grupo 6 del 5to año de medicina, que presentó algunos errores en

cuanto al manejo de los datos y una inapropiada organización de la información que se procesó que aumenta la brecha del usuario en la posibilidad de cometer errores por las razones ya expuestas.

Es la segunda versión del procesador la que se presenta en este documento, basada en el núcleo de la idea central de la primera, pero esta vez con mayor eficiencia y efectividad en cuanto al manejo de los datos y la eliminación al máximo de los anteriores errores detectados hasta el momento por los autores. Es preciso mencionar que el procesador ha sido probado con más de 4000 datos diferentes en cada una de las variables que está preparado para procesar y presentar, acciones que permitieron el reconocimiento del más mínimo error lo cual fue corregido logrando así mejorar al máximo la utilidad de ASISTENTE.

Para el logro del segundo objetivo, se presentó por parte de los autores y los tutores del trabajo el procesador de datos ASISTENTE como herramienta a utilizar para la confección del ASIS que es el ejercicio que presentan los alumnos como examen práctico al final de la rotación por la asignatura Salud Pública. La población estuvo constituida por todos los estudiantes (210) del 5to año de la Carrera de Medicina. Se seleccionaron de manera intencional a los alumnos de los grupos 3 y 4 del 5to año de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado" de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos según su rotación por la asignatura Salud Pública (penúltima y última rotación) en el curso 2016-2017 debido a que los autores de este estudio diseñaron el programa durante su rotación, que fue la penúltima. De un total de 56 alumnos, 37 aceptaron utilizar el instrumento propuesto para la realización del ASIS (Anexo 1), a quienes se les explicó el funcionamiento del mismo y se les entregó la base digital. Posteriormente el día del examen práctico se les aplicó una encuesta (Anexo 2) con las siguientes variables: Utilizaron el programa propuesto, en que momento de la rotación comenzaron a usarlo, es fácil de manejar, ahorra tiempo para la confección del ASIS, detectaron errores de cálculos, consideran agregar otro dato para la confección del ASIS, considera que el programa es efectivo para la confección del ASIS, sugerencias para el mejoramiento. Finalmente la muestra quedó constituida por 34 estudiantes que fueron los utilizaron el procesador. Los resultados de este estudio se presentan en forma de tablas.

Evaluación de los niveles de aceptación del procesador ASISTENTE

Se clasificaron los niveles de aceptación en: alto, medio y bajo

Se considerará nivel alto: cuando más del 90% de los estudiantes aceptaron utilizar el procesador y todas las variables estuvieron respondidas positivamente con un número igual o superior a este, excepto el momento del uso del procesador

Se considerará nivel medio: cuando del 80 al 89 % de los estudiantes aceptaron utilizar el procesador y el resto de las variables estuvieron respondidas positivamente con un número igual o superior al 90%, excepto el momento del uso del procesador.

Se considerará nivel bajo: cuando menos del 80% de los estudiantes aceptaron utilizar el procesador y todas las variables estuvieron respondidas positivamente con un número igual o superior a este, excepto el momento del uso del procesador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El programa no ha causado algún daño biológico, psicológico o social a ningún usuario durante su utilización. Desde el punto de vista ético fue factible, pues sus resultados pueden ser utilizados para mejorar la calidad de la realización de ASIS, así mismo se asegura que no ha sido confeccionado con ningún otro propósito que no sea la docencia y la investigación, excluyendo contundentemente cualquier propósito diferente de este. Los estudiantes que participaron en su valoración dieron su consentimiento.

RESULTADOS

Para la utilización en un primer momento del procesador el usuario tiene que seguir una serie de sencillos pasos como se explican a continuación:

1. Introducir la información correspondiente a los habitantes de forma individual en la pestaña llamada DATOS y en las celdas que se encuentran preparadas para recibir dicha información⁽⁴⁾ como lo es el nombre y apellidos, sexo, año de nacimiento, color de piel, peso, talla, escolaridad, ocupación, nacidos vivos, salario, grupo dispensarial, factores de riesgo individuales, enfermedades no transmisibles y transmisibles, teniendo en cuenta que al iniciar la introducción de los mismos se deberá definir en primer lugar el año en curso en la celda correspondiente, que se encuentra al inicio de la hoja de cálculo, así mismo se deberá de tener presente la definición de los posibles datos a introducir en las celdas correspondientes a ocupación, factores de riesgo, enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas no transmisibles en tablas ubicadas a partir de la columna BP de la ya mencionada hoja de cálculo y en la forma como se explica a continuación, en la tabla titulada “OCUPACIONES EXISTENTES EN EL ESTUDIO”, en la celda llamada ocupación de debe de colocar el nombre de la ocupación y la celda de la derecha definir el código de abreviatura de la misma, por ejemplo para la ocupación Médico, esta debe de ser colocada en la primera celda de la columna ocupación y en la celda de la derecha definir el código de abreviatura para la misma que el usuario desee asignarle en la columna código que en este caso sería MED, teniendo en cuenta distinción entre mayúsculas y minúsculas, espacios existentes y cualquier otro carácter que sea introducido en la misma, y en la columna correspondiente a “OCUPACION” por cada médico existente en el estudio se debe de colocar la abreviatura que se decidió para la misma, en este caso MED, estas acciones deberán de ser seguidas para las columnas de factores de riesgo, enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades trasmisibles y todos y cada uno de los habitantes que cumplen con los criterios para lo mismo y teniendo en cuenta una analogía de definición de variables similar, teniendo presente definir las en las tablas correspondientes a las mismas de la misma manera que fue explicado anteriormente.

2. En un segundo momento el usuario deberá de introducir la información concerniente a los datos por familia/vivienda, en los que debe de seguir los sencillos pasos que se despliegan al colocar el cursor del ratón de las celdas correspondientes a la información de general por viviendas.

3. El programa procesara la información que será presentada en las tablas correspondientes a cada uno de los primeros 5 componentes del ASIS ya que son

los que por su naturaleza requieren un procesamiento estadístico cuantitativo de la información, en las correspondientes hojas de cálculo, tituladas según el componente en orden ascendente, en este momento el usuario puede proceder a copiar y pegar las mismas para su posterior análisis, así mismo el usuario tendrá a su disposición los diferentes indicadores que el programa presenta en la hoja de cálculo titulada "INDICADORES", además de esto el usuario podrá acceder valiosa información respecto a la economía de la población en estudio de forma individual por medio de diferentes indicadores a este nivel así como a nivel colectivo, de igual forma se presentaran tablas adicionales que ayudaran a comprender la focalización de determinadas enfermedades y/o fenómenos en la población de estudio⁽⁴⁾ tales como una tabla de distribución de frecuencias de índice de masa corporal y sexo de la población mayor de 18 años de edad y otra de color de piel⁽³⁾, datos que en manos de un intérprete sagaz representan ser una mina de oro para reconocer los problemas que pudiesen llegar a estar relacionados los unos con los otros, es importante para los autores destacar que el procesador está preparado para marcar con colores llamativos los mayores recuentos tanto relativos como absolutos en las tablas del procesador, proceso que ayudará a los usuarios a la rápida y fácil interpretación del fenómeno salud-enfermedad de la población objeto de estudio.

El programa consta de una guía para su uso, desplegándose automáticamente a medida el usuario coloca el cursor sobre determinada celda, expandiendo sobre esta una breve y sencilla explicación de los posibles datos que se deben de introducir en la celda y la metodología para la introducción, de igual forma ASISTENTE marca de forma automática con colores llamativos y alusivos a la información que en las celdas se ha introducido, mejorando al usuario el reconocimiento del dato que ha introducido o se encuentra en las diferentes celdas, ayudando de esta forma a la fácil accesibilidad de la información incluida en la base de datos de la comunidad en estudio, así mismo el programa muestra reduce a una lista de posibles valores lógicos a introducir en las celdas.

Es realmente una herramienta de fácil manejo y ejecución, en una computadora con sistema operativo de Microsoft Windows XP que tenga instalado el paquete de Microsoft Office 97 o superior, plataformas de sistemas operativos MAC o cualquier versión de LINUX que tenga instalados los paquetes de compatibilidad y el software necesario para su apropiada ejecución. Es importante que el usuario debe tener conocimientos básicos sobre el manejo de cualquiera de los sistemas expuestos anteriormente para poder ejecutar el programa con éxito.

El programa fue aplicado por los autores con el permiso del claustro de profesores del departamento de Salud Pública y con el consentimiento y total voluntad de los estudiantes durante la confección del ASIS que forma parte de la evaluación final de la asignatura en el quinto año de la carrera de Medicina en 34 alumnos en el curso 2016-2017. Los resultados de los procedimientos realizados por programa fueron comparados con los mismos que se realizan en el consultorio de médico y enfermera de familia, donde se recogen las informaciones y se tabularon manualmente, los cuales daban alto grado de semejanza pero con mayor seguridad de los resultados a través de las formulaciones de las tasas, los índices

y los por cientos que brinda el software y una notable efectividad superior en cuanto al tiempo de confección del ASIS se refiere.

2.-Validación del ASISTENTE

Al revisar la distribución de estudiantes que utilizó el programa ASISTENTE para la confección del ASIS en la rotación de Salud Pública. 2016-2017, se observa que 3 de los alumnos comprometidos para su utilización no lo hicieron para el 8,1%, alegando que les fue imposible encontrar una computadora para la introducción de los datos y que consideraron que podían hacerlo de forma manual sin molestar a terceras personas.

Por tal motivo la efectividad del estudio se valoró con 34 estudiantes.

En la distribución de los estudiantes según el momento de la rotación por Salud Pública en que iniciaron el uso del programa, se encontró que 28 alumnos (82,3%) lo realizaron desde inicios de rotación, desde el momento en que se comprometieron a utilizarlo para probar pues estimaron que las tabulaciones a mano son mas complicadas y menos seguras, mientras que el 11.8% lo utilizó a mediados y el 5.9% al final guiándose por la opinión de los compañeros que lo estaban utilizando

En relación a las facilidades de manejo del procesador, el 91.2% de los estudiantes planteó que si era fácil mientras que el 8,8% refirió que debía ampliarse la explicación de cómo introducir los datos pues en sus inicios les costó trabajo sobre todo en la ocupación y en la incidencia de las enfermedades.

En relación con el ahorro de tiempo el 100% de los estudiantes planteó que era evidente el ahorro de tiempo dada las posibilidades de solicitar al procesador los índices, tasas y tablas de salidas sin errores y sin tener que sacar los cálculos matemáticos.

En relación a la detección de errores, 3 estudiantes para el 8.8% manifestaron que si y estos errores estuvieron asociados a la sumatoria de los %, situación sobre la cual se trabajó y quedo solucionada con la aproximación hasta la décima.

La totalidad de los estudiantes plantearon que es efectivo el procesador para la realización del ASIS y no hubo sugerencias al respecto.

ASISTENTE brindará una gran ayuda tanto a los estudiantes de Medicina como los médicos de familia en la confección de ASIS, ahorrando muchas horas de trabajo y recursos materiales, así como a eliminar los sesgos en el procesamiento estadístico de datos, no así en el proceso de recolección e introducción de los mismos en la base de datos, desde donde los autores prevén que surgirán los posibles errores que se lleguen a presentar en el uso de ASISTENTE, errores cuya magnitud se encontrará sujeta al empeño y destreza del usuario a la hora de recolectar e introducir la información que se necesita.

CONCLUSIONES

- ✓ Se desarrolló un sistema automatizado de gestión de base de datos que facilitó el procesamiento de los datos necesarios para la realización del Análisis de la Situación de Salud de la población.
- ✓ El programa mostró la efectividad en su aplicación durante el procesamiento de datos y las ventajas en comparación con el procesamiento manual.
- ✓ ASISTENTE es un instrumento muy útil que se puede aplicar por los estudiantes de Medicina y los médicos y enfermeras de familia para facilitar el procesamiento de la información necesaria lo que repercute en el mejoramiento de la calidad la atención a la salud de la población y la en la formación de profesionales de salud.
- ✓ Los resultados de su aplicación fueron evaluados por los profesores del departamento y fueron considerados con un alto nivel de aceptación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Análisis de la Situación de Salud. Revisado el 13 de marzo 2017 Disponibles: <https://es.slideshare.net/39307328/analisis-de-la-salud-asis>.
- 2.- Martínez Calvo, Silvia. El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios. Rev Cubana Hig Epidemiol [online]. 1997, vol.35, n.2 [citado 2017-10-05], pp. 57-64. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30031997000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3003.
- 3.- Toledo C. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I, cap.15, pag. 377-84, La Habana, 2004.
- 4.- Álvarez S. Medicina General Integral. Tomo II, cap.71, pág. 655-75, La Habana, 2014.
5. EPIC. Estilo de presentación de investigaciones científicas, colectivo de autores. Revista 16 de Abril. 4ª edición, 2010.
- 6.- Pría Barros M, Louro Bernal I, Fariñas Reinoso A T, Gómez de Haz H, Segredo Pérez A. Guía Para la confección del análisis de la situación de salud, [Internet]. 2005 [Citado el 8 de Mayo 2017]; disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi02306.htm
- 7.-OPS/OMS. Enfermedades trasmisibles y Análisis de la Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. Disponible en www.paho.org.
- 8.- OPS. Salud en Sudamérica. Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington, DC. Estados Unidos de América. 2012.

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de estudiantes que utilizó el programa ASISTENTE para la confección del ASIS en la rotación de Salud Pública. 2016-2017.

Uso del procesador ASISTENTE	Número	%
Si	34	91.9
No	3	8.1
Total	37	100

Fuente: Encuesta

Tabla 2. Distribución de estudiantes según momento de la rotación por Salud Pública en que inició el uso del programa. 2016-2017.

Momento de la rotación	Número	%
Inicio	28	82.3
Intermedio	4	11.8
Final	2	5.9
Total	34	100

Fuente: Encuesta

Tabla 3. Distribución de estudiantes según opinión de las facilidades que ofrece el procesador para la realización del ASIS en la rotación por Salud Pública. 2016-2017.

Opinión sobre facilidad de manejo	Número	%
Si	31	91.2
No	3	8.8
Total	34	100

Fuente: Encuesta

Tabla 4. Distribución de estudiantes que detectaron errores en los cálculos en el procesador para la realización del ASIS en la rotación por Salud Pública. 2016-2017.

Detección de errores en los cálculos	Número	%
Si	31	91.2
No	3	8.8
Total	34	100

Fuente: Encuesta

ASOCIACIÓN DE VARIABLES BIOQUÍMICAS CON LA GLICEMIA EN CIENFUEGOS, AÑO 2010.

Autores: Dra. Milagros Lisset León Regal*, Dra. Jacqueline Zamora Galindo**, Lic. Hermes González Otero***, Estudiante Rodolfo Javier Rivero Morey****

*Dr. en Medicina. Especialista de Segundo Grado en Fisiología Normal y Patológica. Máster en Ciencias. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Correo: metdecanato@ucm.cfg.sld.cu

** Dr. en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Residente de 4to año de Fisiología Normal y Patológica. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Correo: mf47@ucm.cfg.sld.cu

***Lic. en Cultura Física. Máster en Actividad Física Comunitaria. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Correo: defisica5104@ucm.cfg.sld.cu

****Estudiante de segundo año de la carrera de Medicina. Alumno Ayudante en la especialidad de Neurocirugía. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamentación: Diversas fuentes aseveran que existen diferencias en algunas variables bioquímicas entre individuos con glicemia normal, riesgo y patológica, provocado por alteraciones en el metabolismo lipídico, resultando en riesgo de aterosclerosis; por lo cual se hace necesario mostrar nuevas evidencias.

Objetivo: Determinar la relación entre algunas variables bioquímicas con las cifras de glicemia en individuos del municipio Cienfuegos, en el año 2010.

Diseño metodológico: Estudio descriptivo transversal correlacional. La muestra estuvo conformada por 925 individuos. Las variables fueron: glicemia, colesterol total, triglicéridos, colesterol HDL, cociente colesterol no HDL/colesterol HDL; además de variables socio-demográficas. Se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas para evaluar la correlación entre, la glicemia en ayunas y las variables bioquímicas, con una significación del 95%.

Resultados: Hubo predominio del color de piel blanco y el sexo femenino, y los mayores de 35 años representaron el mayor porcentaje de la muestra. Los pacientes con glicemia de riesgo y diabéticos presentaron un incremento de los niveles de colesterol total y triacilglicéridos por encima de lo normal, además de una disminución del colesterol HDL en relación con los individuos con glicemia normal.

Conclusiones: Existe una correlación positiva entre la concentración de glucosa y los triacilglicéridos y colesterol total en sangre, lo que explica los desbalances bioquímicos en pacientes con glicemia riesgo y patológica. En pacientes diabéticos, los niveles de colesterol total y triacilglicéridos se incrementan por encima de lo normal, y el factor protector generado por la HDL se afecta al disminuir sus concentraciones.

Palabras clave: DISGLICEMIA; DIABETES MELLITUS; DISLIPIDEMIA.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) cursa con desbalances en las distintas áreas del metabolismo y compromete el aporte energético tisular, es una enfermedad crónica caracterizada por hiperglicemia y por un desarrollo tardío de complicaciones vasculares y neuropáticas. Con independencia de su causa, la enfermedad se asocia con un déficit de insulina, que puede ser absoluto o relativo, en el contexto de una resistencia coexistente a la insulina, además de provocar producción hepática excesiva de glucosa

y metabolismo anormal de la grasa. ⁽¹⁾ El cálculo mundial actual estima afectadas con DM a 382 millones de personas. Aumenta con la edad, desde un 0,2% en sujetos menores de 20 años a más de 21% en mayores de 60 años. ⁽²⁾ Durante el año 2017 ocupó el octavo lugar entre las principales causas de muerte en Cuba, con una tasa bruta de mortalidad de 21.6 por cada 100 000 habitantes, siendo Cienfuegos la octava provincia que presenta una tasa de mortalidad bruta más elevada con un 21.8. Además de su elevada prevalencia tanto en Cuba (62.2) como en Cienfuegos (60.3) en el país se calculan alrededor de 1,4 años de vida potencialmente perdidos por esta causa. ⁽³⁾ Es una enfermedad poligénica y multifactorial, porque además de la susceptibilidad genética, los factores ambientales (como obesidad, nutrición y actividad física) juegan un papel importante en su surgimiento, y son precisamente estos últimos los susceptibles a prevención y control por el Sistema Nacional de Salud, mediante la promoción de estilos de vida saludables basados en modificaciones en el consumo de alimentos, aumento de la actividad física y reducción del peso corporal. ⁽⁴⁾

En la DM, menos del 5% de la glucosa ingerida es transformada en grasas, y queda favorecido el proceso bioquímico de la gluconeogénesis y la hiperglucagonemia como principales mecanismos que elevan los niveles de glucosa en sangre. ⁽⁵⁾ En esta patología, disminuye la conversión de la glucosa en ácidos grasos en sus depósitos, ante la deficiencia intracelular de dicho carbohidrato. La ausencia de insulina, aumenta a más del doble la concentración plasmática de ácidos grasos libres no esterificados, ácidos grasos insaturados y ácidos grasos libres. Esto se realiza con el objetivo de movilizar fuentes alternativas de energía para la célula. ⁽⁶⁾

En nuestra opinión la incidencia de DM ha aumentado con rapidez en casi todas las poblaciones mundiales, pero de manera particular en países emergentes del tercer mundo. Este incremento, relacionado con las crecientes tasas de obesidad en estas mismas poblaciones y la disminución de la actividad física, es propiciado por estilos de vida no saludables, los cuales pueden ser modificados por acciones preventivas que contribuyan a disminuir la aparición de nuevos casos y las complicaciones de los ya diagnosticados. De esta manera resulta de suma importancia identificar la asociación que existe entre determinadas variables bioquímicas como son colesterol total, triglicéridos, colesterol HDL, y cociente colesterol no HDL/ colesterol HDL, con las cifras de glicemia, así como los fundamentos fisiopatológicos que subyacen entre ellos, lo que constituye un método para evaluar la calidad de vida de pacientes diabéticos y así permitiría la prevención o reducción de las complicaciones a corto y largo plazo de esta enfermedad, siempre, con el diseño e implementación de nuevas estrategias de intervención, constituyendo así la motivación y pilares de esta investigación. En tal sentido cabría preguntarse:

1. ¿Existirá relación entre las cifras de glicemia y las variables bioquímicas relacionadas con el riesgo cardiovascular?
2. ¿Existirán diferencias en dichas variables entre individuos con glicemia en ayunas normal, riesgo y patológica?

En tal sentido los objetivos de la investigación son:

1. Caracterizar la población de estudio según grupos de edades, color de la piel y sexo.
2. Describir la asociación de las variables colesterol total, triacilglicéridos, colesterol HDL, índice colesterol no HDL/colesterol HDL, con los valores de glicemia en ayunas.

- Determinar las diferencias de las variables de estudio entre los individuos con glicemia normal, riesgo y patológica.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo transversal correlacional. Se utilizó la base de datos del proyecto CARMEN II (Conjunto de Acciones para Reducir Multifactorialmente las Enfermedades no Transmisibles), del año 2010, la cual se conformó por la población entre 15 y 74 años de las áreas de salud I, II, III, IV, V, VII y VIII del área urbana del municipio de Cienfuegos, aproximadamente 126 273 habitantes al inicio de la medición. La muestra teórica estuvo constituida por 2400 personas. Del total de la muestra teórica el grupo de evaluadores del proyecto CARMEN pudieron localizar a 2193 personas (91,37 % de la teoría) a la que se le llamó muestra real, por lo que hubo una pérdida no significativa del 9,63 %. Posteriormente, tomando como referencia la muestra real, se obtuvo una submuestra de 1120 personas que constituyó la muestra para el estudio de las variables bioquímicas del estudio CARMEN II, se seleccionó esa submuestra debido a la imposibilidad de hacer mediciones bioquímicas al total de las personas estudiadas. De esta submuestra se eliminaron los resultados atípicos de las variables bioquímicas por lo que se trabajó en este estudio con 925 individuos, incluidos en la base de datos del proyecto CARMEN. Las variables utilizadas fueron: edad, color de la piel, sexo glicemia (normal < 5.6 mmol/L, riesgo 5.6-6.9mmol/L, diabetes ≥ 7.0 mmol/L), colesterol total (normal < 5,18 mmol/L, riesgo y patológico $\geq 5,18$ mmol/L), colesterol HDL (bajo < 1,02 mmol/L, normal: $\geq 1,03$ mmol/L), triacilglicéridos (normal <1.7 mmol/L, alterado ≥ 1.7 mmol/L), cociente colesterol no HDL/Colesterol HDL (normal 3,3-5,0 mmol/L, riesgo >5,0 mmol/L). El proyecto inicial CARMEN, fue aprobado por el comité de ética de la investigación científica de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Se utilizó el programa SPSS 18 para el análisis estadístico de los datos. Se aplicó la prueba estadística Kolmogorov Smirnov, en cuyos resultados pudo observarse que las variables de estudio no tienen una distribución normal. Por ello se aplicaron pruebas no paramétricas (Rho de Spearman) para evaluar la correlación entre, la glicemia en ayunas y las variables bioquímicas del estudio. Se aplicó la prueba K no paramétrica para muestras independientes (Jonckheere Terpstra) para comparar los resultados entre los individuos con glicemia normal y riesgo. Todos los resultados se presentarán en tablas y gráficos a través de números y porcentajes. El nivel de significación estadística que se ajustó fue del 95%.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de los individuos en función de los grupos de edades, el color de la piel y el sexo. Predominó el grupo etáreo entre los 35-44 años de edad representando el 19,2% de la muestra, el color de la piel blanco en un 73,7% y el sexo femenino con un 60,4%.

Tabla 1. Distribución de individuos en función de los grupos de edad, color de la piel y el sexo. Cienfuegos, n=925.

EDAD		
Grupos de edades	Frecuencia	Porcentaje
15 - 24	130	14.1
25 - 34	114	12.3

35 - 44	178	19.2
45 - 54	172	18.6
55 - 64	172	18.6
65 - 74	159	17.2
Total	925	100
COLOR DE LA PIEL		
Blanco	682	73.7
No Blanco	243	26.3
Total	925	100
SEXO		
Masculino	366	39.6
Femenino	559	60.4
Total	925	100

Fuente: Cuestionario proyecto CARMEN II. Cienfuegos

La relación entre los valores de glicemia en ayunas y algunas variables bioquímicas se observan en la tabla 2, donde el coeficiente de correlación, para la relación entre el Colesterol HDL y la glicemia en ayunas posee una correlación inversa (-0.041), lo que traduce que a valores elevados de glicemia, los índices de colesterol HDL estarán disminuidos. Las restantes variables poseen valores positivos, manifestando así una correlación directa con la glicemia.

Tabla 2. Relación entre la glicemia en ayunas y las variables bioquímicas. Cienfuegos, n=925

Variables de estudio	Glicemia en ayunas	
	Coeficiente de correlación (Rho de Spearman)	p
Variables bioquímicas		
Colesterol total	0.255	0.00
Triacilglicéridos	0.327	0.00
Colesterol HDL	-0.041	0.21
Cociente Col. no HDL/Col. HDL	0.203	0.00

La correlación es significativa al nivel $p=0,01$.

Fuente: Cuestionario proyecto CARMEN II. Cienfuegos

La relación entre la glicemia normal, riesgo y patológica con los valores medios de colesterol total y triacilglicéridos se aprecian en el Gráfico 1 (Anexo 1). A medida que se incrementan los valores de glucosa en sangre aumentan los valores medios de colesterol total y triacilglicéridos. Los individuos con glicemia normal poseen una media de colesterol inferior a 4.5 mmol/L. Cuando aumentan los niveles de glucosa en sangre incrementan todas las lipoproteínas que transportan colesterol libre o esterificado lo que traduce un incremento en los valores normales de este en sangre, por encima de los 5.18 mmol/L, expresiones que se observan en un paciente diabético donde los valores medios de colesterol rondan los 5.4 mmol/L, según la muestra de estudio. De igual manera a medida que se incrementan los valores de glucosa en sangre, se elevan los valores de triacilglicéridos superando el umbral de la normalidad, que son valores inferiores a los 1.7 mmol/L. Así se observaron valores superiores a los 1.8 mmol/L en pacientes con glicemia de riesgo y alcanzan los 2.4 mmol/L en la diabetes.

La relación entre la glicemia normal, riesgo y patológica con los valores medios de colesterol HDL y la razón entre Colesterol no HDL vs Colesterol HDL se aprecian en el Gráfico 2 (Anexo 2). Los valores medios normales de Colesterol HDL son por encima de 1.03 mmol/L, característico de todos los pacientes de la muestra de estudio. Sin embargo cabe destacar como en el paciente con riesgo de diabetes se alcanza un valor máximo de 1.375 mmol/L y como disminuye notablemente este marcador en pacientes con diabetes. La razón entre Colesterol no HDL vs Colesterol HDL y su relación con la glicemia, a pesar de que no se presentan valores superiores a los 5.0mmol/L en la media de este cociente, valor máximo dentro de la normalidad, resalta el incremento del Colesterol no HDL a expensas de la disminución del Colesterol HDL en pacientes con valores de glicemia alterados y en pacientes diabéticos donde los valores superan los 3.5 mmol/L.

DISCUSIÓN

En los resultados expuestos anteriormente se demostró la relación que existe entre los valores de glucosa en sangre y el trastorno en el metabolismo de los lípidos. Los individuos con glicemia normal poseen las variables bioquímicas estudiadas con una media de sus valores en el rango de la normalidad, pero a medida que los niveles de glicemia ascienden, las variables presentan modificaciones que transitan hacia valores patológicos; algo característico que ocurre en pacientes diabéticos, enfermedad que cursa con una dislipidemia caracterizada por incremento de la concentración de triglicéridos (TG), disminución de la lipoproteína de alta densidad (HDL) e incremento de las lipoproteínas de baja densidad (LDL).⁽²⁾

El desarrollo de la DM tipo II suele ir precedido de resistencia a la insulina en la cual se establece hiperinsulinemia siendo ésta la respuesta compensadora de las células beta del páncreas a la disminución de la sensibilidad de los tejidos a las acciones metabólicas de dicha hormona; éste fenómeno favorece las alteraciones del metabolismo lipídico.⁷ La hipertrigliceridemia es el rasgo distintivo de la dislipemia diabética causada por ausencia de insulina o con insulinoresistencia, la actividad deficiente de la lipoproteína lipasa (LPL) y las lipoproteínas ricas en triglicéridos no pueden metabolizarse adecuadamente. En segundo lugar, la insulina suprime la liberación de ácidos grasos libres desde el tejido adiposo. El déficit o la resistencia a la insulina dan lugar a una liberación constante de ácidos grasos libres, los cuales regresan al hígado, donde estabilizan la síntesis de apo B y aumentan la producción de VLDL.⁽⁸⁾ La LPL limita el ritmo para el metabolismo de las lipoproteínas ricas en triglicéridos y es necesaria para la génesis de partículas de HDL. Así pues, la actividad deficiente de la LPL, proporciona una explicación fisiológica para la asociación común entre las concentraciones de triglicéridos altas y una concentración de HDL baja.⁽⁸⁾

Cuando aumentan los niveles de glucosa en sangre se incrementan todas las lipoproteínas que transportan colesterol libre o esterificado, lo que se traduce en un incremento de los valores normales del mismo en sangre, por encima de los 5.18 mmol/L en individuos con glucemia de riesgo, alcanzando valores superiores a 5.20 mmol/L en pacientes con DM. En ese mismo sentido ocurre el incremento de los valores medios de triacilglicéridos, donde los pacientes con riesgo de diabetes y los que padecen la enfermedad, presentan valores superiores a los 1.7 mmol/L. Un estudio realizado al respecto muestra valores elevados de colesterol y triglicéridos en pacientes con glucosa alterada en ayuno sin llegar a valores de glucemia diagnóstico de DM.⁽⁹⁾

Ya cuando la glucemia alcanza valores diagnósticos para esta enfermedad existen elevaciones de colesterol y triglicéridos, lo cual se corresponde con el estudio de Zerquera-Trujillo⁽¹⁰⁾ donde la media de colesterol y de triacilglicéridos de pacientes diabéticos era de 5.10mmol/L y 2.16mmol/L respectivamente.

El aumento de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) ricas en triglicéridos aumenta la expresión de la proteína transferidora de ésteres de colesterol (CETP). Dicha proteína intercambia una molécula de éster de colesterol de la HDL por una molécula de triglicérido de las partículas que contienen apo B (VLDL y LDL), resultando en una partícula de HDL rica en triglicéridos.⁽⁷⁾

De esta forma, en la DM, con hipertrigliceridemia, se produce un enriquecimiento en el contenido de triglicéridos de las partículas HDL, lo que afecta su catabolismo. Estas partículas de HDL ricas en triglicéridos son sustrato para la lipasa endotelial y hepática que hidrolizan sus triglicéridos, produciendo una partícula de HDL pequeña y con escaso contenido en colesterol. Además, la hidrólisis de los triglicéridos contenidos en las HDL induce la disociación de la apolipoproteína AI (Apo AI) favoreciendo su filtrado y catabolismo renal. Estos dos efectos explican las concentraciones bajas de c-HDL en los sujetos con DM e hipertrigliceridemia.⁽⁷⁾

Otros mecanismos propuestos para explicar los niveles bajos de HDL en la DM son una disminución en la síntesis hepática de Apo AI por la resistencia a la insulina, inhibición de la expresión hepática de Apo AI en presencia de citocinas proinflamatorias, especialmente TNF- α y un efecto directo a través de un mecanismo no conocido de la adiponectina sobre HDL que es independiente de la concentración plasmática de triglicéridos.⁽⁷⁾

La sobreproducción hepática de VLDL y el enriquecimiento en triglicéridos de las mismas explica tanto el aumento en la concentración de Apo B como el de partículas LDL pequeñas y densas, pues éstas partículas LDL ricas en triglicéridos constituyen un sustrato preferente para la lipasa hepática dando como resultado final de esta secuencia de acontecimientos la formación de las ya mencionadas partículas LDL densas y pequeñas (LDL oxidadas) las cuales presentan gran capacidad aterogénica.⁽¹¹⁾

Un paciente que se encuentre en óptimas condiciones, posee una media de colesterol HDL por encima de 1.03 mmol/L, lo cual es considerado según investigaciones científicas⁽¹²⁾, como un factor protector para el organismo, pues en el transporte inverso de esta lipoproteína se capta el colesterol esterificado de los residuos de quilomicrones y VLDL y de los propios tejidos para su posterior excreción en el hepatocito. De esta manera mientras más elevadas sean las cifras del llamado “colesterol bueno” serán menores las probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares. Como característica del paciente con riesgo de padecer diabetes, en los primeros estadios, al ocurrir una hiperinsulinemia transitoria, la cual activa la enzima reguladora principal de la síntesis de colesterol (HMG CoA reductasa)⁽¹³⁾ se produce un ligero incremento de las HDL de 1.37 mmol/L, como se evidencia en la muestra de estudio, luego, cuando la ausencia de insulina se hace evidente, descienden significativamente los valores de esta lipoproteína hasta los 1.27 mmol/L, como se evidenció en los pacientes. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado por Hernández Vite y col.⁽¹⁴⁾ en el cuál se encontró que una vez establecida la DM se produce un descenso de las HDL, lo cual observamos en la presente investigación y que dicho resultado se corresponde con otras investigaciones.⁽⁵⁾

El cociente de Colesterol no HDL vs Colesterol HDL otorga un índice, que integra las variantes anteriormente descritas. Así el Colesterol no HDL, es decir el Colesterol total menos el HDL, incluye los triacilglicéridos transportados en las VLDL, IDL y LDL, mientras que el Colesterol HDL incluye esta lipoproteína mencionada. El índice colesterol no-HDL/ cHDL es una combinación lineal del Colesterol Total/ cHDL.⁽¹⁵⁾ Los valores normales de esta razón oscilan entre los 3.3 a 5.0 y expresan una relación: alto riesgo de enfermedad vs bajo riesgo de enfermedad, considerando la predisposición de padecer afecciones cardiovasculares y desarrollar la propia diabetes. De esta manera, si se elevan los valores de colesterol total y con ello las VLDL y las LDL, como ocurre durante el déficit de insulina, el cociente se elevaría notablemente y esto es marcador de que existe una alta probabilidad de riesgo para diabetes o el paciente ya posee la enfermedad y con ello otras patologías asociadas; si por el contrario, es la lipoproteína HDL la que predomina en sangre, es símbolo de bajo riesgo de diabetes y de un índice que se mantiene dentro del rango de la normalidad.

Asimismo, de acuerdo con Hernández-Vite,⁽¹⁶⁾ el índice TG/C-HDL alto se corresponde con pacientes que cumplen criterios diagnósticos de síndrome metabólico con sensibilidad y especificidad similares para resistencia a la insulina, en su población de estudio los pacientes con glucosa alterada en ayuno poseían el índice TG/C-HDL elevado. Este índice TG/C-HDL es similar al coeficiente utilizado en la presente investigación, en éste se evalúan los niveles de triacilglicéridos a expensas del Colesterol HDL, evidenciándose un elevado riesgo cardiovascular en estos pacientes al presentar cifras disminuidas de lipoproteínas HDL.

En resumen la presente investigación ha permitido demostrar que los individuos con niveles de glucosa en sangre elevados, tienen cambios metabólicos relacionados con el perfil lipídico diferentes a los individuos con glucosa normal, consistentes en un mayor porcentaje de individuos con niveles elevados de triglicéridos y colesterol total, sobre todo en mayores de 35 años, lo cual constituye un factor de riesgo aterogénico y elevaría el riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares en la población cienfueguera.

CONCLUSIONES

1. Predominó el sexo femenino y el color de piel blanco, mientras que el porcentaje de los pacientes mayores de 35 años fue superior.
2. Existe asociación entre las variables de estudio pues, los niveles medios de colesterol total y triacilglicéridos se incrementan por encima de los valores normales en pacientes con riesgo y los diabéticos, debido a la movilización de fuentes alternativas de energía por la incorrecta asimilación de glucosa por los tejidos.
3. El factor protector generado por la HDL se afecta al disminuir el valor de colesterol HDL en los pacientes diabéticos, lo que dificulta el transporte inverso del colesterol para su eliminación y se acumula a nivel tisular.
4. El índice colesterol no HDL vs colesterol HDL se modifica en pacientes con glicemia alterada y patológica, debido al incremento de las lipoproteínas VLDL y LDL a expensas de la disminución del colesterol HDL.

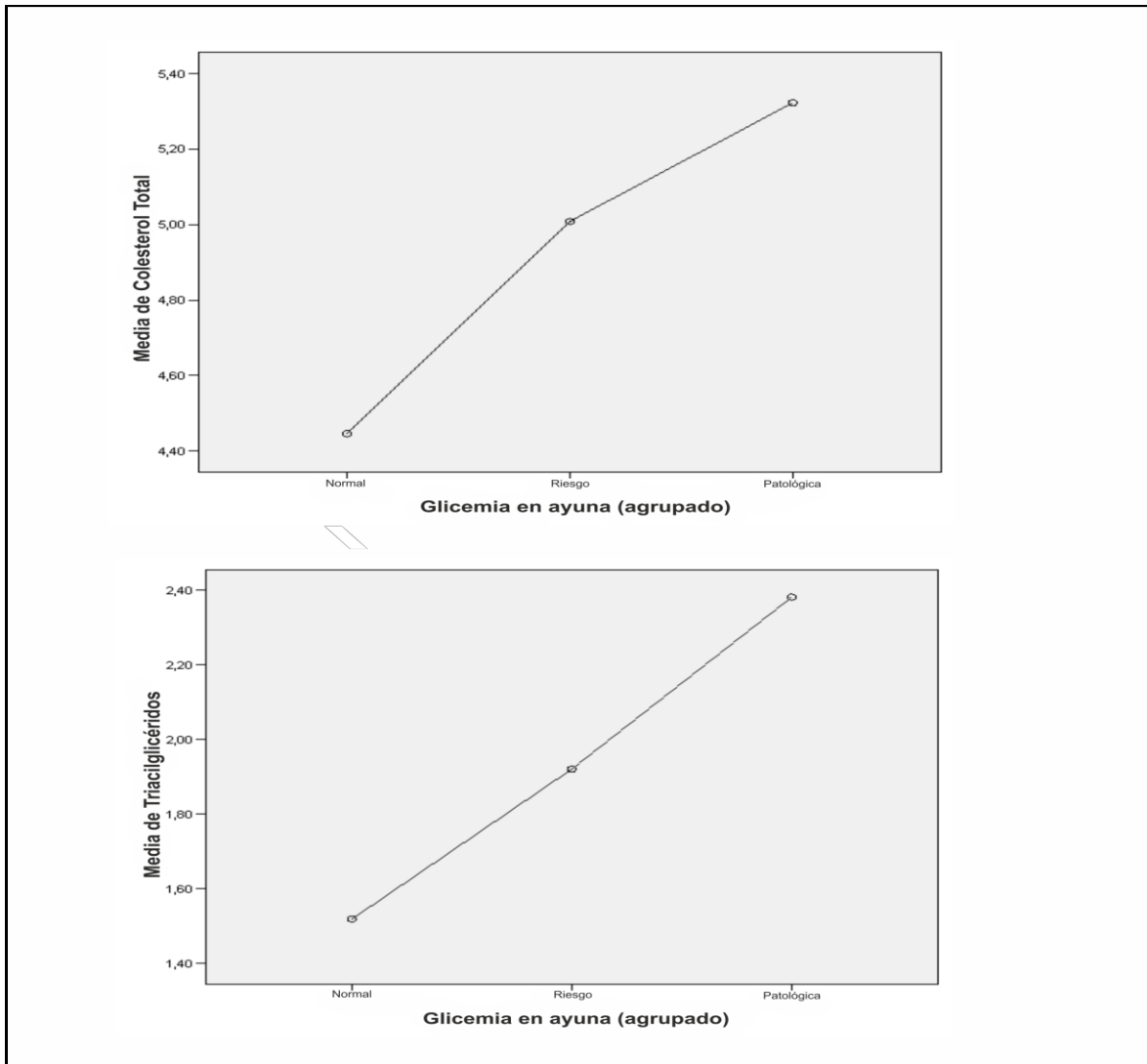
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Inzucchi Silvio E, Sherwin Robert S. Diabetes Mellitus tipo I. En: Goldman L, Schafer Al. Cecil y Goldman Tratado de Medicina Interna. T. 2. 24. ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p.1479-1493.
2. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna [Internet]. México: Mc Graw Hill; 2016[citado 11 Nov 2017]. Disponible: <http://www.accessmedicina.com/>
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017.
4. Inzucchi Silvio E, Sherwin Robert S. Diabetes Mellitus tipo II. En:Goldman L, Schafer Al. Cecil y Goldman Tratado de Medicina Interna. Vol 2. 24ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p.1494-1503.
5. Llorente Columbié Y, Miguel Soca PE, Rivas Vázquez D, Borrego Chi Y. Factores de riesgo asociados con la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2016 [citado 23 Dic 2017]; 27(2): [aprox.10.p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532016000200002&script=sci_arttext&lng=en
6. Costa PRF, Assis AMO, Cunha CM, Pereira EM, Jesus GDS, Silva LEMD, Alves WPO. Hypertriglyceridemic Waist Phenotype and Changes in the Fasting Glycemia and Blood Pressure in Children and Adolescents Over One-Year Follow-Up Period. Arq Bras Cardiol. 2017 Jul; 109(1):47-53. doi: 10.5935/abc.20170067. Epub 2017 May 25. English, Portuguese. PubMed PMID: 28562834; PubMed Central PMCID: PMC5524475.
7. Cuevas A, Alonso R. Dislipidemia Diabética. Rev Med Clin Condes 2016; 27(2):152-159. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300049>
8. Semenkovich CF. Trastornos del metabolismo de los lípidos. En:Goldman L, Schafer Al. Tratado de medicina interna. 24ed. Vol 2. Barcelona:Elsevier; 2013. p. 1350-58.
9. González Tabares R, Frank Abel Acosta González FA. Utilidad de una escala de riesgo para identificar pacientes con disglucemia. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2017 [citado 2 Feb 2018]; 46(2):[aprox.9.p] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572017000200005
10. Zerquera-Trujillo G, Vicente-Sánchez B, Rivas-Alpizar E, Costa-Cruz M. Caracterización de los pacientes diabéticos tipo 2 ingresados en el Centro de Atención al Diabético de Cienfuegos. Rev Finlay [Internet]. 2016 [citado 2 Feb 2018]; 6(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/420>
11. Marín Juliá SM, Argoti Naranjo JS, Cabrera Rego JO. Adiposidad, resistencia a la insulina, tensión arterial y geometría ventricular en niños y adolescentes. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2015 [citado 12 Mar 2018]; 26(3): [aprox.12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000300003&lng=es
12. León-Regal M, Benet-Rodríguez M, Brito-Pérez-de-Corcho Y, González-Otero L, de-Armas-García J, Miranda-Alvarado L. La hiperreactividad cardiovascular y su asociación con factores de riesgo cardiovasculares. Rev Finlay [Internet]. 2015 [citado 25 Ene 2018]; 5(4): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/377>

13. Dominiczak MH, Wallace AM. Biosíntesis del colesterol y de los esteroides. En: Baynes JW, Dominiczak MH. Bioquímica médica. 3ra ed. Barcelona:Elsevier; 2011. p.205-16.
14. Hernández-Vite Y, Elizalde-Barrera CI, Flores-Alcántar MG, Vargas-Ayala G, Loreto-Bernal ML. Asociación entre el índice triglicéridos/colesterol HDL y la glucosa alterada en ayuno en pacientes con obesidad y sobrepeso, normotensos. Med Int Méx 2015 [citado 2 Feb 2018]; 31(5): aprox. 8 p.]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim155b.pdf
15. Millán J, Pintó X, Muñoz A, Zúñiga M, Rubiés-Prat J, Pallardo LF, et al. Cocientes lipoproteicos:significado fisiológico y utilidad clínica de los índices aterogénicos en prevención cardiovascular. Clin Invest Arterioscl. [Internet]. 2010 [citado 22 mayo 2013]; 22(1): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15/cocientes-lipoproteicos-significado-fisiologico-utilidad-clinica-los-13147906-articuloespecial-2010>
16. Hernández-Vite Y, Elizalde-Barrera CI, Flores-Alcántar MG, Vargas-Ayala G, Loreto-Bernal ML. Asociación entre el índice triglicéridos/colesterol HDL y la glucosa alterada en ayuno en pacientes con obesidad y sobrepeso, normotensos. Med Int Méx 2015 [citado 2 Feb 2018]; 31(5): aprox. 8 p.]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim155b.pdf

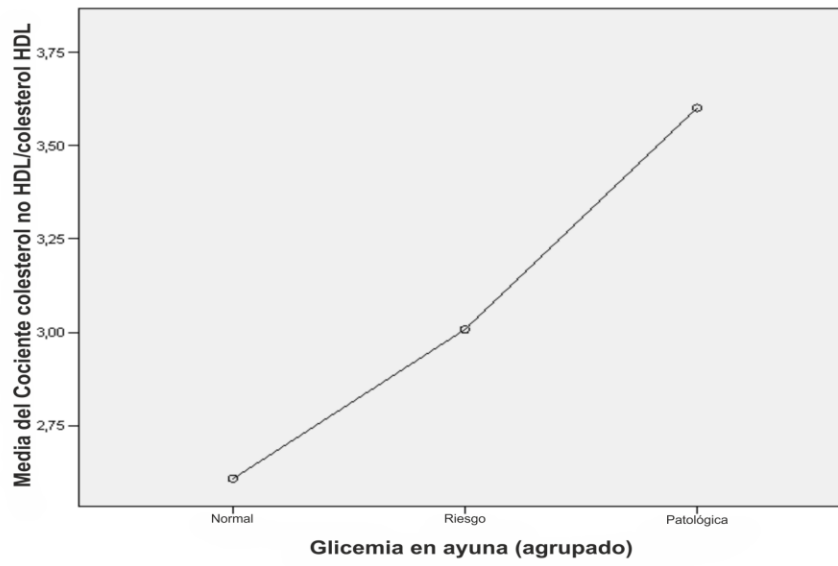
ANEXO 1

Relación entre glicemia normal, alterada y patológica con los valores medios colesterol total y triacilglicéridos. Cienfuegos, n=925



ANEXO 2

Relación entre glicemia normal, alterada y patológica con los valores medios colesterol HDL y el cociente colesterol no HDL/colesterol HDL. Cienfuegos, n=925



Autoestima global y autoestima materna en madres adolescentes

Lic. Yamila Ramos Rangel, MCs ¹ ; Lic Deyanila Borges Caballero ² ; Lic. Yolanda Cabrera Macías, MCs ³ Lic. Monica González Brito, MCs ⁴ Lic Anais Marta Valladares González, MCs ⁵, DraC Laura Magda López Angulo ⁶

1 Licenciada en Psicología, MCs. en Psicología Médica. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. 2. Licenciada en Psicología. Policlínico de Cumanayagua. 3 Licenciada en Psicología, MCs. en Educación, MCs en Medicina Natural y Tradicional. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. 4 Licenciada en Psicología, MCs. en Psicología Clínica, Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. 5 Licenciada en Psicología, MCs. en Psicología Clínica, Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. 6 Dra en Ciencias de la salud, Profesora Titular. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos

RESUMEN

Introducción: cuando la maternidad ocurre en la adolescencia, cobra especial importancia por sus posibles implicaciones en factores psicológicos como la autoestima, uno de los pilares fundamentales sobre el que se construye la personalidad, y uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico del individuo. **Objetivo:** determinar la autoestima global y materna en madres adolescentes de niños menores de un año. **Métodos:** estudio descriptivo, de corte transversal con convergencia de paradigmas cuanti-cualitativo. Se trabajó con una población de 35 madres adolescentes pertenecientes al municipio de Cumanayagua en el período septiembre de 2013 a mayo del 2014. Los datos se obtuvieron a partir de una ficha de datos sociodemográficos, el Cuestionario de autoestima materna e Inventario de autoestima Coopersmith. Los resultados fueron procesados por el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows, donde se utilizaron tablas de frecuencia y porcentajes. **Resultados:** predominaron madres adolescentes de la etapa tardía con una media de edad 17,89; estudios medios superiores vencidos (80 %), amas de casa (52,7 %), uniones consensuales (54,3 %). En la autoestima global prevaleció niveles medios y altos (media 15,09) y en la autoestima materna niveles bajos (97,1 %). **Conclusiones:** Las madres adolescentes se caracterizaron por no presentar similitudes en los niveles de autoestima global y autoestima materna obtenidos. **Palabras clave:** autoestima global; autoestima materna; madres adolescentes.

INTRODUCCIÓN

La maternidad es una de las transformaciones más complejas y poderosas del ser humano, y el desarrollo de la misma tendrá una influencia significativa tanto en la madre como en el desarrollo de su hijo, máxime si esta ocurre en la adolescencia. Disímiles autores concuerdan en que la maternidad no solo va a ser trascendental para la madre y su identidad, sino que va a ser ella, el primer elemento estructurante, organizador y continente de su futuro hijo. La madre será una figura sumamente importante para el devenir potencial de este.

En el mundo, como un problema de salud, existen alrededor de 15 millones de adolescentes que anualmente se convierten en madres, según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas.¹

Investigadores como McGrath y Meyer, Shea y Tronick señalan que la autoestima materna es una variable psicológica, componente esencial de la maternidad que media entre los factores biopsicosociales con influencia sobre el rol materno y donde estos factores van a ejercer una influencia en la adaptación de una mujer hacia la maternidad.²⁻³

Existen reportes en la literatura revisada donde se afirma que las madres asumen el rol materno valiéndose de una serie de recursos personales, incluyendo su autoestima general.² Hallazgos de investigaciones sobre la autoestima materna encontraron que una madre con baja autoestima materna es menos afectiva y se encuentra menos dispuesta emocionalmente para sus hijos lo que provoca disrupciones en la adaptación de esta nueva relación. La autoestima es uno de los procesos autoreferenciales primordiales sobre el que se construye la personalidad, y uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez.

En relación con el constructo de autoestima materna en el presente estudio se recurre a la definición ofrecida por Shea y Tronick (creadores del cuestionario de autoestima materna utilizado en la presente indagación científica), quienes consideran que la autoestima materna es "un concepto específico que describe un factor psicológico básico, moderador de los efectos biológicos y sociales que afectan a las mujeres en su adaptación a la maternidad". En ese sentido, para estos autores, la autoestima materna sería el valor que una mujer le asigna a la evaluación que ella misma realiza de su rol como madre; y que está estrechamente relacionada con la autoestima general debido a que las dos son autoevaluaciones cognitivas derivadas de la propia apreciación personal. No obstante, mientras la autoestima general refleja la evaluación que una persona hace de sus competencias y satisfacción en general; la autoestima materna está asociada con la evaluación que hace la madre sobre su habilidad materna.³

Atendiendo a la trascendencia del tema y conociéndose las estadísticas nacionales y provinciales reportadas en el país, donde en los últimos años se ha registrado un incremento del número de embarazos en la adolescencia a pesar de las acciones desarrolladas por el Sistema de Salud y el Programa Materno Infantil,⁴ se evidencia la perentoria necesidad de una mirada desde la Ciencias Psicológicas a este fenómeno complejo que involucra una multiplicidad de factores en su aparición.

Estudiar estos constructos en la etapa de la adolescencia resulta loable, el propiciar datos sobre el estado actual, facilitaría el soporte teórico desde el cual cimentar intervenciones tempranas oportunas antes que el vínculo madre-hijo se vea deteriorado o dañado por una baja autoestima global y materna.

Atendiendo a las consideraciones presentadas, esta investigación científica persigue como objetivo determinar la autoestima global y materna en madres adolescentes de niños menores de un año.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, en los consultorios pertenecientes al área urbana del municipio de Cumanayagua, provincia Cienfuegos, en el período de septiembre del 2013 a mayo del 2014, con madres adolescentes de niños menores de un año de vida. El estudio se corresponde con un enfoque cuantitativo de la investigación y se

complementa con el análisis cualitativo de los datos. Se trabajó con la población de 35 madres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Las variables operacionalizadas se clasificaron en variable cuantitativa discreta: edad; variables cualitativas nominales politómicas: estado civil, ocupación y variables cualitativas ordinales: nivel de instrucción, autoestima global y autoestima materna.

Para recabar la información se aplicó un formulario de datos sociodemográficos estructurado en 7 preguntas establecidas de antemano y algunas opciones de respuestas con el objetivo de obtener información sobre las variables sociodemográficas: edad de la madre, nivel de instrucción, ocupación y estado civil. El Inventario de Autoestima de Coopersmith elaborado por Stanley Coopersmith, se empleó para medir las particularidades de la autopercepción del individuo con respecto a la autoestima, clasificando a los sujetos en función de tres niveles: Alto de Autoestima (alcanzan un puntaje, entre 19 y 24 puntos), Medio de Autoestima (puntuación en el rango de 13 a 18 puntos) y Bajo de Autoestima (alcanzan un puntaje inferior a los 12 puntos). El Cuestionario de Autoestima Materna (CM), adaptación realizada por Rocío Patricia de las Casas⁵ del "The Maternal Self Report Inventory" (MSI) de Edward Shea y Edward Tronick en 1988. Este instrumento consta de cien ítems y está compuesto por siete dimensiones o áreas: habilidad para el cuidado, habilidad general como madre, aceptación del bebé, relación esperada con el bebé, sentimientos durante el embarazo, trabajo de parto y parto, aceptación parental, e imagen corporal y salud después del parto.

Se utilizó con el fin de medir los niveles de autoestima materna del constructo y con precisión las 7 dimensiones que reflejan los niveles de autoestima materna otorgando una perspectiva global en función de la influencia de cada subescala en el cuestionario total. El proceso de aplicación se desarrolló en el hogar de las participantes. Cabe señalar, que en el presente estudio se realizó una prueba piloto con 5 adolescentes madres que demostró la posibilidad de su utilización en este contexto.

El análisis de la información se realizó utilizando estadística descriptiva, específicamente medidas de tendencia central como frecuencias, porcentos y media de los indicadores. Se procesó la información en la base de datos del paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos y jurídicos para la realización de la investigación. Se solicitó el consentimiento informado a la Dirección Municipal de Salud Pública del territorio donde se realizó la indagación científica, a las adolescentes y a sus padres o tutores legales.

RESULTADOS

Los resultados informan que en relación a las variables sociodemográficas estudiadas predominaron madres adolescentes de la etapa tardía con una media de edad 17,89; estudios medios superiores vencidos, el 80 % había culminado los estudios preuniversitarios y el 2,9 % el técnico medio superior; en el 52,7 % ser amas de casa era su principal ocupación y cuidar su hijo era su labor fundamental; más de la mitad (54,3 %) mantenía vínculo de pareja en uniones consensuales, seguido de la presencia de madres solteras para un 34,3 %, solo el 5,7 % estaban casadas y ya un 5,7 % habían roto la unión.

Tabla 1- Distribución de los niveles de autoestima global y autoestima materna en madres adolescentes de niños menores de un año del municipio de Cumanayagua. Septiembre- mayo, 2014.

Variable	Niveles						E. descriptivos		
	Alto (sujetos)	Alto (%)	Medio (sujetos)	Medio (%)	Bajo (sujetos)	Bajo (%)	Media	Máx	Mín
Autoestima Global	11	31,4	16	47,7	8	22,8	15.09	22	3
Autoestima Materna	-	-	1	2,9	34	97,1	324.34	414	247

n=35 Fuente: inventario de autoestima Coopersmith.
cuestionario de autoestima materna.

Predominaron los niveles medios y altos de autoestima global en más de la mitad de las madres participantes de la investigación a diferencia de la autoestima materna donde las madres casi en su totalidad se caracterizan por presentar niveles bajos.

Tabla 2- Distribución de los niveles de autoestima materna según dimensiones

Dimensiones autoestima materna	Sujetos por niveles			Estadísticos descriptivos		
	Alto	Medio	Bajo	Media	Máximo	Mínimo
Habilidad para el cuidado	4	7	24	87	108	63
Habilidad general como madre	-	2	33	83,57	107	27
Aceptación del bebé	-	-	35	28,29	39	19
Relación esperada con el bebé	3	1	31	31,2	45	20
Sentim. embarazo, trabajo parto y parto.	1	-	34	44,57	62	37
Aceptación parental	26	7	2	27,2	37	21
Imagen corporal y salud después del parto	-	-	35	17,5	26	9
Puntaje Total	-	1	34	324,34	414	247

Fuente: cuestionario de autoestima materna. n=35

Todas las dimensiones puntuaron en valores bajos de autoestima materna, excepto la aceptación parental que presentó valores altos en la mayoría de los registros. La dimensión *aceptación del bebé e imagen corporal y salud después del parto* fue baja para el 100 % de las madres estudiadas.

DISCUSIÓN

La edad media de 17,89 registrada en el estudio coincide con estudios realizados en diversas latitudes, donde las adolescentes iniciaron mayormente la maternidad próximas a los 18 años de edad.⁶⁻⁸ Algunos referentes teóricos consideran que el embarazo en la adolescencia es más frecuente en la etapa tardía, ya que es el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja. No obstante se encontraron reportes que indican el inicio de esta en edades más tempranas lo que las expone a riesgos de salud más marcados, ya que las

adolescentes menores de 15 años tienen 5 veces más probabilidades de morir durante el embarazo y el parto en comparación con las mujeres mayores de 20 años.⁹

Al predominar en la indagación las graduadas de nivel preuniversitario, se hallaron semejanzas y diferencias con reportes de investigaciones realizadas,¹⁰⁻¹² donde en algunas los resultados son coincidentes y en otras, es el nivel secundario vencido el que prevalece.

Ser ama de casa fue el rol que desempeñaban en su mayoría las madres investigadas, resultados que coinciden con investigaciones sobre el tema, donde dicho rol, así como trabajos no formales son preponderantes.^{10, 12}

En cuanto al estado civil, los registros se asemejan a los resultados declarados por *Castillo y Pachón*¹⁶ y *González y cols.*,¹⁴ donde las uniones consensuales era la modalidad de vínculo de pareja presente. Por el contrario, otros reportes refieren que las adolescentes enfrentan su embarazo y maternidad solas, sin pareja, donde los porcentajes son más elevados en las edades más tempranas de esta etapa del desarrollo.¹⁵

Factor de riesgo: la maternidad en la adolescencia es un evento que limita el proyecto de participación de las madres en la esfera social y pública, pues el cuidado de su hijo se convierte en causa fundamental de abandono escolar. El no culminar los estudios reduce entonces las oportunidades laborales y compromete su capacidad adquisitiva (ingresos monetarios) para su propia subsistencia y la de su bebé; realidad que puede afectarla emocionalmente, al no poder satisfacer las necesidades materiales de su descendiente.

La autoestima global presentó una media de 15,09, tendió a medir valores entre medios y altos, encontrándose discretamente mayor frecuencia de madres en los niveles medios. Estos resultados coinciden con investigaciones realizadas en Chile y Cuba, donde esta es más alta en etapas tardías.¹⁶⁻¹⁷ En la investigación realizada en Chile, las adolescentes madres evidencian significativamente mayor nivel de autoestima social que las madres adultas. Los autores interpretan estos resultados vinculados a la existencia de mayor romanticismo en estas madres adolescentes en relación a sus pares no embarazadas, lo que apuntaría a una forma de razonamiento más infantil, a que el pensamiento poco realista es un elemento predominante en la vivencia de estas adolescentes.¹⁶

La autoestima no es un rasgo estático en el tiempo, sino más bien un índice dinámico y sujeto a cambios que se ve influido por las experiencias a las que las personas se ven expuestas. Teniendo en cuenta que la adolescencia es un período en el que las muchachas deberán hacer frente a importantes cambios y resolver distintas tareas evolutivas es de esperar que su nivel de autoestima experimente cambios y fluctuaciones.

Los estudios que han analizado la evolución de la autoestima durante la adolescencia no han aportado datos concluyentes. Algunas investigaciones coinciden en encontrar que en la adolescencia temprana es donde se encuentran los niveles más bajos, al incluir más cambios y tareas evolutivas, aumentando esta en la tardía. Cuando estos mismos adolescentes vayan ganando en autonomía, libertad, responsabilidad, los niveles de autoestima mejorarán.¹⁸

Estos hallazgos pudieran justificar la presencia del predominio de niveles altos y medios en las adolescentes estudiadas, ya que casi la totalidad se encuentra en la etapa tardía.

En cuanto a la autoestima materna los resultados fueron coincidentes con otras investigaciones que registraron tanto en el puntaje global, como por dimensiones niveles medios y bajos, sin valores altos, a pesar de integraban la muestra también madres adultas. Más allá de las diferencias individuales, en estas investigaciones la muestra tiende a presentar niveles de

autoestima homogéneos.^{5, 19} Vale afirmar lo que se ha encontrado en otras investigaciones: que la edad de la madre pudiera no afectar la autoestima materna.

En sentido general los resultados obtenidos implican que las dificultades que siempre se van a percibir, aun no han sido incorporadas positivamente por la madre, lo cual pudiera estar influyendo en su autoestima materna.

La dimensión *aceptación parental* es la única que destaca con valores altos, lo cual pudiera traducirse en que es posible estar en presencia de un grupo de madres que quizás establecieron experiencias y vivencias infantiles relativamente positivas con sus madres, consiguiendo identificarse con ellas y con sentimientos de aceptación hacia sus padres. Reportes investigativos han hallado que las madres que no pudieron resolver aun sus actitudes negativas hacia su infancia tienen frecuentes problemas en la relación con sus niños.¹⁹ Por lo tanto, la madre se constituye en una fuente importante de retroalimentación del sí mismo. Parece ser que las percepciones y experiencias parentales vividas en su infancia, junto a las vivenciadas en la relación actual con su hijo, estuviesen matizando de manera positiva, funcionando como un modulador en las actitudes hacia el niño.

Hay que considerar, además, que las respuestas de las madres adolescentes están marcadas por la etapa de desarrollo que están atravesando. En esta resulta característico que experimenten sus experiencias con mucha intensidad y que, en consecuencia, las actitudes negativas e idealizaciones puedan intensificarse. Por lo que podrían sentir los sucesos experimentados con los padres desde la infancia de manera más intensa que en otras etapas del desarrollo como la adultez.

En la dimensión *habilidad general como madre*, el 94,2 % de las adolescentes se ubicaron en niveles bajos. A pesar de que un 65,7 % pensaban que serían buenas madres, los mayores porcentajes de respuestas en la escala totalmente verdadero correspondían a ítems que mostraban su percepciones de incapacidad en relación con el nuevo rol y a la falta de confianza en sí mismas para ser madres eficaces, unido al hecho de no disfrutar de estas funciones como lo habían fantaseado antes de tener el hijo.

En la dimensión *aceptación del bebé*, teóricamente, existió una dificultad en las madres investigadas para aceptar las características reales de su hijo, es posible que las imágenes que las madres fantaseaban de sus hijos antes del nacimiento disten de lo que ellas percibieron realmente. Esto pudiera interpretarse como una arista de lo que involucra la idealización de la maternidad para una mujer, la fantasía como contraparte a la realidad, siendo además el aspecto físico del hijo partícipe de esta dimensión.

En la dimensión *relación esperada con el bebé*, estudios revelan que es la subescala con una media inferior al promedio.¹⁹ El seguimiento en consulta que reciben estas embarazadas, junto a los avances tecnológicos en el campo médico, como el ultrasonido, logran que los padres y especialmente las madres, se conecten de una manera especial con su hijo que aun se encuentra en el vientre de la madre. De esta manera, este contexto despierta la imaginación en la madre sobre la llegada de su hijo, el primer encuentro y la relación con su él o ella, lo cual probablemente influya en cómo se sienten actualmente las participantes con la interacción real que mantienen con su bebé, ahora que también deben sobrellevar las dificultades que su rol implica, aspectos que deberían ser estudiados con más detenimiento.

En la dimensión *imagen corporal y salud después del parto*, las 35 adolescentes puntuaron bajo en esta dimensión. En este caso, aceptar el cambio que sufre su cuerpo después del embarazo

es un proceso que les está generando complicaciones. Estudios reportan en esta dimensión la mayor variabilidad en los valores obtenidos.¹⁹ En consonancia con el estudio de Luna⁵ las participantes muestran aparente dificultad para ajustar las imágenes idealizadas que han construido durante el embarazo a lo que objetivamente vivencian en su nuevo rol, así como también les cuesta manejar la percepción corporal que ellas tienen de sí mismas porque parece que el aspecto físico es un tema susceptible que genera inseguridad en estas edades.

En la dimensión *sentimientos durante el embarazo, la labor de parto y el parto*, solo una participante puntuó en la categoría alto y las 34 restantes en la categoría bajo. Se presentó una frecuencia alta de respuestas que inducían a temores con relación al embarazo y salud del futuro bebé, así como sentimientos de culpabilidad en relación con posibles comportamientos realizados por ellas que pudieran afectar a su futuro hijo.

La adolescencia es una etapa de la vida donde todavía no se sienten "afianzadas como persona" y por ello, afrontar el hecho de ser madre, que genera temores justificados en cualquier mujer, en ellas pudiera ser experimentado con mayor intranquilidad, sobre todo en las edades que prevalecieron en el estudio, las cuales han alcanzado mayor grado de madurez con respecto a la adolescencia temprana y pueden tener mayor conciencia de su condición.

Un resultado significativo, encontrado por *Hinojosa*²⁰ en su investigación, es el que nos dice que las mujeres que tienen 2 hijos tienen una mayor capacidad para poder ajustar la imagen ideal que tuvo de su bebé durante el embarazo a la imagen real de su bebé cuando nace, a diferencia de las mujeres que solo tienen un hijo. Se coincide con este autor cuando refiere que la fantasía es un elemento determinante para la primacía de la maternidad idealizada sobre todo en las madres primerizas, las cuales no cuentan con una experiencia previa. En este caso, la experiencia misma de haber tenido un hijo brinda a la madre un panorama distinto. Aunque sintomáticamente la experiencia previa del parto y el parto mismo fuera distinta a su primera vez, ya se encuentra instalada en la madre una concepción más objetiva que le permite justamente tener la capacidad de limitar su fantasía hacia aspectos más concretos y reales. La madre podrá acceder con mayor facilidad a integrar la imagen real de su hijo a la imaginada, y sentirse complacida con las características de él, siempre y cuando las expectativas y fantasías que construya la madre sobre la imagen del bebé que ansía tener no distan demasiado del bebé que nace, es precisamente en este punto donde la experiencia de ser madre previamente sirve como un mecanismo de ajuste.²⁰

En esta investigación que se presenta, la diferencia entre los niveles registrados en la autoestima global y la materna, pudiera explicarse a partir de lo documentado en la literatura revisada donde se señala que estos niveles van estar relacionadas con la importancia del dominio específico en el que el adolescente se valore.³

En este punto conviene señalar, sin embargo, que diferentes autores han encontrado relaciones significativas entre las autoestimas parciales referidas a dominios específicos y aquella de carácter más global,²⁰ por el contrario otros, señalan que la evolución de la autoestima depende de diferencias individuales, ya que mientras en determinadas adolescentes su autoestima permanece estable durante la adolescencia, para otros sufre más fluctuaciones.

En el caso de la investigación que se discute, pudiera ser que el hecho de transitar por la maternidad en la adolescencia, que impone nuevas exigencias para las cuales la madre no está preparada, influya en el desempeño de su rol materno y pueda sentir incertidumbre y ambigüedad que la haga valorarse en detrimento de sí misma en esta dimensión, a diferencia de la

autoestima global de la persona donde la opinión que hace de su persona es más globalizada. Al encontrarse estas adolescentes, principalmente en la etapa tardía, puede que se sientan más confiadas de sus habilidades ante las tareas generales que le exige la etapa. Ya la etapa inicial de la adolescencia que incluye más cambios y tareas evolutivas nuevas (aceptar los cambios físicos asociados a la pubertad, desvincularse de los padres, pasar de primaria a secundaria, etc.) ha quedado atrás, por lo que es razonable que mejoren los niveles.

En conclusión, en el presente estudio predominaron madres adolescentes en la etapa tardía del desarrollo, con niveles medios y altos de autoestima global y niveles bajos de autoestima materna; solo la dimensión aceptación parental tendió a niveles altos. Las madres adolescentes se caracterizaron por no presentar similitudes en los niveles de autoestima global y autoestima materna obtenidos.

En esta investigación no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. Continúa Avanzando la Reducción de la Mortalidad Materna. 2014 [citado 7 Jul 2016]:[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/BOLETIN%20UNFPA%20NRO%20128%202014.pdf>
2. MacGrath M, Meyer E. Maternal self-esteem: from theory to clinical practice in special care nursery. Chestnut Hill College. 1992;21(4):199-205.
3. Shea E, Tronick E (Belester M. Yongman eds). The Maternal Self-Report Inventory, a research and Clinical Instrument for Assessing Maternal Self-Esteem. Theory and research in behavioral pediatrics. New York: Plenum Press; 1988;4:109-140.
4. Anuario Estadístico de Salud. Dirección de registros médicos y estadísticos de salud. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2014.
5. Luna de las Casas PR. Validación del Cuestionario Materno en un grupo de madres de Lima Metropolitana [tesis]. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú: Facultad de Letras y Ciencias Humanas; 2012 [citado 4 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.tesis.pucp.edu.pe>
6. Ulloque Caamaño L, Monterrosa Castro Á, Arteta Acosta C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2015 [citado 12 Ago 2016];80(6):462-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600006&lng=es
7. Cluet I, Rossell-Pineda MR, Álvarez T, Rojas L. Factores de riesgo asociado a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev.Obstet.Ginecol.Venez. 2013;73(3):157-70.
8. León-Torrealba M, Escala Z, Fernández R. Los derechos y la salud sexual y reproductiva en Venezuela: Embarazo adolescente (II tomo). Caracas: Avesa- ACCSI- Aliadas en Cadena; 2015.
9. Amoran O. A comparative analysis of predictors of teenage pregnancy and its prevention in a rural town in western Nigeria. International journal for equity in health [Internet]. 2012 [citado 12 Ago 2016];11(37):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/37>
10. Galindo Pardo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Rev Des y Soc. 2012 [citado 14 Jul 2016];69(1):133-86. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n69/n69a06.pdf>
11. Ramiro M, Bermúdez M, Sierra J, Buena G. Predicción del tipo de experiencia sexual en función de variables psicológicas y socio demográficas en adolescentes panameños. Terapia Psicológica 2013;31(2):175-86.

12. Ariza Riaño NE, Valderrama Sanabria ML, Ospina Díaz JM Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2014 [citado 12 Ago 2016];42(2):154-63. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/501/1037>
13. Castillo Florez MC, Pachón Vivas L. Caracterización clínica, epidemiológica y psicosocial de las madres gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia, en el periodo comprendido entre enero de 2009 a enero de 2012. 2013 [citado 14 Jul 2016]. Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10003/2/PachonVivasLiliana2012.pdf>
14. González Hernández A, Alonso U, Gutiérrez Rojas AR, Campo Glez A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido. Publicación Médica. 1999;12(2):84-8.
15. Calderón Morales IC, Del Rio Aguirre CI, Rodríguez Zamora O, Guisandes Zayas AA. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. MEDISAN. 2014 [citado 16 Jul 2016];18(11):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_11_14/san091811.pdf
16. Valdivia P, Maruzzella, Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología. 2003 [citado 13 Ago 2016];12 (2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://148.215.1.176/articulo.oa?id=26412207> ISSN 0716-8039
17. León Martínez CA, Espín Coto RM. El embarazo en la adolescencia: un enfoque psicológico actual. Acta Médica del Centro. 2010 [citado 12 Ago 2016];4(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_10/embarazo.htm
18. Parra A, Oliva A, Sánchez-Queija I. Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. Anuario de Psicología. 2004;35(3):331-46.
19. Raznoszczy C, Lapidus A, Vardy I, Leonardelli E, Silver R, Umansky E, et al. Estudio de la expresividad emocional y la regulación afectiva en díadas madre - bebé durante el primer año de vida y su relación con la autoestima materna. Anuario de investigaciones. 2005 [citado 12 Ago 2016]; 12: 327-36. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100035
20. Hinostroza Ballón JA. Autoestima Materna y calidad de la relación de pareja en madres de nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana [tesis]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas; 2010 [citado 25 Jul 2016]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/667>

AUTOEXAMEN DE MAMA. INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR CONOCIMIENTOS. ÁREA II. CIENFUEGOS. 2017.

Autor: MsC. Dra. Lianet Pérez Rodríguez (*), lianetpr@jaqua.cfg.sld.cu Dirección Municipal de Salud Cienfuegos, Cuba

Coautor: MsC. Dra. Grissel Utrera Díaz (*), griselud@jaqua.cfg.sld.cu Policlínico Cecilio Ruiz de Zárata Municipio Cienfuegos, Cuba

(*) Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Asistente.

RESUMEN

Introducción: El autoexamen mamario constituye un importante método en la detección precoz de patologías de la mama, en especial de la más temida como es el cáncer de mama, disminuyendo así la mortalidad en el mundo y en nuestro país. Es por ello que se recomienda iniciar el autoexamen mensual de mama a partir de los 20 años. Objetivo: Aplicar una intervención educativa para capacitar a las féminas que asisten a la consulta de mastología del Policlínico del Área II sobre conocimientos de la realización correcta del autoexamen de mama en el período comprendido de noviembre 2016- noviembre 2017. Diseño metodológico: Se realizó una intervención educativa con esquema de antes y después. Universo: Estuvo conformado por 96 féminas que asistieron a la consulta. Muestra: Estuvo constituida por 69 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Resultados: Predominaron las pacientes entre 40 y 49 años de edad con nivel de escolaridad de técnicos, antes de la intervención educativa predominó un desconocimiento sobre la práctica y la técnica del autoexamen de mama, las alteraciones que se pueden constatar mediante este proceder, los factores predisponentes del cáncer de mama. Luego de la intervención educativa se incrementaron y se modificaron los conocimientos sobre el autoexamen de mama en las pacientes. Conclusiones: Se consideró necesaria e importante la estrategia, ya que existe insuficiente conocimiento sobre la práctica correcta del autoexamen de mama y poca estimulación para la realización del mismo, lográndose el incremento de conocimientos y el nivel de información con la estrategia utilizada.

Palabras claves: autoexamen de mama, conocimientos, cáncer de mama

INTRODUCCIÓN

Para la humanidad el cáncer constituye un serio problema de salud ya que a nivel mundial muestra una alta incidencia y mortalidad generando problemas de orden psicológico, familiar, laboral y económicos entre otros. ⁽¹⁾

A nivel mundial es el tumor más frecuente en el sexo femenino y hoy día la segunda causa de muerte en la mujer. En México ocupa el segundo lugar y en los Estados Unidos de Norteamérica se diagnostican cada año más de 190 000 casos nuevos, por

lo cual representa la entidad clínica que más fallecimientos produce en mujeres entre 35 y 54 años y el riesgo de morir en las de mayor edad es de 3,6 %; mientras que, en Brasil, 50 de cada 100 000 féminas con más de 30 años, presentan anualmente esta enfermedad. (2,-4)

En Cuba el cáncer ha sido históricamente una de las primeras causas de muerte ubicándose como segunda causa desde el año 2000, ocurriendo en el 2016 un total de 24 303 defunciones por esta causa, para una tasa de 216,3 por cada 100 000 habitantes, precedido por las enfermedades cardiovasculares.(5)

La provincia de Cienfuegos coincide con la situación epidemiológica nacional, con una tasa de incidencia y mortalidad con tendencia al aumento, habiéndose reportado en el año 2016, 1525 casos nuevos de cáncer mamario con una tasa por 100,000 mujeres de más de 15 años de 27.0. En el 2016 fallecieron 22 mujeres por cáncer de mama, en el municipio de Cienfuegos y en el área de salud donde se realiza la investigación 5 fallecidas por esta causa. (6-8)

El cáncer de mama constituye así un importante problema de salud y es percibido con gran preocupación por la población femenina, cada vez más sensibilizada por esta enfermedad. Este cáncer, más que ningún otro, afecta profundamente la imagen que la mujer tiene de su sexualidad y de sí misma.

Existen tres tipos de métodos de tamizaje para el cáncer de mama: mamografía, examen clínico y el autoexamen, proceder simple, de bajo costo y no invasivo; que tiene la ventaja de ser llevado a cabo por la propia mujer.

Las estrategias educativas dirigidas a mejorar el conocimiento de las mamas pueden llevar a la mujer a consultar precozmente los servicios de salud, por lo que es de gran valor esta práctica preventiva donde juegan un papel importante los médicos generales y ginecólogos como personal de enfermería, promotores comunitarios y otros agentes educativos, pueden jugar un papel muy importante en este sentido. (9)

En tales circunstancias consideramos la necesidad diagnóstica del cáncer de mama en etapas cada vez más tempranas y la posibilidad de efectuar acciones de salud encaminadas a incrementar los conocimientos de riesgo y a su vez enseñar el autoexamen de mama, por lo que dicho trabajo tiene como objetivo general: Aplicar una intervención educativa para capacitar a las féminas que asisten a la consulta de mastología del Policlínico del Área II sobre conocimientos de la realización correcta del autoexamen de mama en el período comprendido de noviembre 2016 - noviembre 2017, realizando caracterización de las mismas, para determinar las necesidades de aprendizaje sobre el autoexamen de mamas para así implementar programa educativo que finalmente evaluará los conocimientos adquiridos por las pacientes.

DISEÑO METODOLOGICO

-Tipo de diseño y estudio: Estudio de intervención educativa con esquema de antes y después con las féminas que asisten a la consulta de mastología del Área II, del municipio de Cienfuegos, provincia Cienfuegos.

-Universo: estuvo conformado por 96 mujeres comprendidas entre 30 y más años de edad que accedieron a participar en la intervención de forma voluntaria mediante consentimiento informado, y la muestra quedó constituida por 69 féminas del universo antes definido que cumplían con los criterios de inclusión.

Dicha investigación se realizó en 3 etapas: Diagnóstico, Intervención y Evaluación.

Métodos y técnicas empleadas en la investigación: El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows con la utilización de computadora, ilustrando los resultados en forma de tablas.

RESULTADOS

Predominaron las féminas entre 40-49 años de edad seguidas por las de 50-59 años de edad con un porcentaje de 34.79 % y 201.29 % respectivamente y el nivel de escolaridad los técnicos medio con 26 pacientes que representan un 37.68 % seguido del pre-universitario con un 26.09 %, características de los patrones demográficos del Área donde se realizó la investigación. (Anexo 1)

Al inicio de la investigación el conocimiento de las mujeres encuestadas sobre los factores de riesgo del cáncer de mama fue muy pobre, Luego de aplicada la intervención educativa se observó modificación en el conocimiento positivamente en más de un 90% en todas las variables estudiadas. (Anexo 2)

Las féminas reciben la información a través de los medios de difusión (20.29%) y por parte del Equipo Básico de Salud (EBS) el 27.53%. Además, un número importante de féminas (31) refiere no haber recibido información por ninguna vía antes de la intervención educativa representando el 44.93%. Corrigiéndose estos datos luego de la intervención. (Anexo3)

El anexo 4 muestra que antes de la intervención, un 55.07% de las mujeres se realizaban el autoexamen de mama (38 féminas) y el 44.93% (31 féminas) no se lo realizaban predominando con un 30.44% las que no conocían dicho proceder, corrigiendo este desconocimiento después de dicha intervención.

Al evaluar los conocimientos sobre el autoexamen de los senos el mayor número de encuestadas tenía conocimientos insuficientes de la maniobra con 38 mujeres comprendidas en esta situación y luego de la intervención se mejoraron los

conocimientos en casi la totalidad de las féminas. (Anexo 5) Constatándose el impacto de esta intervención por los logros alcanzados.

En el Anexo 6 se muestra que antes de la intervención las féminas conocían escasamente las alteraciones que pueden ser detectadas al realizar el autoexamen de mama, respondiendo incorrectamente más del 55 % de las alteraciones que alertan sobre dicha patología; superando en la segunda entrevista esta debilidad de conocimientos.

Al inicio de la investigación 44 pacientes consideraron no importante el autoexamen de mama para un 63.77 %, luego de realizada la intervención se incrementó el número de pacientes que consideraban la importancia del autoexamen de mama siendo la cifra 69 para un 100 %. (Anexo 7)

Al evaluarla intervención (Anexo 8) se obtienen resultados muy favorables ya que ninguna paciente contestó que dichas sesiones programadas hubiesen sido inadecuadas.

DISCUSIÓN

En la población estudiada es significativo señalar que se trata de un conjunto de mujeres con plenas facultades intelectuales para comprender la importancia del autoexamen de mama y asimilar los conocimientos que les brindamos para luego llevarlos a la práctica.

La incidencia del cáncer de mama aumenta después de los 40 años, y aproximadamente el 80% de todos los casos se da en mujeres mayores de 50 años, pero otras enfermedades benignas de la mama se aprecian desde edades tempranas de la vida según lo demuestran estudios de diferentes autores consultados. ⁽¹⁰⁾

Enseñar a las mujeres como examinar sus propios senos es más importante que enseñar la técnica del examen mamario a los médicos.

En el trabajo presentado por Lorenzo-Luaces P, Galán y Abascal ME sobre Técnicas estadísticas multivariadas en la investigación epidemiológica donde utiliza como ejemplo la prevalencia del cáncer de mama lo relaciona con estas edades por las influencias hormonales donde existen períodos de ventana por aumento de los estrógenos ⁽¹¹⁾.

Coincidió prácticamente en todas sus características con trabajo presentado por la Doctora Martha Nidia Tabares Pérez, Cáncer de Mama. Factores de Riesgo, pues en su tabla la muestra de féminas iletradas no posee evidencias y en la muestra estudiada en este trabajo las iletradas no se incluyen. ⁽¹²⁾

En el programa de intervención se impartieron los temas relacionados con los conocimientos de las féminas de los factores de riesgo teniendo en cuenta la alta

morbilidad y mortalidad por este tipo de cáncer en la población femenina. Otros estudios también demuestran factores que predisponen a padecer el cáncer de mama como son las terapias hormonales sustitutivas a largo plazo (más de diez años), el consumo de alcohol, haber tenido menos de dos partos. ⁽¹³⁾ La obesidad en mujeres después de la menopausia está descrita como una amenaza de padecer de cáncer de mama que puede reducirse según plantean algunos autores con la realización de ejercicios físicos (aerobios).

Reviste gran importancia que las mujeres tengan conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de mama ya que este constituye una amenaza para la vida de miles de mujeres.

Marzán ⁽¹⁴⁾ y Chacón ⁽¹⁵⁾, coinciden con los resultados obtenidos en este estudio pues encontraron similar desconocimiento inicial en sus pacientes y lograron modificarlos favorablemente.

La ciencia ha descubierto que comenzar la menstruación antes de los doce años aumenta cuatro veces el riesgo de padecer esta enfermedad en comparación con las mujeres que tuvieron su menarquía a partir de los 14 años de edad. De la misma manera la menopausia tardía, después de los 55 años aumenta la posibilidad de contraer este tipo de cáncer. ⁽¹²⁾

Los datos obtenidos sobre la información recibida y las vías de obtención de la información sobre el autoexamen de mama (Anexo 2) difieren de los estudios realizados por Dr. Elio Garrido Fuentes ⁽¹³⁾ y Carmen María Pérez ⁽¹⁴⁾ donde se evidenció en sus estudios el importante y decisivo papel del médico y la enfermera de la familia en la transmisión desde el punto de vista preventivo.

Tampoco coincide nuestro estudio con estudio realizado por Hernández Echevarría sobre exploración de conocimientos del autoexamen mamario en el consultorio del médico de la familia donde la labor de divulgación del médico y la enfermera de la familia superó los medios de aprendizaje. ⁽¹⁵⁾

Este estudio (Anexo 4) demostró la necesidad de incrementar la labor educativa del médico y la enfermera de la familia, pues a pesar de ser más del 50% de las féminas capaces de realizarse el autoexamen de mama no conocen la técnica para el mismo.

El estudio realizado no coincide con estudios realizados en otros países como Venezuela en el año 2010 que más del 90 % de las féminas no practicaban el autoexamen de mama por desconocimiento. ⁽¹⁶⁾

Como la mama puede ser examinada con facilidad y las mujeres desempeñan un papel importante en el hallazgo de su enfermedad es recomendable que las mujeres conozcan cómo realizarlo y así permitirse la determinación de anomalías que pueden corresponderse con las manifestaciones clínicas de las neoplasias.

Al evaluar los conocimientos de las pacientes (Anexo 5) sobre el autoexamen de mama pudimos observar que nuestro estudio no coincide con trabajos realizados por otros autores ya que para ellos las pacientes sí tenían conocimientos sobre el autoexamen de mama. ⁽¹⁷⁾

Sousa A. Pereira en sus investigaciones sobre el tema del autoexamen de mama obtuvieron que aproximadamente el 50% de las encuestadas conocían la técnica correcta de realización del autoexamen de mamas ⁽¹⁸⁾.

Resulta alarmante que no posean las féminas, prácticamente conocimientos sobre las alteraciones mamarias (Anexo 6) que se pueden encontrar en el autoexamen de mamas y son las que hacen que nos acerquemos al médico o la enfermera de la familia; nuestro trabajo coincidió con el realizado por el Dr. William G. Trujillo, pues también en su trabajo luego de la intervención se lograron conocimientos positivos sobre el tema. ⁽¹⁹⁾

Es importante el conocimiento de los signos de alarma ya que si un tumor es detectado tempranamente significa la curación de un alto porcentaje de casos. ⁽²⁰⁾

Cuando analizamos el Anexo 7 observamos que estos resultados demuestran que sí es importante el autoexamen de mama pues es la primera herramienta que tiene el ser humano, en este caso la mujer, para descubrir precozmente alguna alteración que pueda haber en sus mamas pues es ella y solo ella la persona que mejor conoce sus senos, y así acudir tempranamente al consultorio del médico de la familia para que le oriente los pasos a seguir.

La evaluación de la intervención se puede distinguir en el Anexo 8, donde se ve claramente que la actividad de intervención fue catalogada como algo muy provechoso para las féminas que participaron, las mismas comprendieron el propósito de la actividad. También podemos agregar que las pacientes que asisten a la consulta del Área de salud quedaron satisfechas con este trabajo y nos pidieron que, para próximas intervenciones, la hagamos más extensiva a la población femenina.

CONCLUSIONES

Las féminas que participaron en la intervención educativa consideran necesaria e importante este tipo de estrategia, ya que existe insuficiente conocimiento sobre la práctica correcta del autoexamen de mama y poca estimulación para la realización del mismo, modificándose estos luego de la intervención educativa y lográndose el incremento en el nivel de conocimientos quedando demostrado que se elevó el nivel de información con la estrategia utilizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Online]; 2017: [consultado el 22 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
2. Instituto Nacional del Cáncer, Gobierno USA. [Online]; 2013: [consultado el 28 diciembre 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/pronostico/hoja-informativa-grado-tumor>
3. National Cancer Institute. Estadísticas del cáncer [Internet]. Estados Unidos: National Cancer Institute; 2016 Mar [citado 21 de Ene 2017] [aprox. 4 p] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
4. Bravo MM, Peralta O, Neira P, Itriago L. Prevención y seguimiento del cáncer de mama, según categorización de factores de riesgo y nivel de atención. Rev. Médica Clínica Las Condes. 2013 julio; 24(4):578-87 DOI: 10.1016/S0716-8640(13)70198-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701986>
5. Tilanus-Linthorst M. La detección temprana sigue siendo clave para la supervivencia al cáncer de mama. HealthDay News Oct. 2015.
6. Cuba. Dirección Nacional de Registros médicos. Anuario estadístico 2016 [Internet] 2016. La Habana: Minsap [citado 12 Ene 2017] Disponible en: <http://www.files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2016.pdf>
7. Cienfuegos. Informe Estadístico: Dispensarización de enfermedades no transmisibles. Policlínico Área II: Departamento Estadístico; 2017.
8. Cienfuegos. Informe Estadístico: Dispensarización de enfermedades no transmisibles. Municipio Cienfuegos: Departamento Estadístico; 2017.
9. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespínc C, Nuin-Villanuevad M, Bartolomé-Morenoe C, Vilarrubí-Estrella M. Recomendaciones de prevención del cáncer. Atención Primaria, Actualización 2014 PAPPS. 2014 junio; vol. 46 (IV). Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf
10. Ochoa Parra F, Vega B, Arévalo P. Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mamas en mujeres del área rural. Cuenca 2014 [Tesis] Universidad de Cuenca Ecuador 2015: [consultado en 2017 05 05]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21207>
11. Lorenzo-Luaces P, Galán Y, Abascal ME. Técnicas estadísticas multivariadas en la investigación epidemiológica. Ejemplo en la prevalencia de factores de riesgo de cáncer en Cuba. Rev Cubana Oncol 1995; 11(1):55-60.
12. Martha Nidia Tabares Pérez. Auto examen de mama. Intervención Educativa. Policlínica Docente Dr. Manuel Fajardo Rivero. Rev Medicina y Salud. 2006.
13. Debonis D. Cáncer de mama. Separata 2013, 21 (3): 1-44. [consultado el 28 de diciembre 2016]. Disponible en: http://www.montpellier.com.ar/Uploads/Separatas/Separata%2039%20Cancer%20de%20mama_Layout%205.pdf
14. Marzán Interian I. Modificación de los conocimientos sobre cáncer de mama en un Grupo Básico de Trabajo. Policlínico Docente "Centro" [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Medicina General Integral]. 2007. Guantánamo.

15. Chacón Eduardo M. Intervención comunitaria sobre cáncer de mama en el Grupo Básico de Trabajo 2. [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Medicina General Integral]. 2008. Policlínico Docente "Julian Grimau". Santiago de Cuba.
16. Piñalgo Delgado D y Fontalvo CJ. Intervención educativa para el diagnóstico precoz del cáncer de mama. ASIC "La Chamarreta". Maracaibo 2010.
17. Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. Rev. U.D.C.A Actualidad y Divulgación Científica. 2016 junio-julio; 19(01): 5-14. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v19n1/v19n1a02.pdf>
18. Sousa, A., Pereira, E. Auto-exame das mamas: freqüência do conhecimento, prática e fatores associados; Rev Bras Ginecol Obstet 2008; 35 (3).
19. Dr. William G. Trujillo Blanco. Autoexamen de mamas en mujeres, Marigot, Haití, de enero-junio del 2006. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Instituto de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba. Master en Epidemiología. Publicado en www.ilustrados.com
20. Harlman AR. The problems with risk selections; scientific and psychosocial aspects. Dana Farber Cancer Institute. 2008; 166: 125-44

ANEXOS

Anexo 1: Relación de féminas según grupos de edades y nivel de escolaridad. Consulta de mastología. Área II. Cienfuegos. Noviembre 2016- Noviembre 2017.

Grupos de edades	Nivel de escolaridad											
	Primaria		Secundaria		Pre-Univ.		Tec. Medio		Univers.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
30-39	1	1.45	3	4.34	6	8.70	2	2.90	1	1.45	13	18.84
40-49	1	1.45	2	2.90	5	7.24	11	15.94	5	7.24	24	34.79
50-59	1	1.45	1	1.45	4	5.80	4	5.80	4	5.80	14	20.29
60-69	1	1.45	1	1.45	2	2.90	5	7.24	1	1.45	10	14.49
70 y +	2	2.90	1	1.45	1	1.45	4	5.80	-	-	8	11.59
Total	6	8.70	8	11.59	18	26.09	26	37.68	11	15.94	69	100

Fuente: Formulario de datos

Anexo 2: Conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer de mama antes y después de aplicada la intervención educativa. Consulta de mastología. Área II. Cienfuegos. Noviembre 2016- Noviembre 2017.

Conocimientos sobre Factores de riesgo	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Antecedentes patológicos familiares	50	72.46	69	100
Menarquía precoz (menor de 12 años)	13	18.84	67	97.10

Menopausia tardía(después de los 55 años)	19	27.53	68	98.55
Dieta Inadecuada	17	24.63	69	100
Obesidad	2	2.89	68	98.55
Hábitos tóxicos	50	72.46	69	100
Factores hormonales	8	11.59	64	92.75
Edad mayor de 40 años	48	69.56	65	94.20
Ausencia de Lactancia Materna	10	14.49	64	92.75
No ha parido nunca	9	13.04	66	95.65
Primer parto después de los 30 años	12	17.39	68	98.55

Fuente: Formulario de datos

Anexo 3: Conocimientos sobre información recibida y vías de obtención del autoexamen mamario antes y después de la intervención educativa. Consulta de mastología. Área II. Cienfuegos. Noviembre 2016- Noviembre 2017.

Variable	Información recibida							
	Si				No			
	Antes		Después		Antes		Después	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Difusión masiva	14	20.29	-	-	-	-	-	-
Médico del consultorio	8	11.59	-	-	-	-	-	-
Enfermera del consultorio	11	15.94	-	-	-	-	-	-
Otro personal de salud	-	-	69	100	-	-	-	-
Otras vías	6	7.25	-	-	-	-	-	-

Fuente: Formulario de datos

Anexo 4: Relación de féminas que practican el autoexamen de mama y motivo de la no realización antes y después de la intervención educativa. Consulta de mastología. Área II. Cienfuegos. Noviembre 2016- Noviembre 2017.

Variable	Práctica del autoexamen							
	Si				No			
	Antes		Después		Antes		Después	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Porque no sabe como	-	-	-	-	21	30.44	-	-
Porque no le interesa	-	-	-	-	4	5.79	-	-
Por temor	-	-	-	-	6	8.70	-	-
Otras causas	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	38	55.07	69	100	31	44.93	-	-

Fuente: Formulario de datos

Anexo 5: Evaluación de los conocimientos de las féminas sobre autoexamen de mama antes y después de la intervención educativa. Consulta de mastología. Área II. Cienfuegos. Noviembre 2016- Noviembre 2017.

Evaluación de conocimientos sobre autoexamen de mama	Antes n=38		Después n=69	
	No.	%	No.	%
Sin conocimiento	5	13.15	-	-
Conocimiento escaso	21	55.27	4	5.80
Conocimiento adecuado	12	31.58	65	94.20
Total	38	100	69	100

Fuente: Formulario de datos

Anexo 6: Conocimientos de las féminas sobre alteraciones que pueden detectarse en el autoexamen de mama antes y después de la intervención educativa. Consulta de mastología. Área II. Cienfuegos. Noviembre 2016- Noviembre 2017.

Conocimientos de las alteraciones de las mamas	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Cambios de coloración de la piel	15	21.74	68	98.55
Deformidad del pezón	13	18.84	69	100
Secreción por el pezón	27	39.13	69	100
Surcos permanentes	5	7.25	63	91.30
Hogreos (piel de naranja)	7	10.14	63	91.30
Endurecimientos a la palpación	31	44.92	69	100
Dolor a la palpación	27	39.13	69	100
No conoce ninguno	16	23.18	-	-

Fuente: Formulario de datos

Anexo 7: Importancia de la realización del autoexamen de mama antes y después de la intervención educativa. Consulta de mastología. Área II. Cienfuegos. Noviembre 2016- Noviembre 2017.

Importancia del autoexamen de mama	Antes		Después	
	N	%	N	%
Si	25	36.23	69	100
No	44	63.77	-	-
Total	69	100	69	100

Fuente: Formulario de datos

Anexo 8: Evaluación de la intervención educativa de las féminas sobre los conocimientos del autoexamen de mama para detectarse precozmente el cáncer. Consulta de mastología. Área II. Cienfuegos. Noviembre 2016- Noviembre 2017.

Evaluación del programa de intervención	No.	%
Necesaria	31	44.93
Adecuado	38	55.07
Inadecuado	-	-
Total	69	100

Fuente: Formulario de datos

Título: Autovaloración y calidad de vida percibida en el anciano incorporado a la Cátedra del adulto mayor.

Title: Self-assessment and quality of life perceived in the elderly person incorporated into the Chair of the elderly.

Autores: *Msc. Yaumara Quintero Reyes

** Lic. Vidalina Núñez Rodríguez

***Lic. Gretis Leydis Rodríguez Hernández

yaumaragr720502@minsap.cfg.sld.cu,policlinico universitario Claudio Delgado Amestoy, Cuba, Master en longevidad satisfactoria, investigador agregado, profesor asistente.

yaumaragr720502@minsap.cfg.sld.cu,policlinico universitario Claudio Delgado Amestoy, Cuba, Licenciada en rehabilitación social ocupacional, profesor instructor

***gretisrh900331@minsap.cfg.sld.cu policlinico universitario Claudio Delgado Amestoy, Cuba, Licenciada en Psicología

Resumen:

Objetivo: Identificar la influencia de la Universidad del Adulto Mayor en el desarrollo de la autovaloración y calidad de vida percibida en personas de la tercera edad.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, transversal con un enfoque mixto debido a que se emplea el procesamiento matemático (Cuantitativo), pero se utilizan aspectos cualitativos para dicho análisis en el policlinico área VI pertenecientes al municipio de Cienfuegos en 2 aulas de las cátedras universitarias que radican en la misma, en el período de Octubre del 2017 a enero del 2018

Resultados: predominó la población de adultos mayores del sexo femenino entre 60 a 69 años sin pareja, la mayoría del I nivel secundario. Se evidencia una autovaloración adecuada colocándose en sentido general por encima de la línea media. Se observa que para la dimensión salud y condiciones socioeconómicas predominó la categoría media con valores de 50% y 47 por ciento respectivamente, mientras que para la dimensión satisfacción por la vida predominó la categoría alta (56%).

Conclusiones: La autovaloración de los senescentes que pertenecen a la Universidad del Adulto Mayor es adecuada en el 86,6%. La calidad de vida percibida por los ancianos es alta.

Palabras claves: Cátedra Universitaria, Adulto Mayor, Calidad de Vida, Autovaloración.

Summary:

Objective: To identify the influence of the University of the Elderly in the development of self-assessment and quality of life perceived in the elderly.

Method: A descriptive, cross-sectional study with a mixed approach was carried out due to the fact that mathematical processing is used (quantitative), but qualitative aspects are used for this analysis in the VI area polyclinic belonging to the municipality of Cienfuegos in 2 classrooms of the university chairs that reside in the same, in the period from October 2017 to January 2018

Results: the population of elderly women between 60 and 69 years without a couple, the majority of the secondary level, predominated. An adequate self-assessment is evident, placing itself in a general sense above the midline. It can

be seen that for the health dimension and socioeconomic conditions the average category prevailed with values of 50% and 47% respectively, while for the life satisfaction dimension, the high category predominated (56%).

Conclusions: The self-assessment of the senescents belonging to the University of the Elderly is adequate in 86.6%. The quality of life perceived by the elderly is high.

Key words: University Chair, Older Adult, Quality of Life, Self-assessment.

Introducción

El tema del envejecimiento poblacional constituye uno de los principales focos de atención de los estudios psico-sociales en los que se involucran políticas nacionales y de diversa instituciones, tal interés es debido a que el número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los «muy viejos», o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores (AAMM) en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo. El reto que ello presupone para la sociedad cubana y su desarrollo, demanda atenciones priorizadas, políticas y programas, los cuales se han comenzado e implantado y otros tendrán que hacerlo en los próximos años, lo que permitirá dar respuesta a las demandas del cambio demográfico.(1)

En estudios realizados por Teresa Orosa (2003) se identifican tres determinantes de desarrollo que socializan a estas personas: el sociocultural, el familiar y el individual. (4, 5,6)

La neoformación caracterizadora de este estadio evolutivo lo constituye la necesidad de autotrascendencia. Esta adquisición ocupa un lugar importante en la jerarquía motivacional del anciano. La trascendencia como calidad de todo lo que quedará una vez desaparecido físicamente el anciano actúa como reguladora del comportamiento en la senectud; define todas las relaciones sociales que el anciano establece y genera sentimientos de utilidad en el senescente.

Si a todo esto se añade la participación de modo decisivo de la autovaloración entretodo el sistema regulador de la personalidad, siendo esta representación que labora el sujeto sobre su persona al vincularse con las esferas de mayor significación motivacional para él, comprenderemos entonces la necesidad que tiene el adulto mayor de lograr una autovaloración adecuada que lo lleva a comprender el rol y el lugar de sus actividades en el proceso histórico social, no sólo aceptando la necesidad de lo nuevo sino incluyendo activamente en ese proceso innovador. Logrando así la aceptación de la edad como indicador de haber logrado los niveles más altos de autoconciencia y aprobación.

La calidad de la vida (CV) es un tema de mucha contemporaneidad y de gran interés y trascendencia para el hombre actual y futuro. Es un tema de investigación en el ámbito mundial, abordado desde los más variados enfoques y modelos teóricos existentes.(12,13,14)

La conceptualización de la CV desde el punto de vista científico ha transitado por diferentes momentos que van desde su identificación con las condiciones de vida (centrada en los aspectos materiales), luego por la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida (enfoque más subjetivo), más adelante por las condiciones objetivas y satisfacción con ellas (enfoque psicosocial), hasta la valoración de

ambas dimensiones, mediadas por los valores personales, según se concibe en modelos ecológicos actuales, recorrido por el que transita, además, dentro de la ciencia psicológica. (Gómez y Sabeh, 2001; Castro y Reygadas, 2006).

El presente estudio, tomará como referente el análisis de la autovaloración a partir del contenido que dicha formación motivacional aporta sobre las peculiaridades evolutivas de la personalidad del sujeto sobre la base de las características de su situación social del desarrollo. El sustrato de esta indagación gira en torno a las especificidades de la configuración de la posición social del senescente, que a nivel psicológico vivencia a la red familiar como principal objeto satisfactor de sus necesidades de comunicación y afecto. (12)

Ya conocida la situación problemática, podemos adentrarnos en el problema científico al cual deseamos darle respuesta. ¿Cómo se expresa la autovaloración y la calidad de vida en las personas de la tercera edad que pertenecen a la Universidad del Adulto Mayor?

Objetivo General:

- Identificar la influencia de la Universidad del Adulto Mayor en el desarrollo de la autovaloración y calidad de vida en personas de la tercera edad.

Objetivos específicos:

- Precisar variables sociodemográficas de los ancianos en estudio.
- Caracterizar la autovaloración que presentan los ancianos incorporados a la universidad de la tercera edad.
- Describir el comportamiento de la calidad de vida percibida de gerontes en estudio.

Diseño metodológico

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con un enfoque mixto debido a que se emplea el procesamiento matemático (cuantitativo), pero se utilizan aspectos cualitativos para dicho análisis en el policlínico área VI pertenecientes al municipio de Cienfuegos en 2 aulas de las cátedras universitarias que radican en la misma, en el período de Octubre del 2017 a enero del 2018..

Muestra: La muestra estuvo compuesta por 32 ancianos, de ellos 17 matriculados en el curso del nuevo ingreso en la Cátedra y 15 continuantes matriculados, seleccionados a través de una técnica no probabilística de muestreo intencional y de participación voluntaria de adultos mayores.

Criterios de inclusión:

- Todas las personas matriculadas en las aulas referidas, de ambos sexos con edad de 60 años y más, que estén aptos mentalmente para dar su consentimiento informado por escrito de participación en el estudio (anexo 1).

Criterios de exclusión:

- Personas con alteraciones de la memoria con calificación menor que 3 según la EGEF.
- Personas con deterioro evidente de sus funciones cognitivas por enfermedades incapacitantes que le impidiesen la comprensión de las entrevistas (adultos portadores de hipoacusia o acúsis, ciegos o débiles visuales que no les permita la lectura y/o la escritura).
- Personas que no aceptaron participar en el estudio.

Criterios de Interrupción

- Adultos mayores que abandonen la investigación de forma voluntaria.

Procedimiento

Las técnicas para la recolección de datos fueron: la observación; el cuestionario (anexo 2), metódica dembo Rubinstein (anexo 3) y la escala "M.GH de Calidad de Vida en el adulto mayor (anexo 4).

El primer método empleado fue la observación para interpretar las manifestaciones externas de las variables, a pesar de la limitación fundamental de este método, en el caso de esta investigación, el observador al trabajar desde años anteriores con los dos grupos de ancianos no fue un ente extraño para ellos, por lo que se puede inferir de esto que los comportamientos observados no deben presentar muchas alteraciones.

Se realizó una observación directa ya que el investigador entró en contacto inmediato con el objeto de estudio, el registro de la observación se realizó de forma cualitativa, no creando escala para el registro de la misma. La observación estuvo presente a lo largo de todo el proceso de investigación, incluso en los momentos de aplicación de las técnicas psicométricas.

Cuestionario: se procedió a definir y categorizar las diferentes variables de interés en nuestro estudio

Metódica Dembo- Rubistein: está dirigida a conocer la autovaloración de los participantes; fue utilizada ampliamente en la antigua URSS y en Cuba.

En este trabajo se ajusta la metódica a lo subjetivo de la experiencia, enmarcando la autovaloración en base a las categorías: Salud, Inteligencia, Alegría, Seguridad, Sociabilidad y Optimismo, aunque teniendo en cuenta los intereses de la investigación realizamos una modificación de la prueba agregándole los siguientes indicadores: realización personal.

Posteriormente se le dice al paciente: Supongamos que en esta línea se encuentran todas las personas del mundo, en la parte superior se encuentran las personas más saludables y en la parte inferior las más enfermas; usted debe hacer con el lápiz una cruz (x) que indique el lugar donde usted se encontraría en el indicador salud "; y así sucesivamente con cada uno de ellos. Cada indicador debe encontrarse en una hoja.

Luego se somete a los sujetos a un interrogatorio experimental provocado, que recoge varias preguntas, que completarían la prueba. Su aplicación no es rígida puede tener variaciones en su forma, siempre y cuando se conserve el objetivo y contenido de la misma

Se utilizó la tendencia general de clasificar en tres categorías: Autovaloración adecuada, Autovaloración inadecuada y Autovaloración indeterminada.

Escala "M.G.H de Calidad de Vida en el adulto mayor": cuestionario construido y validado en Cuba; en el 2000, por los autores: Miriam Álvarez Pérez, Gema Quintero Danau y Héctor Bayarre. Cuenta de 34 afirmaciones que miden factores socioeconómicos, salud y satisfacción por la vida. En esta escala solo se permite una respuesta por inciso y sus afirmaciones son: casi siempre, a menudo, algunas veces y casi nunca. La sumatoria de las puntuaciones ubican al anciano en los siguientes niveles de calidad de vida: muy baja (de 34 a 94), baja (de 95 a 110), media (de 111 a 118) y alta(de 119 a 134).

Los aspectos que más se trabajaron en la intervención fueron los subjetivos, y las categorías más relevantes en cambios favorables fueron: satisfacción por la vida, dentro de esta se encuentra (familia, estados afectivos, apoyo social, satisfacción

con el presente y expectativas del futuro); y la dimensión salud (funcionabilidad física, psíquica y social).

Procedimiento con los datos cualitativos.

Con todos los datos cualitativos se procede a realizar el proceso de análisis de contenido categorial, cumpliendo las tres etapas: pre análisis, codificación, y categorización, para clarificar los conceptos y llevar el dato bruto a dato útil.

Al utilizar numerosas vías para la recogida de la información los datos que se obtienen mediante una técnica se puede comprobar la exactitud de los que se recogen con otras.

Mediante el análisis de contenido a partir de ciertos datos se formulan inferencias reproductibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto; se puede abordar desde una perspectiva tanto cualitativa como cuantitativa. El análisis de contenido categorial fue el que se utilizó y dentro de este contenido temático, éste es el referido al trabajo con temas provenientes de declaraciones manifiestas y directas.

Operacionalización de variables

Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, estado conyugal, escolaridad, autovaloración y calidad de vida percibido por los adultos mayores de la universidad de la tercera edad.

Los datos obtenidos, se analizaron a través de métodos de estadística descriptiva (por ciento), los que se describieron mediante tablas y gráficos.

Al utilizar numerosas vías para la recogida de la información los datos que se obtienen mediante una técnica se puede comprobar la exactitud de los que se recogen con otras.

El procesamiento y análisis de los datos, aplicando la objetivación, se desarrolló en tres etapas: análisis general de los discursos, partiendo del ordenamiento, transcripción y descontextualización de testimonios, en grupos de palabras/categorías simples, relacionadas con el significado de calidad de vida y autovaloración del adulto mayor.

Resultados

La presente investigación se realizó en 2 aulas pertenecientes a la cátedra del adulto mayor, Celia Sánchez Manduley y Julio Antonio Mella en el Consejo Popular Castillo Cen. Cada aula tiene peculiaridades diferentes, pues los adultos mayores del aula Celia Sánchez Manduley se caracteriza por la mayoría ser del miembro femenino, con nivel de escolaridad medio, son muy alegres, entusiastas en la realización de las actividades; tienen buenas relaciones entre ellas y en el grupo se apoyan mutuamente pues sus intereses son muy similares. Se visitan de manera asidua. La mayoría viven con sus familiares y tienen adecuado apoyo familiar. En cuanto al otro grupo tiene un comportamiento similar pero se diferencian en ser un poco apáticas a la hora de realizar las actividades. La mayoría viven solas y tienen poco apoyo familiar por lo que la asistencia a clases es gratificante para ellas.

En la tabla 1 (ver anexo 5) encontramos que hubo un predominio del sexo femenino (75%) sobre el masculino (25%). El grupo de edades de mayor predominio de ancianos lo constituyó el de 60-69 años para un 56% del total de la población. Predominan los que no tienen pareja, 20 para un 62%.

La información obtenida en la técnica del Dembo evidencia una autovaloración adecuada colocándose en sentido general por encima de la línea

media Se pudo observar que en casi toda su totalidad (86,6%) poseen una representación positiva sobre su persona, los criterios valorativos están bien estructurados, con proyectos acordes a su situación real, con sentimientos de alegría y actitud positiva ante la vida. logrando establecer una jerarquía motivacional de manera estructurada, con una buena opinión sobre sí

Algunas de las expresiones que evidencian lo antes planteado son:

“Me siento bien conmigo misma y me considero feliz a pesar de mis problemas de salud”.

“Soy adulto mayor pero no acabado, conmigo aún tienen que contar”.

“Me siento feliz con mis hijos y nietos”

El comportamiento de las dimensiones de la calidad de vida se expone en la tabla 4(ver anexo 6). Se observa que para la dimensión salud y condiciones socioeconómicas predominó la categoría media con valores de 50% y 47 por ciento respectivamente, mientras que para la dimensión satisfacción por la vida predominó la categoría alta (56%).

Discusión

Los análisis anteriormente realizados coinciden con la actualidad nacional donde existe mayor número de ancianos en el grupo etareo de 60 a 69 años, y además que la mayor expectativa de vida corresponde a las féminas, a esto se suma que la muestra estudiada predominan las féminas.

En otras literaturas revisadas se encontraron resultados similares al nuestro tales como el de Estévez Ramos(1) el cual en un estudio correspondió al sexo femenino, así como Gonzáles Aragón(5) que halló en su trabajo que el promedio de edad se enmarcaba entre los 60 y 69 años. Otros autores como Ramos Iglesias(6) y Vázquez Valdés(7) encontraron resultados análogos.

Ramos iglesias encontró que el mayor porcentaje de los gerontes sin pareja (75,8%) consideró su calidad de vida como “buena”, mientras que los que tenían pareja (53,1%) se autovaloraron de “mala”, hallazgo opuesto al nuestro.

Los resultados del estudio nos hacen pensar que es probable que los ancianos con pareja cuenten con un mayor apoyo de su pareja, que es capaz de intercambiar emociones, sentimientos propios de la edad de una manera más comprensible, la pareja puede constituir un apoyo afectivo sin igual que ayuda al anciano a llevar su vida en compañía. De manera contraria ha sido señalada la soledad, la pérdida de la pareja y la ausencia confidentes como factores de riesgo de baja calidad de vida. De manera que la existencia de la pareja, quien acompaña al cónyuge, a la vez que sirve de confidente muchas veces, pudiese ejercer un efecto protector, mejorando la salud percibida, hecho este percibido en los sujetos estudiados.

La autovaloración participa de modo decisivo en todo el sistema regulador de lapersonalidad, de ahí la importancia de poseer una autovaloración bien estructurada. Se pudo observar que en casi toda su totalidad (86,6%) poseen una representación positiva sobre su persona teniendo la oportunidad de construir de manera adecuada su nivel de aspiraciones, así como el buen establecimiento de sus objetivos y metas con la presencia de convicciones acerca de las cualidades que poseen para satisfacer las exigencias de la vida.

Gracias a la inserción de estos ancianos en la Universidad se han fortalecido las herramientas psicológicas formadas en ellos como el control emocional, la

flexibilidad ante las frustraciones entre otras que le han dado la posibilidad de aprender a amarse y respetarse, aceptándose tal como son, teniendo como resultado para sus vidas la existencia de una autovaloración adecuada, ya que a pesar de no estar libres de conflictos y problemas muestran esa flexibilidad tan necesaria al reaccionar ante estas situaciones comunes de la vida diaria conservando una actitud de armonía y dignidad, mostrándose en la mayoría de los casos capaces de regular su conducta para lograr sus proyectos con una actitud autocrítica la cual se pudo observar mediante el comportamiento que adoptaban constantemente en el medio social donde se desarrollan.

A nuestro modo de ver las actividades diseñadas por la Universidad tienen una significación positiva para los adultos mayores que participan en ellas, logrando de manera satisfactoria el desarrollo de estas personas permitiendo una actitud afirmativa hacia su propio derecho de vivir y ser feliz, con la aparición en ellos de la motivación de aprender facilita la posibilidad de que se conviertan en su propio mediador social. Convirtiéndose en consejero – orientador ante las dificultades y obstáculos que pone la vida.

En esta investigación se encuentra que la totalidad de los que están matriculados poseen un proyecto de vida. La autovaloración adecuada e incluso la inadecuada por sobre valoración se relaciona con una incorporación alta de los ancianos al estudio.

Algunos autores plantean que la salud es uno de los elementos clave en una vida larga, satisfactoria y competente. Por ello resulta un punto de referencia común para describir el bienestar, así como para juzgarnos a nosotros mismos o a los demás como “mayores”. En la vejez, una buena salud es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de poder llevar una vida independiente. Por este motivo la conservación de la salud para poder vivir independiente constituye uno de los principales objetivos y preocupaciones de las personas mayores

Los resultados descritos con anterioridad nos hacen pensar que la dimensión que más contribuye a la calificación final, y con ello a la clasificación de la calidad de vida percibida es la satisfacción por la vida, en tanto la dimensión salud aporta poco, a diferencia de lo señalado por López Fernández

Conclusiones

La autovaloración de los senescentes que pertenecen a la Universidad del Adulto Mayor es adecuada en el 86,6%, predominando el sexo femenino en las edades comprendidas de 60 a 69 años. La calidad de vida y la satisfacción por la vida percibida por los ancianos es alta.

Referencias bibliográficas

1. Estrategia formativa de la autoestima positiva en el adulto mayor institucionalizado del municipio Manzanillo. Multimed 2016; 20(1)ENERO-FEBRERO. Ms. C. María del Pilar Oliva Magaña, I Lic. Antonio Moreno Torres, II Ms. C. Marvelis Blanco Suárez, I Ms. C. Rita González Sábado, I Estud. Med. Leandro Antonio Moreno Oliva.

<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/130/178> vol 20,no1(2016)Rev. Medica multimed..

2. Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Dra. C. Patricia María Herrera Santí; Lic. Nayeli Martínez García; MSc. Cristobalina Navarrete Ribalta.v31no4 (2015)

<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/86/33>.

3. Domínguez Domínguez G, Zaldívar Pérez D, Pérez Pinero J. Caracterización del estilo de vida de individuos con longevidad satisfactoria. *Psicol. Am. Lat.* 2006 [citado 3 abr 2017];(6):1-2. Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-50X2006000200004&script=sci_arttext

4. "Factores Psicológicos que Influyen en la Incorporación a la Universidad del Adulto Mayor del Municipio Bauta. Leticia Hernández Mirabal¹; José Luis Rojas Perugorría. *Eureka* vol.9 no.2 Assuncion 2012.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000200011.

5. Anuario estadístico.2016.

6. Santiesteban Pérez I; Mateo Arce CI; Pérez Ferrás ML; Velásquez Hechavarría N. El adulto mayor, la familia y la comunidad. *Correo CientMed Holguín* [revista en la Internet]. 2008 [citado 2014 Mar 05]; 12(3) Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/n123rev1.html>.

7. Rodríguez Boti R. (2003). La sexualidad en el atardecer de la vida. p. 29. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

8. Rodríguez Figueredo. M. La autovaloración en adultos mayores varones institucionalizados: una mirada desde el hogar de ancianos "padre acevedo", de manzanillo. <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/02/la-autovaloracion-en-adultos-mayores-varones-institucionalizados.shtml>.

11. Fernández Guindo JA, Massó Betancourt E, Chacón Pérez N, Montes de Oca Y. Calidad de vida en el envejecimiento sano del adulto mayor. *Revista Información Científica* 2011 [citado 2 Feb 2015];70(2):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article/view/353>

12. El Desarrollo de la Autovaloración en Individuos de la Tercera Edad a través de la Universidad del Adulto Mayor. Zaylin Batista Morell. 2013

<http://roa.ult.edu.cu/bitstream/123456789/1277/1/Zaylin%20Batista%20Morell.pdf>

13. La autovaloración y su papel en el desarrollo profesional. Una experiencia. Bernardo Núñez Pérez I; Hilda Peguero Morejón. González Rey L F. Motivación moral en adolescentes y jóvenes. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1983
González Rey L F. Motivación moral en adolescentes y jóvenes. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1983

14. Fernández Ruiz L. Psicología General. La personalidad. Algunas propuestas para su comprensión. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002

15. Montes M. Calidad de vida. Medigraphic Artemisa. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2006;18(1):5-6.

16. Organización Mundial de la Salud. "¿Por qué Calidad de Vida?". Foro Mundial de Salud. Ginebra: OMS; 2003.

17. Chan M. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2008.

18. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An. Fac. med.* 2007 [citado 3 Abr 2013];68(3):284-90. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

Anexo 1

Carta de consentimiento

Yo, _____, accedo a Participar en el estudio: Autovaloración y calidad de vida en el anciano incorporado en la Cátedra del Adulto mayor , convencido de que cada información que aporte será confidencial y se utilizará solo para fines de esta investigación.

Firma Entrevistado

Cienfuegos, a los _____ días del mes _____ de 20_____

Cuestionario:

1- Edad:

____ 60-69 ____ 70-79 ____ 80 y más

2- Sexo:

____ Femenino

____ Masculino

3- Estado Conyugal:

____ Con pareja

____ Sin pareja

4- Nivel de escolaridad:

____ Analfabeto

____ Primaria Inconclusa

____ Primaria Concluida

____ Secundaria Concluida

____ Preuniversitario Concluido,

____ Universidad Concluida

Anexo 3

Escala de Autovaloración Dembo Rubinstein

SALUD INTELIGENCIA FELICIDAD CARÁCTER

+		+		+		+	
-		-		-		-	

ASPIRACIONES EN LA VIDA AUTOCONFIANZA

+		+	
---	--	---	--

Anexo 4:

ESCALA M.G.H- CALIDAD DE VIDA

De las afirmaciones siguientes responda con una cruz(x) en una de las posibilidades de respuesta:

Casi ___ Algunas ___ Casi siempre ___ A menudo ___ A veces ___ Nunca ___

1. Realizo las actividades físicas que otras -----4 -----3 -----2 -----1 personas de mi edad pueden hacer(ejercicios físicos, subir y bajar escaleras, agacharse, levantarse).
2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.
3. mi familia me quiere y respeta.
4. Mi estado de ánimo es favorable.
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro.
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido.

7. Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas de la vida(cocinar, lavar, limpiar, bañarme, comer)
8. Puedo leer libros, revistas y periódicos.
9. Soy importante para mi familia.
10. me siento solo y desamparado en la vida.
11. Mi vida es aburrida y monótona.
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.
13. Puedo aprender cosas nuevas.
14. Puedo usar el transporte público.
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis situaciones, digo necesidades de cualquier índole.
16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me puedan presentar.
17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas que tengo.
19. Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.
20. Estoy nervioso e inquieto.
21. Puedo ayudar en el cuidado y atención de mis nietos(u otros niños que vivan en el hogar).
22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.
23. mis creencias me dan seguridad en el futuro.
24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.
25. soy feliz con la familia que he construido.
26. Salgo a distraerme (solo, con mi familia o mis amigos).
27. mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir yo en ella.
28. He pensado quitarme la vida.
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.
30. Considero que todavía puedo ser una persona útil.
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.
32. Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.
34. soy feliz con la vida que llevo.

Anexo 5

Tabla 4. Distribución de ancianos según dimensiones de la calidad de vida. Año 2018.

Dimensión	Resultados					
	Baja		Media		Alta	
	No	%	No	%	No	%
Salud	3	9	16	50	13	41
Condiciones socioeconómicas	6	19	15	47	11	34
Satisfacción por la vida	2	6	12	38	18	56

Fuente: Escala "M.G.H

**BASES MOLECULARES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL CÁNCER CERVICO UTERINO.
MOLECULAR BASES AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH UTERINE CERVIX CANCER.**

MSc. Janet Villafuerte Reinante. Email: janetvr@jagua.cfg.sld.cu. Universidad Ciencias Médicas. Cienfuegos.

MSc. Zuria Elisa Ayala Reina. Email: zuriaelisaar@jagua.cfg.sld.cu .Universidad Ciencias Médicas. Cienfuegos.

Dr. Yoel Hernández Guerra. Universidad Ciencias Médicas. Cienfuegos.

Dra. Ariadna Pérez Morales. Universidad Ciencias Médicas. Cienfuegos.

MSC. José Ángel González Alonso. Universidad Ciencias Médicas. Cienfuegos.

MSc. Yisel Alonso Vila. Policlínico Docente: Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Cienfuegos.

Resumen

El cáncer de cuello uterino es un serio problema de salud pública, siendo una de las cinco principales causas de muerte en la mujer. Se ha demostrado, mediante estudios epidemiológicos, que su principal factor de riesgo es la infección por el virus del papiloma virus humano (HPV). Existen otros factores del propio huésped que lo predisponen al desarrollo del cáncer de cérvix. Conocer las bases moleculares podría contribuir a la búsqueda de métodos de detección y tratamientos más eficaces en las lesiones malignas de cuello uterino. Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de mostrar un panorama general sobre las bases moleculares y los factores de riesgo asociados con el Cáncer Cervico uterino. Se utilizaron para la búsqueda los términos, cáncer cervico uterino y bases moleculares, así como sus equivalentes en idioma inglés; fueron consultadas las bases de datos científicas: Pubmed, Biomed Central, Medline, Scielo y Google Académico. *Palabras clave:* neoplasias del cuello uterino; virus del papiloma humano, factores de riesgo, bases moleculares.

Abstract

The cervical cancer is a serious problem in public health, being one of the five main death causes in women. It has been demonstrated through epidemiological studies, it's principal risk factor is the infection by the human papilloma virus (HPV). There are other factors in the own host, these can develop the evolution of cervix cancer. Knowing the molecular bases should contribute in the search of detection methods. A bibliographic review has been done with the object of giving a general prospect about the molecular bases and the risk factor associated with uterine cervical cancer. For searching the terms, cervical cancer, molecular bases, as well as their equivalents in English language were used; the scientific databases Pubmed, Biomed Central, Medline, Scielo and Google Scholar.

Key words: uterine cervical neoplasms; human papilloma virus; risk factors; molecular bases.

Introducción

El cáncer de cervicouterino (CCU) es uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad a lo largo del siglo XXI, constituyendo a nivel mundial la segunda causa de muerte por enfermedades malignas, el conocimiento exacto de los hallazgos histológicos y de los factores de riesgos constituye un elemento esencial para lograr mayor entendimiento de la enfermedad. Con el conocimiento de los mecanismos moleculares implicados en la iniciación y propagación del cáncer se podrá realizar una terapéutica eficaz y prevenir precozmente estas patologías que redundará en una mejor calidad vida de la mujer.

El cáncer de cérvix es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la lesión epitelial y luego a cáncer invasor cuando el compromiso traspasa a la membrana basal.¹ El cáncer representa un gran reto para la sociedad contemporánea; el de cuello uterino es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial es una enfermedad que ha provocado gran impacto en todas las esferas sociales y ha contribuido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad en el mundo entero. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se diagnostican 500 000 nuevos casos de cáncer cervicouterino y mueren más de 550 000 mujeres, y que de estas, el 80 % proceden de países subdesarrollados.^{2, 3,4}

Se conoce que previo a la aparición del cáncer, existe un período de algunos años en que se producen cambios celulares que llevan a las displasias epiteliales y que de ser detectadas a tiempo y tratadas, evitarían lamentar lesiones de mayor gravedad.⁵

Las neoplasias malignas de aparato reproductor se incluyen dentro de las 10 primeras causas de cáncer en la mujer. Las neoplasias de cervix constituyen 21.4 % del total de neoplasias malignas y 85 % de las ginecológicas. En los países latinoamericanos, más de 30 000 mujeres mueren anualmente por cáncer de cérvix. Los registros de cáncer obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que hay una incidencia relativamente alta en Brasil, Paraguay y Perú; tasas inferiores muestran Cuba y Puerto Rico, no así Canadá, que a escala mundial presenta la tasa de mortalidad más baja por esta enfermedad.^{3, 6,7}

En Cuba, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las diez primeras causas de muerte, solo precedido por las enfermedades cardiovasculares, y es la primera causa de años de vida potenciales perdidos (AVPP) en el país. Las provincias de Pinar del Río, Artemisa, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, Holguín, Las Tunas y la Isla de la Juventud, son territorios donde esa enfermedad se ha convertido en la primera causa de muerte. En el país, el cáncer de cuello ocupa el quinto lugar en incidencia entre las enfermedades malignas que afectan a las mujeres, con tasa de 9.4 por cada 100 000 habitantes.^{2, 8}

Se ha observado con el transcurso de los años que el número de pacientes con CCU ha tenido una visible tendencia al aumento, basta decir que en el año 1985 se reportaron solo 780 casos, para el año 1990 ascendió este número a 1 123, 1 386 en el año 2000, hasta 1 645 en el 2009 y para el año 2013 llegaron a 1 276 casos registrados.⁹

En la provincia Cienfuegos la incidencia de pacientes diagnosticados con cáncer Cervico uterino en el 2013 fue de 53 casos, con una tasa de 13.2, además fallecen por esta causa 29 mujeres para una tasa de 14.3.¹⁰

Los autores de este trabajo consideran que las bases moleculares de los factores de riesgos constituye un elemento esencial para lograr mayor entendimiento de la enfermedad, siendo estas la herramienta fundamental para contrarrestar las estadísticas letales de esta patología.

Por ello el fin de esta investigación es realizar una revisión bibliográfica que permita mostrar un panorama general de los conocimientos actuales sobre las bases moleculares y los factores de riesgo del Cáncer Cervico Uterino.

Desarrollo

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que, al desarrollarse en forma incontrolada, avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alterándose así el funcionamiento del organismo. Se inicia casi siempre como una enfermedad localizada. El carcinoma del cuello uterino es la principal causa de morbilidad y mortalidad en la mujer. Se reconocen dos tipos histológicos: el epidermoide, espinocelular o de células escamosas, y el adenocarcinoma. El primero se origina en el epitelio plano estratificado que recubre el ectocérvix y el segundo en el epitelio cilíndrico que tapiza el canal endocervical.³

El desarrollo del cáncer cervical, generalmente, es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia, que se puede detectar por medio de un citodiagnóstico vaginal y es 100 % tratable; por esta razón, es tan importante que las mujeres se practiquen dicho estudio regularmente. La posibilidad de detectar en forma temprana esta neoplasia hace factible reducir la mortalidad secundaria al padecimiento. Un trabajo preventivo es fundamental para su diagnóstico oportuno y tratamiento apropiado.^{3,11}

Las células cancerosas se distinguen de las normales por presentar una multiplicación incontrolada, a una velocidad mayor que lo habitual, no respondiendo a los mecanismos que controlan la multiplicación celular en el organismo. Tiene un comportamiento invasivo no respetando los límites de los órganos, con un metabolismo muy acelerado, alto consumo de energía, obteniendo su energía por vía anaerobia, se afecta el tamaño y forma de la célula. Presentan además modificaciones en los mecanismos de reconocimiento intercelular.¹²

La irrupción del virus del papiloma humano (HPV) como “factor necesario” para la génesis del cáncer cervical a partir de lesiones preinvasoras, presente en el 99,7%, motivó un cambio en la concepción global de la enfermedad. Las constantes investigaciones desplazaron la mirada futura de la problemática desde una visión morfológica hacia una concepción molecular en pleno avance.¹³

Se ha asumido que otros factores actúan en conjunto con el VPH, influenciando el riesgo de transición de la infección VPH cervical a malignidad. Estos factores son: comenzar las relaciones sexuales a una edad temprana; el embarazo precoz y la multiparidad, tener parejas sexuales múltiples o contacto sexual con alguien que ha tenido parejas sexuales múltiples; el empleo de anticonceptivos orales por largos periodos; contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer y la hace más vulnerable a la infección por el PVH.^{7, 11}

Se han señalado además poseer antecedentes familiares de primera línea de cáncer cervicouterino, el hábito de fumar y el bajo estado socioeconómico; las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres, ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.^{7, 14, 15, 16}

Los componentes celulares guardan un equilibrio desde el nacimiento de la célula pasando por su etapa de alta actividad metabólica hasta su muerte, una única mutación no es suficiente para transformar una célula sana en cancerosa, deben confluír varias mutaciones infrecuentes. La morfología nuclear es un dato importante en el que se basan los anatomopatólogos para diagnosticar un cáncer y se correlaciona con la desestabilización de los cariotipos en las células cancerosas cuando se cultivan. Estos cariotipos inestables muestran genes que se amplifican o seleccionan y cromosomas que son altamente susceptibles a la pérdida, duplicación o translocación.¹⁷

El cáncer de cuello uterino aparece en la zona de transición epitelial, la cual consta de células troncales (*stemcells*) desde donde se originan la mayor parte de los cánceres. De manera que algunas *stemcells* sufren la transformación y se convierten en displasia o adenoma producto de la infección por VPH, luego otras alteraciones genéticas condicionan que la expresión del genoma viral (si se integran o no E6 y E7 en forma permanente) origine el carcinoma *in situ* y otros cambios genéticos permitirán que la célula destruya la lámina basal entre al estroma en lo que se conoce como Transición Epitelio-Mesénquima (*Epithelial-Mesenchymal Transition*).

Debido a que los dos genes participan de manera importante en el control del ciclo celular, estos eventos favorecen el crecimiento descontrolado de las células como la transición maligna en el cáncer cervicouterino. Después de los cambios previos se inicia el proceso de intravasación (atravesar vasos linfáticos o sanguíneos) por donde las células se diseminarán para dar origen a las metástasis.¹⁸

Con el desarrollo de herramientas moleculares se ha logrado una mejor comprensión de las bases moleculares del cáncer. En general se presenta por la producción de defectos en genes específicos, que llevan a una proliferación celular incontrolada. Las

alteraciones genéticas que juegan un papel importante son las involucradas en ganancia y pérdida de función de proteínas que regulan el ciclo de proliferación celular.¹⁹

Los autores coinciden con lo descrito por Cardellá donde deja claro que la transformación de la primera célula a otra anormal, es el evento desencadenante del resto de la historia natural del cáncer. Esta célula anormal al multiplicarse mantiene su naturaleza anormal en su descendencia.¹²

La integridad de la molécula de ADN es la principal señal reguladora de la progresión del ciclo celular. El conocimiento del ciclo celular tiene importancia en la práctica médica por su vinculación con la génesis del cáncer.²⁰

Las nuevas mutaciones en las células iniciadas y promovidas conducen a que proliferen de modo autónomo, sin la necesidad del concurso de agentes promotores, luego pasa a la fase de crecimiento incontrolado. La capacidad de invasión de un tumor está vinculado a cambios adicionales en el comportamiento celular. Se ha comprobado que los tumores cancerosos suelen producir factores angiogénicos, como el factor básico de crecimiento de fibroblastos, los cuales, a su vez, estimulan el desarrollo de los vasos sanguíneos que nutre la masa tumoral.

Adicionalmente las células cancerosas producen colagenasa y otras proteasas que degradan las membranas basales, lo cual posibilita la invasión a los tejidos. Los cambios inmunológicos posibilitan que las células cancerosas del tumor original y de la metástasis escapen a la vigilancia del sistema inmunológico.¹²

Mecanismo oncogénico del Virus Papiloma Humano (VPH): Es un virus DNA de aproximadamente 8.000 pares de bases. El mapa genómico del VPH tipo 16 (el más relevante en su potencial oncogénico) se destaca por tener una región temprana (E), una región tardía (L), dependiendo del momento en que se expresan durante el ciclo de vida viral, una región de control largo (LCR) y 8 regiones de lectura abierta (ORF). El gen L1 de la región tardía, codifica proteínas estructurales de la cápside similares en todos los tipos de VPH. Los genes E6 y E7 de la región temprana codifican proteínas importantes para la transformación neoplásica de la célula epitelial humana infectada.²¹

El origen del cáncer cervicouterino se relaciona con la infección del virus del papiloma humano de alto riesgo (tipos 16 y 18). Una vez que logra penetrar a la célula huésped inicia la expresión de sus genes. Las moléculas críticas en la replicación viral son E6 y E7 (oncogenes virales), las cuales inactivan funcionalmente los productos de dos genes supresores de tumores muy importantes, el gen p53 y Rb, respectivamente. Ambos oncogenes inducen la proliferación, inmortalización y transformación maligna de las células infectadas.²²

Detección de la proteína E6. E6 y E7 actúan como marcadores proteicos de este proceso, los cuales pueden ser detectados por medio de anticuerpos fluorescentes mientras están unidas a sus respectivas proteínas.

Transformación maligna por VPH. La esencia del proceso oncogénico, desde el punto de vista molecular, es que las proteínas E6 y E7 se logran unir a dos proteínas supresoras de tumor del organismo humano. La proteína E6 se une a la proteína p53 que es una proteína celular supresora de tumores, induciendo el desarrollo tumoral y la destruye, y E7 se une a p105Rb, proteína del retinoblastoma y supresora de tumores, y la neutraliza e impide que ejerza su efecto, alterando adicionalmente el control del ciclo celular normal.¹⁸

El evento crucial en el proceso oncogénico ocurre cuando el genoma viral se integra al genoma del huésped. En este proceso de integración se produce una alteración del gen E2 que a su vez modula los dos genes virales asociados a carcinogénesis: el E6 y E7, los cuales se expresarían en forma desregulada.²¹

Las proteínas E6 y E7 se expresan continuamente en los cánceres asociados a VPH, y poseen gran capacidad de promover la inestabilidad genética a través de la inducción de la proliferación celular, disrupción del control del ciclo normal e inhibición de la apoptosis.²³

Normalmente la proteína p53 activada es requerida para detener el ciclo celular en la fase G1 como resultado de la estimulación directa a p21cip1. Una ausencia o inhibición de esta propiedad conduce a inestabilidad genómica. Alternativamente, cuando los daños en el ADN son más severos o cuando hay una gran replicación viral, p53 puede activar la vía apoptótica.²³

La génesis del cáncer cervicouterino el papel de los protooncogenes, tienen acción antagónica sobre la proteína p53, de manera tal que impiden la reparación del DNA y contribuyen a la aparición de los oncogenes. Las células que contienen al virus integrado, adquieren ventajas de crecimiento sobre las que contienen episomas virales, lo cual provoca la expansión clonal de estas células. Estas células tienen inestabilidad genómica lo que conduce a la progresión de la malignización.²⁴

Este virus no produce viremia, por lo que pasa desapercibido por el sistema inmune. Además, al igual que todos los ADN virus, tiene mecanismos para inhibir la síntesis de interferón por la célula huésped. Estas estrategias virales generan infecciones crónicas por largos periodos de tiempo sin que el huésped se entere.²²

Más de 100 genotipos de este virus han sido descritos hasta la fecha, y se han identificado aproximadamente 40 tipos de VPH que pueden infectar la mucosa genital. De éstos, solo 15 poseen potencial oncogénico, constituyéndose en un cofactor necesario para el desarrollo de lesiones neoplásicas intraepiteliales (NIE) precancerosas y cáncer de cuello uterino.²¹

Si junto con los datos anteriores, se estudia la epidemiología de las infecciones por VPH, es posible observar algunas condiciones particulares. Se aprecia entonces que en mujeres sanas menores de 20 años las infecciones genitales por VPH son extraordinariamente frecuentes en una proporción del 25 a 30%, las cuales se resolverán en un periodo de seis meses; en aquellas mujeres entre 20 a 24 años, las

infecciones disminuyen a alrededor de 18%; entre los 25 a 49 años disminuyen aún más, pero nunca hasta el valor nulo. No obstante, a partir de los 50 años, vuelven a aumentar las infecciones lo que coincide con la menopausia y con los cambios del *switch* hormonal; cuya explicación reside en que los VPH tienen dentro de su genoma una secuencia que no codifica para proteínas virales, pero sí es una secuencia blanco para receptores de estrógeno, por lo tanto, el estrógeno condiciona la infección viral y, sumado al rol que tiene la inmunidad en el tracto genital, aparece una reactivación de infecciones en el periodo de la post menopausia.¹⁸

Otros factores de riesgo asociados. Se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto a las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ácido desoxirribonucleico (ADN) del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. El tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios sugiere un efecto carcinogénico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras. Otro mecanismo atribuido a este factor es la inducción indirecta de inmunosupresión y la reducción de antioxidantes provenientes de la dieta.^{25,26}

Mujeres portadoras del ADN del VPH, con 7 o más embarazos a término, tienen un riesgo de padecer la enfermedad de 4 veces más que mujeres nuliparas o con menor número de hijos. La puerta de entrada del VPH es el epitelio erosionado, lo cual es muy frecuente tras los partos. Sin embargo, sólo en aquellas mujeres con menos de 16 años, donde el epitelio está en fase de transición este es más susceptible a las lesiones. En los embarazos a término y partos naturales la probabilidad de traumas en la zona de transición en el cuello uterino no es frecuente, por lo que la influencia de este factor es cuestionable.²³

Ha sido reportado que el uso de anticonceptivos orales por más de 5 años es un cofactor que incrementa 4 veces el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres portadoras de VPH. Otro hallazgo de las investigaciones epidemiológicas expone que tras un diagnóstico de displasia, en aquellas mujeres que consumen anticonceptivos orales, la progresión a carcinoma in situ es más rápida. Existen varios mecanismos por los cuales las hormonas sexuales (estrógeno y progesterona) pueden catalogarse como factores que favorecen los efectos celulares de la persistente infección por el VPH. Estas hormonas inhiben la transactivación transcripcional mediada por p53 de genes involucrados en el arresto del ciclo celular y la apoptosis.²⁶

Conclusiones

La infección por VPH es un factor de riesgo para padecer cáncer de cérvix. Varios estudios epidemiológicos han resaltado su importancia en la biología molecular e historia natural del cáncer de cuello uterino. Además, se ha demostrado que un porcentaje de mujeres infectadas con VPH oncogénicos no desarrollan lesiones cervicales asociadas con cáncer, lo cual indica que existen factores del propio huésped que lo predisponen o lo protegen al desarrollo del cáncer de cérvix.

Referencia Bibliográfica

1. Santamarina Fernández A ,Verdecia Tamayo D , Segura Fajardo M , Santamarina Fernández M , Verdecia Tamayo Y , Fiallo González A . Evaluación del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino en Bartolomé Masó Márquez. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016 Sep [citado 2018 Feb 13] ; 32(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300014&lng=es.
2. Rodríguez Villavicencio M, Portieles Sánchez L, Quirós Hernández J L. Evaluación del Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Medicentro [Internet]. 2014 [citado 20 de enero de 2014]; 18(1): [aprox. 28-31 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1628/1339>
3. Sureda Peña M, Martínez Cárdenas D. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Medicentro Electrónica [Internet]. 2014 [citado 20 de enero de 2017]; 18(1): [aprox. 37-38 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100007&nrm=iso
4. Moran García RS, Quintero Soto ML. Antecedentes sobre el cáncer cérvico-uterino en México e importancia de la educación sexual en la prevención temprana en jóvenes y población rural. Medwave [Internet]. 2012 [citado 24 de agosto de 2017]; 12(7): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5453>
5. Cordero Martínez J, García Pimentel M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. 2015; 21(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medigrafix.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2015/cmh152d.pdf>
6. Dávila Gómez Heenry Luis, García Valdés Abel, Álvarez Castillo Félix. Cervixcancer. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2010 Dic [citado 2017 Ago 24]; 36(4): 603-612. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400014&lng=es.
7. Martínez, J. C., & Pimentel, M. G. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Medimay, 2015; 21(2), 357-370. Disponible en: <http://www.medigrafix.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2015/cmh152d.pdf>
8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba. Grupo Nacional de Estadística Ciudad de la Habana. MINSAP; 2017. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
9. Piña Napal Juan Carlos, Crespo Campos Gustavo, Fando Calzado Rafael, Casanova Corona Gabriel, Curbelo Toledo Mileidy, Guerra Rodríguez María Mercedes. Identificación molecular de genotipos papilomavirus humanos en pacientes con cáncer de cuello uterino. AMC [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Feb 10]; 20(3): 288-298. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300009&lng=es.

10. Dirección Provincial de Salud Cienfuegos. Departamento estadística. Registro provincial de cáncer 2016.
11. Castro-Jiménez, Vera-Cala, Posso-Valencia, Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [en línea] 2006, 57 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 13 de febrero de 2018] Disponible en: <<http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=195214319006>> ISSN 0034-7434
12. Cardellá, Hernández. . Bioquímica Médica. Tomo IV. Bioquímica Especializada. 4. ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p. 1402-1413.
13. Consenso Intersociedades. Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer de Cuello Uterino Agosto 2015. Revista Argentina de Radiología. 81(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3825/382552124014.pdf>
14. Cirión Martínez GR, Herrera Pérez MÁ, Sanabria Negrín JG. Correlación citohistológica de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. RevCiencMéd [internet]. 2010 ene.-mar. [citado 23 agosto de 2017];14(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100010&lng=es
15. Sanabria Negrín JG, Cruz Hernández IC, Oriolo Pérez L, Pérez Herrera MA, Valdés Abreu B. Evaluación del seguimiento de mujeres con cáncer cervicouterino en dos policlínicos. Pinar del Río. RevCiencMéd [internet]. 2012 mayo-jun. [citado 23 agosto de 2017];16(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000300013&lng=es
16. Cienza, Julio et al. Factores de riesgo en cáncer de cuello uterino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, [S.l.], v. 43, n. 2, p. 107-109, jun. 2015. ISSN 2304-5132. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1022/984>>. Fecha de acceso: 24 ago. 2017
17. Junqueira LC, Carneiro J. Núcleo Celular. En: Histología Básica. 6. ed. Amsterdam: ElsevierMasson; 2005.p.59-65.
18. Ojeda F. Virus papiloma humano: de la biología a la clínica. Medwave [Internet]. 2010 [citado 6 febrero 2018]; 10(7):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <HTTP://WWW.MEDWAVE.CL/LINK.CGI/MEDWAVE/PUESTADIA/RC/REUNIONE/S/4619>
19. Gabriel Monzón O, Mora Padilla E, Torres Tobar L, Dary Gutiérrez L, Rubi C. Bases moleculares del cáncer. Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet]. 2011 [citado 6 febrero 2018]; 20(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/John_Sprockel/publication/267569757_Falla_cardiaca_descompensada_estratificacion_del_riesgo_de_mortalidad_intrahospitalaria/links
20. Cardellá Hernández. Biología Molecular. Editorial Ciencias Médicas. La habana; 2017.
21. Rodríguez T, Yazigi R. Vacunación para virus Papiloma humano: prevención de entidades precursoras. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2011 [citado 6 febrero 2018]; 22(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704497>

22. Zaldívar Lelo de Larrea Guadalupe, Martín Molina Francisco, Sosa Ferreyra Carlos Francisco, Ávila Morales Javier, Lloret Rivas Miguel, Román Lara Monserrat et al. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 2018 Ene 10] ; 77(4): 315-321. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400014>.
23. León CruzG, Bosques DiegoO. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Instituto nacional de oncología y radiobiología. Rev Cubana ObstetGinecol 2005; 31(1). http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin10105.htm?tag=stupidess-21
24. Acevedo RCG, Álvarez E, Zafra RG, Álvarez NM, Gariglio P. Microarreglos de ADN y cáncer cervicouterino: identificación de marcadores tumorales. GinecolObstetMex 2007; 75:205-13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom074f.pdf>
25. Naranjo-Hernández L, Mesa-Montero Z, Pérez-Rumbaut G, Amechea-García G. Lesiones cervicouterinas en jóvenes fuera de programa. Revista Finlay [revista en Internet]. 2017 [citado 2018 Feb 1]; 7(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/490>
26. Leon Cruz Grettell, Bosques Diego Omar, Silveira Pablos Mario. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2004 Dic [citado 2017 Dic 30]; 30(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300007&lng=es.

BOCIO ENDOTORÁCICO. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

AUTOR: Dr. José Alberto Puerto Lorenzo*

COAUTORES: **Dra. C. Lidia Torres Aja****
 Dra. Eslinda Cabanes Rojas***
 Dr. Cristóbal Gastón Avilés****

* jose.puerto@gal.sld.cu, hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

*lidiaata@jagua.cfg.sld.cu, hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Dra. en Ciencias Médicas, Máster en Educación, Máster en Atención integral a la mujer.

*** eslinca.cabanes@gal.sld.cu, hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

****gaston@gal.sld.cu hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

RESUMEN:

Introducción: el bocio constituye la afección de la glándula tiroides que más es tratado en los servicios quirúrgicos, sin embargo, su posición anómala no es frecuente y representa alrededor del 10 % del total de las masas mediastínicas.

Presentación de caso: se presentan tres casos de pacientes operadas de bocio endotorácico en el hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. El tratamiento quirúrgico aplicado fue la tiroidectomía total corroborando que más del 50% de la glándula estaba en posición intratorácica, con resección de la prolongación mediastínica del tumor, con evolución favorable y sin complicaciones. Se trata de una entidad poco frecuente, por lo que se considera de interés su publicación.

La decisión de dar a conocer este caso, se fundamenta en su carácter infrecuente, al ser el tercero diagnosticado en nuestra provincia.

Palabras clave: tiroidectomía, bocio subesternal, procedimientos quirúrgicos operativo, glándula tiroides.

INTRODUCCION:

La glándula tiroidea está situada alrededor de la porción anterior y lateral de la tráquea; la mayor parte del parénquima se localiza en las paredes laterales, formando los lóbulos y el tejido tiroideo que une ambos lóbulos constituye el istmo¹.

Se considera bocio al aumento de la glándula tiroidea, no importando cual sea su etiología y si es hiperfuncional o hipofuncional. El aumento de la glándula tiroidea puede evidenciarse al examen físico en la región anteroinferior del cuello, en ocasiones el crecimiento del bocio puede exceder los límites de esta región y extenderse a otras, una de ellas es el tórax, denominándose bocio endotorácico.²

Un bocio se considera endotorácico o intratorácico cuando más del 50% de la glándula está en el mediastino o en el tórax, o sea, por debajo del nivel del estrecho torácico superior. Constituye una enfermedad poco frecuente, que alcanza alrededor del 10% de las masas mediastínicas, y aparece con más frecuencia en el mediastino superior, puede localizarse en el anterior, ubicación más común, o en el posterior con componente retrotraqueal (10–15%) o retroesofágico (más infrecuente).³

Comúnmente se clasifica en primario y secundario. El bocio mediastinal primario es verdaderamente intratorácico, representa menos del 1% de todos los bocios intratorácicos, no tiene relación con la glándula tiroidea cervical y es congénito; además, en su mayoría presentan un flujo sanguíneo proveniente de los vasos intratorácicos. Este se origina de células embrionarias tiroideas ectópicas que descienden al tórax con el arco aórtico.^{3,4}

El bocio mediastinal secundario es el más común, representado por el bocio retroesternal adquirido. Surge de la glándula tiroidea cervical, debido al crecimiento y al descenso de este hacia el tórax. Se describen algunos factores anatómicos que favorecen este descenso, como son el hecho de que la glándula está limitada por estructuras rígidas (vértebras, fascia cervical, cartilago tiroidea y cricoides, etc.), excepto en su límite inferior, que por lo tanto, es la parte de menor resistencia.⁵

Se calcula que aproximadamente el 3% de los pobladores del mundo lo tienen, aunque la incidencia del bocio a nivel internacional disminuye con el consumo sistemático de la sal yodada y la ingestión de alimentos ricos en yodo. Diferentes literaturas médicas describen una incidencia de este tipo de bocio en pacientes a los que se les ha realizado cirugía tiroidea en un rango entre el 1–20%, y que este constituye entre el 3–12% de todas las masas mediastinales.

Alrededor del mundo, 665 millones de personas padecen bocio y 4 de cada 1 000 nacidos vivos en Bolivia nacen con esta afección.^{2,6}

Según la mayoría de los autores, entre el 20–30% es asintomático. Se presenta más frecuentemente en mujeres, con una relación de 3:1 y, generalmente, entre la 5ta a 6ta década de la vida. En la mayoría de los casos los pacientes, que presentan bocio endotorácico, no evidencian sintomatología hasta que la glándula tiene un peso tres veces o más que el de la glándula normal, este hecho hace que la afección sea detectada tardíamente, convirtiéndola en un reto, tanto en su diagnóstico, como en el tratamiento, puesto que su abordaje quirúrgico es dificultoso.^{7,8} Las vías de acceso incluyen la cervicotomía, esternotomía media, toracotomía, toracoscopía o incisión de *hemi-clamshell*.^{9,10,11} La mortalidad postoperatoria asociada a la resección es rara, se reportan entre 0,7 y 2,8 %.¹¹ Las complicaciones posoperatorias incluyen hemorragia, hipocalcemia transitoria y parálisis recurrencial permanente. Esta última se reporta en la literatura entre 6 y 10 %.¹²

El objetivo de este trabajo es presentar tres casos de pacientes con bocio endotorácico, los cuales fueron sometidos a intervención quirúrgica. Se trata de una entidad poco frecuente, por lo que se considera de interés su publicación.

PRESENTACION DE CASO:

Caso 1

Se presenta paciente femenina de 53 años de edad, con antecedentes de salud aparente, que acudió a consulta por presentar aumento de volumen de la región inferior y anterolateral izquierda del cuello, acompañado de decaimiento, palpitaciones y disfagia. Al exámen físico se constató una tumoración que ocupaba la región anterolateral izquierda del cuello, no adherida a planos profundos, que se prolongaba hacia la parte superior del tórax, sin adenopatías acompañantes. Se le realizó radiografía anteroposterior de tórax, donde se observó radioopacidad cervicotorácica y ensanchamiento del mediastino. La TAC informó la presencia de una gran lesión tumoral de aproximadamente 6,61 x7,13x 4,67 que se extendía desde el lóbulo izquierdo del tiroides hasta la bifurcación traqueal con calcificaciones en su interior y alteraciones de la densidad, que oscilaba entre 55 y 72 UH, y desviación traqueal hacia la derecha, así como compresión del esófago. En el ultrasonido del tiroides se constató la gran imagen heterogénea que ocupaba todo el lóbulo y se prolongaba hacia el contorno izquierdo de mediastino, con vascularización periférica; el lóbulo derecho se observó de tamaño normal, pero con imagen nodular hipoecogénica que mide 12x 16mm. La BAAF resultó negativa respecto a la presencia de células neoplásicas, e informó como diagnóstico definitivo la presencia de un bocio multinodular. Se decidió intervenir quirúrgicamente a la

paciente, realizándosele una tiroidectomía total con evolución favorable y sin complicaciones.

Caso 2

Se presenta paciente de 46 años de edad, con antecedente de padecer de Diabetes Mellitus para la cual lleva tratamiento; que acudió a consulta por presentar aumento de volumen de la región anterolateral derecha del cuello, acompañada en ocasiones por disfagia a los alimentos sólidos. Al exámen físico se constató una masa que ocupaba la región anterolateral del cuello y que se prolongaba hacia la parte superior del tórax, no adherida a planos profundos y adenopatías palpables en región lateral derecha del cuello. La radiografía anteroposterior de tórax mostró una radioopacidad cardiorádica y ensanchamiento del mediastino. En la TAC se detectó la presencia de una gran lesión tumoral, de 7,1 X 10,4 X 8,5 centímetros aproximadamente, que se extendía desde el lóbulo derecho del tiroides hasta la bifurcación de la tráquea, con calcificaciones en su interior, que producía desviación traqueal a la izquierda y compresión del esófago. El ultrasonido del tiroides mostró una imagen compleja que ocupaba todo el polo inferior del lóbulo derecho y su prolongación hacia el mediastino, con vascularización central y pequeñas imágenes nodulares en el lóbulo izquierdo. La BAAF informó la ausencia de células neoplásicas y como diagnóstico definitivo se planteó una tiroiditis crónica de Hashimoto en su fase nodular. El tratamiento quirúrgico aplicado fue la tiroidectomía total con resección de la prolongación mediastínica del tumor. No se presentaron complicaciones y la evolución fue satisfactoria.

Caso 3

Se presenta paciente femenina de 61 años de edad, fumadora con antecedentes de padecer de EPOC y Diabetes Mellitus para la cual lleva tratamiento; que acudió a consulta por presentar aumento de volumen difuso de la región anterior del cuello, acompañado de decaimiento, disnea a los grandes esfuerzo y disfagia tanto a los alimentos líquidos y sólidos. Al exámen físico se constató una tumoración que ocupaba la región anterolateral derecha del cuello, no adherida a planos profundos, que se prolongaba hacia la parte superior del tórax, sin adenopatías acompañantes. Se le realizó radiografía anteroposterior de tórax, donde se observó radiopacidad cervicotorádica y ensanchamiento del mediastino. La TAC informó la presencia de una gran lesión tumoral de aproximadamente 10,6 x 8,1 x 5,6cm que se extendía desde el lóbulo derecho del tiroides hasta la bifurcación traqueal con calcificaciones en su interior y alteraciones de la densidad, que oscilaba entre 35 y 62 UH, y desviación traqueal hacia la izquierda, así como compresión del esófago. En el ultrasonido del tiroides se constató una glándula multinodular, observándose imagen heterogénea que ocupaba parcialmente el lóbulo derecho, con prolongación endotorádica. La BAAF fue negativa de células neoplásicas y la

biopsia por parafina informó como diagnóstico definitivo la presencia de un bocio multinodular. Se intervino quirúrgicamente la paciente, realizándose tiroidectomía total. La paciente en el postoperatorio inmediato presentó un ligero estridor laríngeo que resolvió con la administración de esteroides endovenoso, después evolucionó favorablemente.

TESTIMONIO GRÁFICO:

Caso 1

Figura 1. Vista lateral del cuello donde se observa aumento de volumen



Figura 1. Vista lateral del cuello donde se observa aumento de volumen.

Figura 2. Exéresis del tumor.

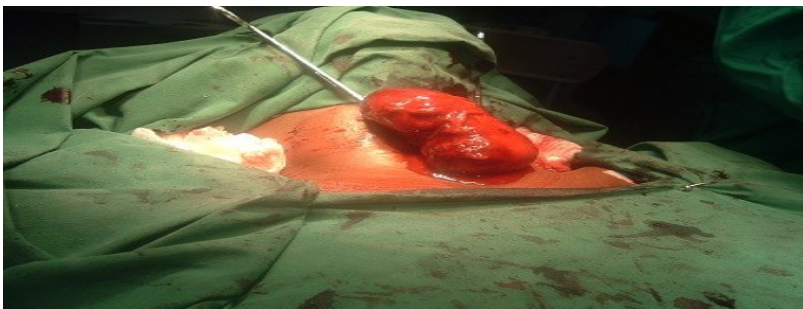


Figura 3. Pieza quirúrgica

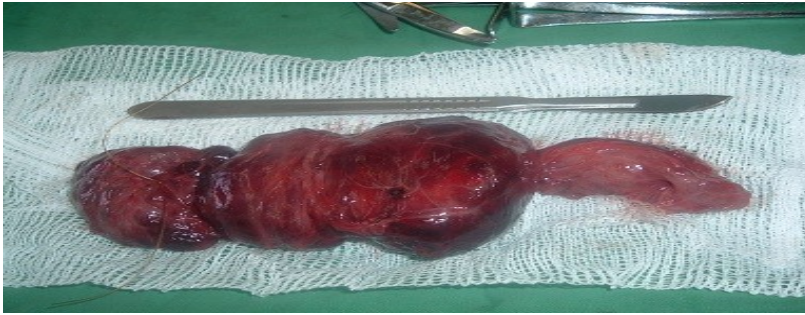


Figura4. Radiografía de tórax anteroposterior con bocio endotorácico.



Caso 2

Figura 5. Vista lateral del cuello donde se observa aumento de volumen

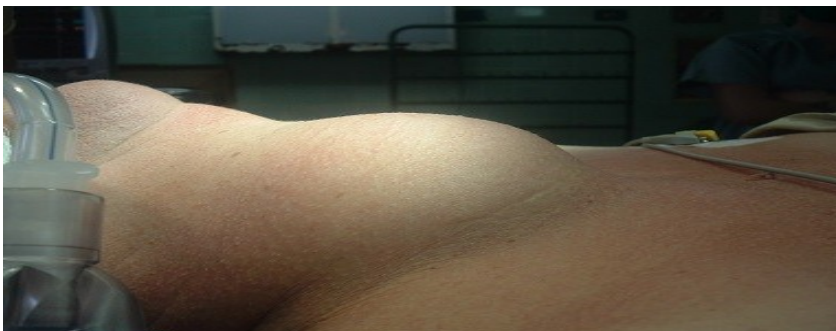


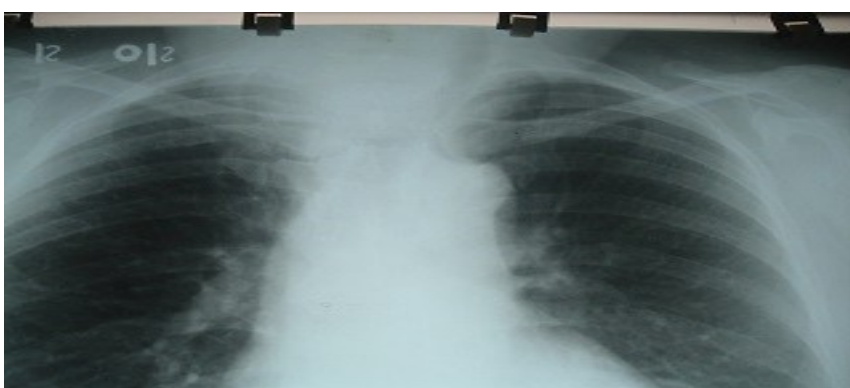
Figura 6...Exérésis del tumor.



Figura 7. Pieza quirúrgica



Figura8.Radiografía de tórax anteroposterior con bocio endotorácico.



Caso 3

Figura 9. Vista lateral del cuello donde se observa aumento de volumen



Figura 10...Exéresis del tumor.



Figura 11. Pieza quirúrgica



Figura 12. Radiografía de tórax anteroposterior con bocio endotorácico



DISCUSION

El bocio intratorácico fue descrito por Haller en 1749 y, desde entonces, recibe diversas denominaciones: retroesternal, subesternal, subclavicular, mediastínico, entre otras.⁴

Es más frecuente en el sexo femenino, con un predominio en pacientes en la quinta década de la vida con función tiroidea normal^{7,8}, lo cual coincide con las tres pacientes estudiadas.

La historia natural del bocio multinodular se caracteriza por el lento y progresivo crecimiento del volumen tiroideo, primero en forma de hiperplasia parenquimatosa, luego con una degeneración coloide y, por último, con la formación de estructuras nodulares adenomatosas.¹³ Los síntomas (disnea, signos de «irritación traqueobronquial», síndrome de vena cava superior, disfonía, estridor y disfagia)^{14,15} dependen del tamaño que alcanza la glándula y el grado de compresión sobre las estructuras vecinas. En estas pacientes se encontraron síntomas compresivos dado por disnea, disfagia y disfonía, coincidiendo con las diferentes literaturas revisadas.

El diagnóstico de un bocio endotorácico se realiza por el interrogatorio, el examen físico y la realización de diferentes complementarios, entre los que se encuentra la radiografía simple de tórax, donde puede observarse una masa mediastinal o un engrosamiento del mediastino superior, así como la desviación de la tráquea respecto a la línea media;⁴ la tomografía axial computarizada (TAC) ofrece información precisa acerca de las relaciones entre los órganos intratorácicos y el bocio, y es de mucha utilidad para el cirujano a la hora de planificar el abordaje quirúrgico. En estos tres casos estudiados la radiografía de tórax, el ultrasonido y la tomografía constituyeron los principales medios de diagnóstico.

El tratamiento del bocio intratorácico,^{5, 11, 13,16} puede ser:

- Farmacológico: (tiroxina) que reduce el tamaño y volumen del bocio entre 20%30% al año pero al suspenderlo recupera su tamaño. Realmente más bien retrasa la indicación quirúrgica.
- Yodo radiactivo: poco recomendable y más bien su uso es para enfermos con contraindicaciones quirúrgicas.
- Cirugía: es el tratamiento de elección en estos casos.

La tiroidectomía total se recomienda como primera elección en los bocio intratorácicos, especialmente en pacientes con expectativa de vida larga (mayor a 10 años) y en lesiones malignas. En el 90% de los bocios

intratorácicos es posible la resección por cervicotomía; en bocios cérvico-mediastínicos de gran tamaño se recomienda el abordaje cérvico-torácicos; el abordaje torácico (esternotomía o toracotomía) es aconsejable en bocios mediastínicos, especialmente por los vasos que irrigan el bocio desde el mediastino y su relación con órganos intratorácicos.^{4,13} En estos tres casos se realizó la cirugía por medio de la cervicotomía, sin complicaciones, solo una paciente presentó disfonía por lesión recurrencial transitoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Navarro D. et cols. Consenso de patología tiroidea. Rev Cubana Endocrinol v.15 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2012.
2. Fernández Hidalgo E, Zaldívar Ramírez D, García Rodríguez F. Bocio endotorácico. Presentación de caso. Correo Científico Médico de Holguín. 2017; (1):319- 26.
3. Iglesias Díaz G. Bocio intratorácico. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2014 [citado 12Abr 2018] ; 18 (6): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942014000600016&lng=es
4. González R, Cifuentes C, Jadue A, Prats R, Santolaya R, Rodríguez P. Caracterización y resultados inmediatos en pacientes con tratamiento quirúrgico de bocio intratorácico. Rev ChilCir [revista en Internet]. 2012 [citado 12 Abr2018]; 64 (5): [aprox. 18p]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000500003&lng=es.
5. González Rivero L, Turcios Tristán SE, Velasco Mirabal M. Aplicaciones clínicas del radioyodo 131 (I131) en las enfermedades del tiroides. Rev Cubana Endocrinol. 2012 [citado 19 Abr 2018]; 23(3):256-263. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532012000300011&lng=es.
6. Aziret M, Topçuoğlu MS, Özçelik C, Özkayad M. An unusual recurrent bilateral posterior mediastinal goiter after subtotal thyroidectomy: Case report. Int J Surg Case Rep. 2014; 5(8):465-8.
7. Puerto Lorenzo JA, Torres Ajá L. Bocio endotorácico. Presentación de un caso. Finlay [revista en Internet]. 2013 [cited 11 Ene 2016] ; 3 (2): [aprox. 9p]. Available from:

<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/articloe/view/142/1112>.

8. Puerto-Lorenzo J, Torres-Ajá L, Cabanes Rojas E. Presentación de dos casos. *Medisur*. [revista en Internet]. 2016 [citado 11 Abr 2018]; 14(5).
9. Kanzaki R, Higashiyama M, Oda K, Okami J, Maeda J, Takenaka D, et al. Surgical management of primary intrathoracic goiters. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2012; 60:171-4.
10. Hernández Torres L, Sardiñas Ponce R, Guerra Leal OA. Bocio endotorácico remanente a seis años de postiroidectomía total. Presentación de caso. 2017;56(2)
11. Ojanguren A, Baena JA, Ros S, Santamaría M, Ojanguren I, Olsina JJ. Abordaje del bocio endotorácico en mediastino posterior con incisión transcervical y toracotomía lateral. *Arch Bronconeumol* [revista en Internet]. 2014 [cited 11 Ene 2018] ; 50 (6): [aprox. 7p]. Available from: <http://www.archbronconeumol.org/es/abordaje-del-bocio-endotoracico-mediastino/articulo/S0300289613002810/>
12. Sahbaz A, Aksakal N, Ozcinar B, Onuray F, Caglayan F. The "forgotten" goiter after total thyroidectomy. *Int J Surg Case Rep*. 2013; 4(3):269-71.
13. González Aguilar O, Simkin DO, Pardo HA, Seva R, Delgado Marín D, Dávila Quijano S. Bocio cervicotorácico ¿De qué depende el abordaje torácico? *Rev. Argent. Cirug*. 2011; 100(1-2).
14. Parlá Sardiñas J. Bocio. *Rev Cubana Endocrinol* [revista en Internet]. 2012 [citado 10 Feb 2018]; 23 (3): [aprox. 7p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000300003&lng=es.
15. Stang MT, Armstrong MJ, Ogilvie JB, Yip L, McCoy KL, Faber CN et al. Positional Dyspnea and Tracheal Compression as Indications for Goiter Resection. *ArchSurg*. 2012; 147(7): 621-6.
16. Bajwa SJ, Sehgal V. Anesthesia and thyroid surgery: The never ending challenges. *Indian J EndocrinolMetab*. 2013; 17 (2): 228-34.

TITULO: CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ÁREA I CIENFUEGOS AÑO 2015

AUTORES:

Yaniela Sarmiento Albelo, Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología Rodas, Cienfuegos, Cuba

Hilda María Delgado Acosta, jdsalud@ucm.cfg.sld.cu, Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Jefe Departamento Salud Pública, MSc

RESEUMEN: Introducción: Las prestaciones que se ejecutan en la Atención Primaria de Salud requieren de un permanente desarrollo donde el componente evaluativo cobra extraordinaria necesidad. **Objetivo:** Valorar la calidad de la atención médica de pacientes con hipertensión arterial en el Área I del Municipio Cienfuegos en el año 2015. **Metodología:** Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, descriptiva, de corte transversal. Se seleccionaron 12 consultorios con el criterio de haber tenido incidencia de hipertensión arterial durante el año 2015 y los casos fueron los 65 pacientes de la incidencia reportada en dichos consultorios. Se tuvieron en cuenta las dimensiones estructura (recursos humanos y materiales), proceso (cumplimiento de protocolos de atención) y resultados (control, mortalidad, complicaciones y satisfacción). Las fuentes de información fueron historias clínicas individuales y familiares, un instrumento de la Escuela Nacional de Salud Pública para los estudios de calidad en hipertensión arterial y una guía de observación, confeccionados según criterios de Moriyama y validados por expertos. **Resultados:** Solo el 41,7% de los médicos eran especialistas en Medicina General Integral, el 66,7% llevaba menos de un año de experiencia laboral y solamente el 16,7% había recibido capacitación. La dimensión proceso fue la más afectada sobre todo en la técnica de tomar la tensión arterial. Se encontraba controlado el 56,9%. Se presentaron complicaciones de la enfermedad en dos pacientes para un 3%. **Conclusiones:** Existen dificultades que conspiran con la atención médica del paciente hipertenso en esta área de salud quedando detectadas brechas en su calidad.

Palabras clave: calidad, hipertensión arterial, investigaciones en sistemas y servicios de salud

INTRODUCCIÓN

Las prestaciones que se ejecutan en la Atención Primaria de Salud requieren de un permanente desarrollo donde el componente evaluativo cobra extraordinaria necesidad.

Los indicadores de salud que hoy posee Cuba son el resultado de una fuerte inversión social que contempla un grupo de acciones integrales, intersectoriales y participativas sobre los diversos factores individuales y colectivos que integran los determinantes de la salud. Para mantener estos resultados, siempre ha sido una preocupación permanente, lo concerniente a la calidad en la prestación de los servicios médicos vinculados a los principales problemas de salud. (1)

La Hipertensión Arterial (HTA) continúa siendo uno de los principales problemas de salud a nivel internacional, representa una enfermedad y también un factor de riesgo para el resto de las enfermedades no transmisibles. Su alta prevalencia en el municipio Cienfuegos se encuentra ampliamente documentada a través de los estudios realizados por la iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para Reducir Multifactorialmente las Enfermedades no Transmisibles) donde se observó cómo la prevalencia de HTA ajustada por grupos de edad y sexo, se incrementó de un 29.80 a 33.15 % de la primera a la segunda medición (2001 – 2010). (2-4)

Este estudio en el área de salud I mostró una prevalencia ajustada de HTA general de 31.03%. También se identificó el incremento en la exposición a diferentes factores de riesgo y dificultades con el control de la enfermedad. (5)

Además de lo anteriormente planteado, esta área de salud culminó el año 2015 con una prevalencia de un 27.2% de HTA según dispensarización, incrementándose en un 1,2% en relación a igual periodo del año anterior (26.0%) a los cuales solo se les realizó el 61.4 % de los controles planificados. En este período en el servicio de urgencia se hicieron un total de 4 613 atenciones médicas por esta entidad. Toda esta situación motivó la realización de este estudio planteando como objetivo: Valorar la calidad de la atención médica de pacientes con hipertensión arterial en el Área I del Municipio Cienfuegos, durante el año 2015.

DESARROLLO

MÉTODOLÓGIA

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, descriptiva, de corte transversal para valorar la calidad de la atención médica de pacientes con hipertensión arterial en el Área I del Municipio Cienfuegos, durante el año 2015.

De 18 consultorios del médico y la enfermera de la familia del área de salud, se seleccionaron 12, correspondiéndose con el 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16 y 17. El criterio para la selección fue, haber reportado incidencia de la enfermedad durante el año 2015 obteniendo un total de 65 hipertensos mayores de 15 años.

Se tuvo en cuenta para la valoración las dimensiones propuestas por Avedis Donavedian de acuerdo a las dimensiones estructura, proceso y resultados. (6)

Variables recogidas para evaluar la dimensión estructura: Recursos humanos: años de experiencia laboral, grado de especialización del profesional y capacitación recibida en el último año en relación con la entidad en estudio.

En relación con los recursos materiales se evaluó la existencia y funcionamiento del esfigmomanómetro, estetoscopio, tallímetro y balanza. También se tuvo en cuenta la disponibilidad en el área de salud de reactivos y medios de laboratorio necesarios para el estudio y seguimiento de los pacientes.

En la dimensión proceso se valoró el seguimiento por el Equipo Básico de Salud (EBS) de acuerdo a las guías cubanas de atención al paciente hipertenso (7) y se observó el cumplimiento de las técnicas para la toma de la tensión arterial según los criterios del estándar panamericano en estudios de campo con el empleo de un esfigmomanómetro calibrado y certificado para su uso. (8)

Para evaluar la dimensión resultado se identificaron las complicaciones y mortalidad prematura asociada a esta enfermedad en la serie en estudio durante el primer año de diagnóstico además de verificar el control de la enfermedad y la satisfacción de los pacientes. Las fuentes de información fueron las historias clínicas individuales y familiares, una encuesta y guía de observación, confeccionada según criterios de Moriyama y validada por 15 expertos teniendo en cuenta la validez de contenido, de criterio y de constructo.

Los datos fueron procesados en programa SPSS 15.0. Se utilizó como unidad de medida, el porcentaje. Toda la información se presenta en tablas.

El estudio se realizó con el consentimiento de los directivos del área de salud. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información, partiendo del principio de justicia social, el respeto a las diferencias y tratar a todos por igual y se respetó la confidencialidad y en el anonimato.

RESULTADOS DIMENSIÓN ESTRUCTURA

Del personal médico de los equipos básicos de salud que labora en los Consultorios de la Familia visitados solo 5 eran especialistas en Medicina General Integral para un 41,7. Solo un 33,3% tenía una estabilidad en el consultorio de uno a dos años. En cuanto a la capacitación del personal de salud, durante el último año solamente el 16,7% del personal médico recibió capacitación sobre prevención y control de HTA. Tabla #1

En el contexto cubano se llevan a cabo actualizaciones del programa, cambios en los esquemas de tratamiento. Todos estos cambios se van implementando en el país con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones, de ahí la importancia de mantener actualizado a todo el personal de salud a través de capacitaciones.

El nivel de instrucción que alcance el personal médico es de vital importancia para garantizar la calidad de la atención médica pues de esta manera se garantizan las competencias necesarias para su desempeño. Cuestión que corrobora la bibliografía consultada. (14)

A pesar de contar con esfigmomanómetro en todos los consultorios evaluados, solo en el 83,3% de ellos se encontraban aptos para su uso. Las dificultades se centraron en el 11,4% de los consultorios con problemas en la calibración y en el 7,3% hubo otras dificultades técnicas con sus aditamentos (pera y manguera). En el 100% de los consultorios evaluados había balanza pero el 75% de ellas estaban certificadas por la oficina de metrología correspondiente careciendo del sello que lo acredita. En ningún consultorio se advirtió la presencia de oftalmoscopio, esencial para la realización del fondo de ojo para complementar el examen físico.

Teniendo en cuenta lo establecido por el programa, la consulta médica debe contar además de un buen interrogatorio, con el examen físico general y por aparatos que permita realizar una evaluación integral del paciente para lo cual se debe contar con estos recursos materiales de vital importancia en óptimo estado técnico que permitan realizar un diagnóstico certero y oportuno, evaluar el control del paciente e identificar factores asociados a la enfermedad como el sobrepeso y la obesidad.

De los 12 complementarios básicos que se indican a los hipertensos en el diagnóstico, el 83,3% se realizan en el área de salud, el resto para un 16,7% se hacen en otra institución previo convenio dentro del sistema (ultrasonido renal en otro policlínico y microalbuminuria en el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología todo esto garantiza un correcto estudio al diagnóstico para evaluar correctamente el estado de salud de cada paciente y tener una referencia para su futura evolución. Tabla # 2

RESULTADOS DIMENSIÓN PROCESO

El proceso es identificado más recientemente como desempeño. Incluye el conjunto de acciones que permite convertir la estructura en resultados y por tanto tiene la capacidad de incorporar valor al servicio, o sea está en relación directa con el diagnóstico, manejo de las enfermedades, prevención y la rehabilitación. Poner bibliografía

En la dimensión proceso, la toma de la tensión arterial presentó dificultades, pues solo en 4 consultorios se pudo observar una correcta técnica de toma de la TA lo cual representó el 33,3% de los consultorios visitados. Las violaciones más reiteradas fueron: no respetar el tiempo de espera antes de la toma de la tensión arterial, incorrecta colocación del brazo dadas las dificultades del mobiliario disponible en los consultorios y en la mayoría de los pacientes el profesional médico no hizo la palpación de la arteria radial.

Al hacer la revisión de las historias clínicas individuales se observó que solo 60 pacientes para un 92,3% contaban con un correcto seguimiento de acuerdo a la frecuencia de las consultas según planificación con dos consultas y un terreno en el año después del

diagnóstico de acuerdo a lo que dispone el programa del médico y la enfermera de la familia pudiendo corroborar igual dato en la encuesta realizada a cada uno de los pacientes.

En todas las historias clínicas de los pacientes con controles realizados se hizo referencia al tratamiento farmacológico y a las orientaciones nutricionales y de estilos de vida sobre todo las vinculadas a la realización de ejercicios físicos.

Respecto al examen físico, en ningún paciente se realizó el fondo de ojo, examen del cuello, pulsos periféricos y la valoración neurológica fue muy superficial a pesar de estar indicada su realización en todo paciente hipertenso en su debut.

Solo se logró cumplir en el 33,8% de los pacientes con la realización de la totalidad de exámenes complementarios que indican las guías cubanas de prevención y control y el programa nacional de hipertensión arterial. (7)

A pesar de contar con la disponibilidad y accesibilidad de todos los exámenes básicos hubo dificultades con la indicación de: hemoglobina, hematocrito, glicemia, colesterol total, triglicéridos, creatinina y ácido úrico, microalbuminuria y ultrasonido renal. Tabla #3

Similares resultados se obtuvieron en un estudio realizado en Bogotá. (14)

RESULTADOS DIMENSIÓN RESULTADO

Esta dimensión tiene que ver con las salidas expresadas generalmente en datos cuantitativos y cualitativos que muestran el estado de salud de los individuos y de la sociedad, su calidad de vida e incluso los criterios de aquellos acerca de su propia situación de salud.

Del total de hipertensos estudiados se encontraba controlado el 56,9%. Esto puede deberse a la adherencia terapéutica en los mismos y al seguimiento de las orientaciones recomendadas por el médico en su primer año de diagnóstico. Aunque se demostró la existencia de brechas proceso de atención a estos pacientes donde la lesión en órganos diana y otras complicaciones silentes que pueden estar presentes e influir en el control de la enfermedad en el futuro.

Se presentaron complicaciones de la enfermedad en dos pacientes para un 3%, uno con Infarto Agudo del Miocardio y otro con Enfermedad Renal Crónica lo cual resulta desfavorable pues en el primer año del diagnóstico no deben aparecer complicaciones si el diagnóstico fue oportuno y el paciente se adhiere a las recomendaciones y al tratamiento farmacológico.

En la serie en estudio no hubo mortalidad en el período de análisis.

Las mayores dificultades con la satisfacción estuvieron relacionadas con la atención médica percibida donde un 8,2 % de los pacientes refirió no haber recibido orientación alguna sobre

la planificación de sus consultas en el año, también hubo insatisfacción en un 3,5% que refirió la falta de algunos medicamentos en la red de farmacias. No hubo opiniones negativas respecto a la accesibilidad para la realización de los exámenes complementarios. (Tabla # 4)

Aunque en este estudio no se exploró la adherencia a los tratamientos recomendados, la bibliografía revisada plantea que la adherencia al tratamiento médico indicado es fundamental para el control de la hipertensión arterial. Se plantea que las cifras de no cumplidores alcanzan cerca del 40 % para el tratamiento farmacológico y entre el 60 y 90 % en las medidas higiénicas y dietéticas; se afirma que un tercio de los pacientes siempre toma la medicación, un tercio la toma a veces y un tercio nunca la toma. En un estudio realizado en la ciudad de Bogotá donde se evaluaron los programas de promoción y prevención de HTA y Diabetes se detectó un control de la HTA del 60%. (7,15,16)

CONCLUSIONES

Existen dificultades que conspiran con la atención médica del paciente hipertenso en esta área de salud quedando detectadas brechas en su calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojo Pérez, Nereida, Laria Menchaca, Sara, Castell-Florit Serrate, Pastor, Pérez Piñero, Julia, Barroso Romero, Zoila, Bayarre Vea, Héctor, Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud en Cuba y su proyección hasta el 2015. Revista Cubana de Salud Pública [en línea] 2010, 36 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 10 de enero de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21416136004> ISSN 0864-3466
2. Benet Rodríguez M, Morejón Giraltoni A, Espinosa Brito AD, Landrove Rodríguez OO, Peraza Alejo D, Ordúñez García PO. Factores de Riesgo para enfermedades crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010.
3. Resultados preliminares de CARMEN II. Medisur [Revista en Internet]. 2010 [Citada: 22 de agosto de 2010]; 8(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1166>.
4. Espinosa-Brito A. Mortalidad por hipertensión arterial. Tras la huella del “asesino silente”. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2016 Oct 28]; 2(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/100>
5. Delgado-Acosta H, Lastre-Navarro K, Valdés-Gómez M, Benet-Rodríguez M, Morejón-Giraltoni A, Zerquera-Rodríguez J. Prevalencia de hipertensión arterial en el Área I del municipio Cienfuegos. Segunda medición de la iniciativa CARMEN. Revista Finlay [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 Ene 10]; 5(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/322>
6. Otero J. La calidad de la atención según Avedis Donavedian [Internet]; 2000. [Citado 24 jun 2009]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com>.

7. Cuba. Ministerio de Salud Pública, Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2017
8. Delgado-Acosta H, Lastre-Navarro K, Valdés-Gómez M, Benet-Rodríguez M, Morejón-Giraldoni A. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población del Área I del municipio Cienfuegos. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2014 [citado 2018 Ene 10]; 4(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/283>
9. Coll-Muñoz Y, Coll-Pulgarón Á. Hipertensión arterial: ¿qué nos aportan las recomendaciones actuales?. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2014 [citado 2016 Oct 28]; 4(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/282>
10. Ordoñez García P, Pérez Flores E, Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. *Revpanam Salud Pública*. [revista en Internet] 2011; 28(4): 311-318. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
11. Hechavarría Torres Maricel, Fernández Álvarez Nelson, Betancourt Llopiz Ileana. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en un área rural de Santiago de Cuba. *MEDISAN* [revista en Internet]. 2014 (citado 2014 Jun 30); 18(4): 509-515. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
12. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2013; . doi:10.1001/jama. [Internet] 2013.284427
13. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. [Internet] 2013;34(28):2159-219
14. Juan C. Ávila, Adriana Bareño, Jairo Castro, Catherine Rojas Evaluación de la aplicación de las guías de hipertensión y diabetes en un programa de crónicos 2014;22(2): 58-67 <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v22n2/v22n2a07.pdf>
15. Libertad Martín Alfonso, IDrC. Héctor Bayarre Veá, MSc. María del Carmen Corugedo Rodríguez, MSc. Félix Vento Iznaga, MSc. Yadmila La Rosa Matos, MSc. María de la Concepción Orbay Araña Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41 (1): 33-45 <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf>
16. Pérez Caballero Manuel Delfín, León Álvarez Jorge Luis, Fernández Arias Manuel Antonio. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Rev cubana med* [Internet]. 2011 Sep [citado 2017 Mayo 23]; 50(3): 311-323. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300009&lng=es.

ANEXOS

Tabla # 1: Distribución de los indicadores relacionados con los recursos humanos. Área I Cienfuegos 2015

Indicadores Recursos Humanos.	No	%
Médico Especialista en MGI	5	41,6
Residentes segundo año de MGI	3	25,0
Residentes de primer año de MGI	2	16,6
Médico General Básico	2	16,6
Más de un año laborando en el consultorio	4	33,3
Capacitación recibida en el último año	2	16,7
N=12		

Fuente: Guía de observación

Tabla # 2: Distribución de los indicadores relacionados con los recursos materiales. Área I Cienfuegos 2015

Recursos materiales indispensables en los consultorios (existencia y buen estado técnico)	Número de consultorios	%
Esfigmomanómetro.	10	83,3
Estetoscopio.	12	100,0
Oftalmoscopio	0	0,0
Balanza.	9	75,0
Tallímetro y cinta métrica	12	100,0
Exámenes complementarios básicos según programa	12	100,0
N=12		

Fuente: Guía de observación

Tabla # 3: Distribución de los indicadores relacionados con la dimensión proceso. Área I Cienfuegos 2015

Indicadores de la dimensión proceso	Número de pacientes	%
Cumplimiento de los controles	60	92,3
Evidencia en historia clínica del cumplimiento del examen físico recomendado según programa	0	0,0
Evidencias en historia clínica de las orientaciones para el tratamiento no farmacológico y farmacológico	59	90,7
Evidencias en la historia clínica de la indicación y resultados de exámenes complementarios básicos realizados en la primera consulta	22	33,8
N=65		

Fuente: Guía de observación.

Tabla # 4: Distribución de los indicadores relacionados con la dimensión resultados. Área I Cienfuegos 2015

Indicadores dimensión resultados	No	%
Control del paciente	37	56,9
Complicaciones asociadas a la HTA	2	3,1
Mortalidad prematura asociada a la HTA	0	0,0
Satisfacción de los pacientes con respecto a la disponibilidad de los medicamentos	63	96,9
Satisfacción de los pacientes con respecto a la accesibilidad a los exámenes complementarios	65	100,0
Satisfacción de los pacientes con respecto a la atención médica recibida por el personal de salud	59	90,7
N= 65		

Fuente: Guía de observación.

TITULO: CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES SEROPOSITIVOS AL VIH/SIDA CIENFUEGOS 2015

AUTORES:

Lizette Rodríguez Fernández, Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Departamento Higiene y Epidemiología, MSc

Hilda María Delgado Acosta, jdsalud@ucm.cfg.sld.cu, Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Jefe Departamento Salud Pública, MSc

RESUMEN: Introducción: El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial. Las prestaciones que se ejecutan en la Atención Primaria de Salud en torno a esta entidad requieren de un permanente desarrollo donde el componente evaluativo cobra extraordinaria necesidad. **Objetivo:** Valorar la calidad de la atención médica de pacientes seropositivos al VIH en el municipio Cienfuegos en el año 2015. **Metodología:** Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, descriptiva, de corte transversal donde participaron 107 pacientes seropositivos al VIH, 63 médicos y 55 enfermeras de la familia. Se tuvieron en cuenta las dimensiones estructura (recursos humanos y materiales), proceso (cumplimiento de protocolos de atención) y resultados (control, mortalidad, coinfección VIH/TB, transmisión materno infantil y satisfacción). Las fuentes de información fueron historias clínicas individuales y dos instrumentos validados por expertos. Los resultados se muestran en tablas y se expresaron en porcentajes. **Resultados:** En los pacientes predominó el sexo masculino, el grupo de edad de 25 a 49 años y el nivel de escolaridad preuniversitario. El 46,7% estaba vinculado laboralmente y el 51,4% soltero. Predominaron los bajos ingresos en el 44,9%. Hubo dificultades estructurales en el 43,9% de los consultorios, déficit de medicamentos antirretrovirales y se identificaron necesidades de superación profesional en médicos y enfermeras. Hubo dificultades en la oportunidad del diagnóstico de la incidencia del año 2015. No hubo transmisión materno infantil de la enfermedad ni coinfección VIH/TB. **Conclusiones:** Existieron dificultades que conspiraron con la atención médica de los pacientes quedando detectadas brechas en su calidad.

Palabras clave: calidad, VIH/SIDA, investigaciones en sistemas y servicios de salud

INTRODUCCIÓN

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, ha cobrado más de 34 millones de vidas. A finales de 2014 había 36,9 [34,3-41,4] millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo. El África subsahariana se reporta el 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH. Se calcula que solo el 54% de las personas con VIH conocen su estado serológico. A mediados de 2015 había 15,8 millones de personas infectadas por el VIH que recibían terapia antirretrovírica en todo el mundo.

La epidemia de VIH/SIDA a nivel mundial, se ha caracterizado por presentar la mayor incidencia en los jóvenes. La relación de hombres/mujeres positivos al VIH es de 4:1 en la mayoría de las naciones. Estudios realizados en Estados Unidos han mostrado un incremento en la incidencia anual de jóvenes VIH positivos, con predominio en varones (80%), con una razón de 4:1, iguales reportes se publican en España.¹

Con respecto a la principal vía de transmisión, en la mayoría de las regiones predomina la vía sexual en varones que tienen relaciones sexuales con varones. Latinoamérica, Norteamérica y Europa occidental comparten esta principal vía de transmisión, según la información proporcionada por ONU/SIDA se está registrando en la actualidad un aumento de los casos de VIH en homosexuales en estas zonas.³

En todas las comunidades hay grupos de personas más vulnerables a las Infecciones de Transmisión Sexual. Esta vulnerabilidad está relacionada con factores biológicos, sociales y conductuales.²⁻⁵

Los indicadores de salud que hoy posee Cuba en materia de VIH/SIDA son el resultado de una fuerte inversión social que contempla un grupo de acciones integrales, intersectoriales y participativas sobre los diversos factores individuales y colectivos que integran los determinantes de la salud. Para mantener estos resultados, siempre ha sido una preocupación permanente, lo concerniente a la calidad en la prestación de los servicios médicos.⁶

En la provincia Cienfuegos se ha observado un incremento en la tendencia de la incidencia de VIH/SIDA en el último trienio, dicho incremento ha estado a expensas de los municipios Cienfuegos y Rodas que han superado la tasa a nivel provincial.

Toda esta situación motivó la realización de este estudio planteando como objetivo: Valorar la calidad de la atención médica de pacientes que viven con VIH/SIDA del Municipio Cienfuegos, durante el año 2015.

DESARROLLO

MÉTODOLOGÍA

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud con diseño observacional, descriptivo para valorar la calidad de la atención médica de personas que viven con VIH (PVVIH) del municipio Cienfuegos año 2015. El universo de estudio fueron los 390 PVVIH vivos hasta el cierre del año 2015, que se obtuvieron de la serie cronológica de incidencia del Departamento de VIH en el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.

Teniendo en cuenta las características de la población meta y la obligación de preservar el derecho que tienen los PVVIH a la confidencialidad de su condición, no

se fijó una unidad de muestreo específico de manera tal que se garantizara la voluntariedad de las personas a encuestar accediendo a participar en el estudio un total de 107 pacientes lo cual representó el 27,4% del universo.

Se realizó un encuentro con un grupo de PVVIH que permitió un acercamiento al campo de estudio utilizando las ideas aportadas por ellos en la conformación y enriquecimiento del instrumento de evaluación.

Para la recogida de la información, se tuvieron en cuenta las siguientes técnicas y procedimientos:

- Revisión documental del Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/Sida. 2014-2018.
- Revisión documental de las Encuestas a Personas con VIH /Sida 2009 y 2013. Centro de Población y Desarrollo. Oficina Nacional de Estadísticas.
- Grupo focal con integrantes de Equipos de Ayuda Mutua de personas que viven con VIH/sida.
- Preparación metodológica a encuestadores.(enfermeras encuestadoras y educadoras de las áreas de salud)
- Confección de dos cuestionarios validados por expertos
- Revisión del 100% de las Historias Clínicas de las personas que viven con VIH/sida, que participaron en el estudio.

Las encuestas se aplicaron a los seropositivos al VIH y prestadores de servicios del sistema de salud en la Atención Primaria de Salud (APS).

El primer cuestionario anónimo se aplicó a las personas que viven con VIH/Sida previo consentimiento informado de participación. El segundo se aplicó al Equipo Básico de Salud de los consultorios médicos a los que pertenecían los seropositivos al VIH que se incluyeron en el estudio, además de la revisión de las historias clínicas de estas personas, ambos se llevaron a cabo por las enfermeras encuestadoras y las educadoras para la salud de los policlínicos a los que pertenecían los casos.

Se tuvo en cuenta para la valoración las dimensiones propuestas por Avedis Donavedian de acuerdo a las dimensiones estructura, proceso y resultados.⁷

Variables recogidas para evaluar la dimensión estructura: Recursos humanos: años de experiencia laboral, grado de especialización del profesional y capacitación recibida en el último año en relación con la entidad en estudio.

En relación con los recursos materiales se evaluó la existencia y funcionamiento de instrumental del consultorio. También se tuvo en cuenta la disponibilidad en el área de salud de reactivos y medios de laboratorio necesarios para el estudio y seguimiento de los pacientes.

En la dimensión proceso se valoró el seguimiento por el Equipo Básico de Salud (EBS) de acuerdo a lo dispuesto en el Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/Sida. 2014-2018.

Para evaluar la dimensión resultados se valoró la mortalidad asociada a esta enfermedad, coinfección VIH/Tuberculosis, transmisión materno infantil y la satisfacción de los pacientes.

Los datos fueron procesados en programa SPSS 15.0. Se utilizó como unidad de medida el porcentaje. La información se presenta en tablas y análisis pertinente.

El estudio se realizó con el consentimiento de los directivos del área de salud. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información, partiendo del principio de justicia social, el respeto a las diferencias y tratar a todos por igual y se respetó la confidencialidad y en el anonimato.

RESULTADOS

CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES

Las áreas II, V y I fueron las que mayor porcentaje de pacientes aportaron al estudio. Tabla #1

Como muestra la tabla predominó el sexo masculino con un total de 87 pacientes, siendo el grupo etáreo de 25 a 49 años el que mayor número aportó con 62 pacientes para un 71.0%, seguido del grupo de 50 y más, estando en correspondencia con la caracterización de la epidemia en el municipio. Tabla #2

El 27.1% poseían un nivel de escolaridad preuniversitario, seguido de los que concluyeron sus estudios de secundaria básica con un 24.3%. Tabla #3

El 46.7% eran trabajadores estatales, el 23.4% desvinculados laboralmente y el 10.3% trabajadores por cuenta propia. De los 107 encuestados solo 40 para un 37.3% no se mantuvieron en la misma actividad laboral después del diagnóstico, siendo el 52.5% de ellos por voluntad propia, mientras el 12.5 y el 10% fueron causados por cambio de plaza o cierre de contrato respectivamente. Un 25% de los mismos se originaron por otras causas como el cambio de domicilio, la jubilación, el concluir los estudios, entre las más frecuentes. Tabla #4

En relación al estado civil el 51.4 % refirió encontrarse soltero, el 30.8% mantenían una relación de unión y el 12.1% estaba casado.

El promedio de ingresos en el 44.9% fue de hasta 250 pesos, seguido de los que recibían entre 251 a 400 pesos con un 18.7%, el 16.8% tenía ingresos de más de 700 pesos.

En relación a los hábitos tóxicos el 40.2% eran fumadores, el 15.9% consumía alcohol regularmente y solo 4 para el 3.7% aceptó el hecho de consumir fármacos.

Sobre las condiciones de la vivienda el 21.5% planteó tener malas condiciones de las mismas, 16 de ellos, para un 15.0% vivían solos, el 39.3% y el 38.3% vivían con la pareja o los padres respectivamente, en cuanto a las relaciones con sus

convivientes ninguno dijo que fueron malas, siendo buenas en un 39.2%, excelentes en un 37.4% y regulares en solo un 8.4%.

VALORACIÓN DIMENSIÓN ESTRUCTURA

Se encuestaron un total de 63 médicos de la familia siendo el 48.5% especialistas en MGI, el 25.8% y 24.2% residentes de segundo y primer año respectivamente. Sobre el personal de enfermería el 57.7% eran licenciadas, el 19.7% técnicos medios y solo un 10.6% especialistas, el 83.3% refirió más de tres años de graduados, sin embargo el 45.4% llevaba menos de 3 años en el consultorio.

En cuanto a los médicos a pesar de que el 68.2% de estos tienen más de tres años de graduados, el 51.5% llevaba menos de 1 año en el consultorio, solo el 15.1% lo ha hecho por más de tres años, lo que conspira de manera negativa en la calidad de la atención a los pacientes seropositivos al VIH.

Sobre la estructura y condiciones de los locales que ocupaban los consultorios, las encuestas revelaron que el 43.9% de los mismos no poseían condiciones estructurales adecuadas, en el 39.4 % no existía agua corriente, mientras que la iluminación fue deficiente en 35 que representó el 53.0%.

Solo el 4.5% de los médicos refirió no haber recibido capacitación alguna para la atención a este problema de salud. Más de un 50% la recibió durante su formación como médico, especialista, en reuniones de GBT o a través de la enfermera encuestadora, mientras que solo el 13.6% la tomó por cursos de postgrados, lo que resulta insuficiente si se considera que el 68.2% de los médicos llevaban más de tres años de graduados.

El 57.6% de ellos consideró que la capacitación había sido medianamente suficiente, mientras que el 12.1% expresó que fue insuficiente y un 30.3% la creyó suficiente, identificando las mayores necesidades de preparación en cuanto al tratamiento y seguimiento de los pacientes y sobre técnicas de promoción y educación para la salud.

Sobre la capacitación de enfermería solo el 6.1% la consideró insuficiente, a pesar de ello el 63.6% y el 62.1% identificaron tener necesidades de capacitación relacionadas con técnicas de promoción para la salud y seguimiento de los pacientes respectivamente.

Es significativo señalar que se identificaron 14 consultorios con dificultades con los equipos de medición, pesa, tallímetros y esfigmomanómetros ya sea por calibración o rotura.

Se reportó en el período de estudio déficit de terapia antirretroviral (Tenofovir, abc, Efaviren, Kaletra, Darunavir) y además hubo dificultades con la disponibilidad de Tuberculina necesaria para descartar infección por tuberculosis y para el control profiláctico de esta enfermedad. Todo lo cual pudo influir en la calidad del proceso

de atención médica.

DIMENSIÓN PROCESO

La atención comunitaria de las personas infectadas con el VIH/Sida transita por los tres niveles de atención. La primaria a través del seguimiento por el Equipo Básico de Salud (Médico y Enfermera de la Familia), la secundaria, en la red de hospitales del país y la terciaria, en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

En el estudio se revisaron un total de 63 historias clínicas, en cuanto al interrogatorio, examen físico, procedimientos diagnósticos y tratamiento reflejado, no identificándose dificultades en las mismas. El 50% de los pacientes estaban evaluados en los últimos tres meses, el 66.7% tenían más de tres controles en el año y el 87.9% fueron interconsultados con especialistas.

Sobre la consulta multidisciplinaria, el municipio Cienfuegos presentó dificultades en su funcionamiento, siendo atendidos los pacientes en la consulta provincial.

DIMENSIÓN RESULTADO

Oportunidad del diagnóstico de VIH/sida:

Se diagnosticaron 11 casos con CD4 bajos (-200cel y -14%) lo cual representó el 68.7% de los casos notificados tardíamente en el año 2015 en la provincia, lo que trajo como consecuencia el incumplimiento del indicador de oportunidad del diagnóstico.

Coinfección VIH/TB: No se reportó coinfección VIH/Tuberculosis.

Mortalidad:

Fallecieron 4 pacientes durante el año 2015, uno más que el año anterior, esta mortalidad representó el 44,4% de todos los fallecidos por Sida de la provincia.

Transmisión materno- infantil:

Se reportó una gestante seropositiva, perteneciente al área V, residente en La Habana. Hubo un nacimiento en enero correspondiente a una embarazada seropositiva del área VIII, el lactante clínicamente sano, de alta serológica. No se reportó transmisión materno infantil de la enfermedad.

Satisfacción de los pacientes:

Más del 85% de los encuestados consideró que los recursos materiales y humanos son suficientes para la atención a este problema de salud, sin embargo narraron algunas preocupaciones sobre estos, tales como: inestabilidad de los médicos y enfermeras en el consultorio, dificultades en el suministro de materiales como jeringuillas, guantes, algodón, instrumental, entre otros.

El 52.3% valoraron la atención recibida de buena, el 29% y el 16.8% de excelente y regular respectivamente, solo el 1.9 la consideraron mala.

En los servicios de laboratorio clínico y farmacia más del 95% refirió estar satisfecho, solo tres pacientes refirieron haber sido mal atendidos por la pérdida de sus complementarios y las demoras en el despacho de la farmacia.

Sobre si han percibido discriminación hacia su persona por su condición el 27.1% respondió haberla sentido fundamentalmente a través de amigos, vecinos, familiares, en su centro de trabajo y en las unidades de salud. Esto demuestra que aún persisten estigmas hacia esta enfermedad a pesar de los años que hace que se conoce de la enfermedad y que estos pacientes se encuentran atendidos en régimen ambulatorio en sus consultorios médicos incorporados a la vida social.

CONCLUSIONES

Existieron dificultades que conspiraron con la atención médica de los pacientes quedando detectadas brechas en su calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNAIDS World AIDS Day Report | 2015. ONUSIDA informa de un descenso de más del 50% en los casos de nuevas infecciones por el VIH en 25 países. [Internet]; 2015 [citado 2016 Ene 23]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2015/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf
2. Zhang L, Zhang D, Yu B, Wang S, Liu Y, Wang J, Li X, Shang X, Li H. Prevalence of HIV Infection and Associated Risk Factors among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Harbin, P. R. China. PLoS One. [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Abr 8]; 8(3): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23516481>
3. Cada día miles de jóvenes se infectan con VIH. Boletín de Prensa Latina [Internet]; 2012 sep [citado 2016 Ene 23]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2012/06/18/cada-dia-miles-de-jóvenes-se-infectan-con-vih/>
4. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. Lancet. 2012; 380(9839): 367-77.

5. Fernández-Dávila P, Morales Carmona A. Discursos sobre la responsabilidad sexual en hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres. Rev Esp Salud Pública. 2013;87(4): 367-382.
6. Rojo Pérez, Nereida, Laria Menchaca, Sara, Castell-Florit Serrate, Pastor, Pérez Piñero, Julia, Barroso Romero, Zoila, Bayarre Veá, Héctor, Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud en Cuba y su proyección hasta el 2015. Revista Cubana de Salud Pública [en línea] 2010, 36 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 10 de enero de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21416136004>> ISSN 0864-3466
7. Otero J. La calidad de la atención según Avedis Donavedian [Internet]; 2000. [Citado 24 jun 2016]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com>.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/SIDA 2014-2018. Colectivo De autores. Año 2013

ANEXOS

Tabla: 1 Distribución de los pacientes encuestados por Áreas de Salud

Áreas de Salud	Frecuencia	Porcentaje
I	17	15,9
II	24	22,4
III	11	10,3
IV	9	8,4
V	22	20,6
VI	7	6,5
VII	5	4,7
VIII	12	11,2
Total	107	100,0

Tabla: 2 Distribución de los encuestados según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
15-19	0	2	2	1,9
20-24	4	8	12	11,2
25-49	14	62	76	71,0
50-64	2	13	15	14,0
65 o más	0	2	2	1,9
Total	20	107	87	100,0

Tabla: 3 Distribución de los pacientes según grado de escolaridad

Grado de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Obrero calificado	6	5,6
Preuniversitario	26	24,3
Primaria	4	3,7
Primaria sin terminar	7	6,5
Secundaria básica	29	27,1
Técnico medio	20	18,7
Universitario	15	14,0
Total	107	100,0

Tabla: 4 Distribución de los pacientes según ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	11	10,3
Desvinculado	25	23,4
Jubilado	5	4,7
Otras ocupaciones	5	4,7
Trabajador por cuenta propia	11	10,3
Trabajador estatal	50	46,7
Total	107	100,0

TITULO: CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE EDAD MEDIANA.

AUTORES: DRA: GISELA ZERQUERA TRUJILLO*, DRA ELODIA RIVAS ALPIZAR*, DR. MIGUEL MORALES MADRIGAL**

giselazt621009@minsap.cfg.sld.cu, elodiara710123@minsap.cfg.sld.cu, miguel.morales@gal.sld.cu, Hospital Universitario Dr Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos ,Cuba,* Master en Atención Integral a la Mujer, Master en Educación Médica,Jefe de servicio de Endocrinología.**

Resumen:

Introducción: Para muchas mujeres, esta etapa de la vida puede ser un cambio para mejorar. Se ha dicho que la única cosa constante en la vida es el cambio, un concepto que la mujer que pasa por el climaterio comprende mejor que nadie. **Objetivo:** Aplicar la escala MRS para medir la percepción personal de los aspectos psicológicos, somáticos y genitourinarios que influyen en la Calidad de Vida en este período. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal para medir la percepción personal de los aspectos psicológicos, somáticos y genitourinarios que influyen en la Calidad de Vida en el periodo climatérico en 76 mujeres de 40-59 años de edad que acudieron al Servicio ambulatorio de atención de personas con Diabetes Mellitus en condición de acompañantes. Se utilizó la escala MRS versión chilena instrumento de medición de calidad de vida que consta de un cuestionario breve de 11 preguntas. **Resultados:** El 73.7% presentaba una mala calidad con relación al Constructo Psicológico (> 2), resultados similares ocurren en el constructo somático donde el 57.9% de las mujeres presentaba similares características. En el constructo urogenital predominó en el grupo de féminas con buena calidad (< 2) con un 57.9%.

Conclusiones: La presencia de algunas Enfermedades Crónicas asociadas a la etapa climatérica, la sobrecarga por razones de género y una mayor intensidad del Síndrome Climatérico influyen directamente en la Calidad de Vida de las mujeres.

Introducción:

En nuestro país resulta una necesidad insoslayable y una obligación moral, en las difíciles condiciones actuales, preservar o afectar al mínimo posible la calidad de vida de la mujer cubana, sobre todo cuando por el aumento de la expectativa de vida un número creciente de mujeres arriba a la menopausia y sufren los trastornos causados por la deprivación estrogénica.

Según la O. M. S. calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno ^{1, 2, 3, 4.}

En la década de los años 80 los elevados costos de la tecnología, la duración de la vida hasta límites biológicos, difícilmente superables y la evaluación de los diversos procedimientos ha conducido a los investigadores a estudiar este tema ^{5, 6, 7.}

El concepto de *calidad de vida* es familiar para la mayoría de las personas, relacionadas o no con la medicina. La calidad de vida tiene una historia reciente. En la década de los 60 del siglo pasado pasó del ámbito de la economía al de las ciencias humanas. Su importancia fundamental dentro de la medicina radica en que surge como un intento de dotar de contenido a lo que llamamos respeto a la dignidad de los seres humanos. ^{8, 9}

Indudablemente la naturaleza es un inmenso espectáculo en cuyo fondo se mueven millones de mujeres sujetas a cambios muchas veces invisibles. Se ha dicho que la única cosa constante en la vida es el cambio, un concepto que la mujer que pasa por el climaterio comprende mejor que nadie, pues este trae consigo muchos de los cambios más significativos en la vida de una mujer, muchos de los cuales pueden ser desconcertantes, otros pueden ser difíciles, pero lo que es importante recordar es que, para muchas mujeres, esta etapa de la vida puede ser un cambio para mejorar. ^{3, 10, 11, 12.}

El Climaterio es un periodo de transición que se prolonga durante años, antes y después de la menopausia, como consecuencia del agotamiento ovárico, asociado a una disminución en la producción de estrógenos¹ y que pierde con los años la capacidad para producir hormonas, folículos y ovocitos. En la mujer, se suele confundir con menopausia, que es la última menstruación.¹³

Por Menopausia se entiende la última menstruación como resultado de la pérdida de la función ovárica, desde el punto de vista práctico para confirmar su diagnóstico se necesita que haya transcurrido un año (12 meses) sin menstruación.^{14, 15}

La menopausia, por su parte, no es sinónimo de deterioro, puede ser leída como una pausa para reflexionar sobre el quehacer como mujeres y como madres, constituye una transición social, a veces difícil y dolorosa, pero también de apertura y oportunidades en distintos ámbitos. En realidad, muchas informan que esos años se encuentran entre los más felices y productivos de sus vidas.¹²

Las tendencias demográficas actuales destacan el envejecimiento poblacional como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas. Particularmente en la población femenina, esto significa que el número de años que vive la mujer después de la menopausia ha ido aumentando y se estima hoy en día que las mujeres pasan un tercio o más de sus vidas en el estado postmenopáusico y la senilidad.¹⁶

La mayor supervivencia femenina es un hecho de gran relevancia sociocultural, que tuvo su máxima expresión durante el siglo XX, momento en que la esperanza de vida de la mujer aumentó entre 25 y 35 años, sobre todo en los países occidentales, esto condiciona que la vida de la mujer se extienda casi 30 años después de la menopausia, evento importante en la vida de esta.

Según informes publicados por expertos de la ONU en el tema de población y en informes del Banco Mundial, al finalizar el recientemente concluido siglo XX había más de 750 millones de mujeres mayores de 45 años en el mundo.

La OMS estima que en el año 2030 más de 1 200 millones estarán por encima de esa edad, lo que supone que se habrá multiplicado por 3 su número en apenas 40 años.¹⁷⁻²⁰

En Cuba las mujeres con edades comprendidas en los 45 y 59 cumplen un importante papel social (trabajadora, esposa, madre, hija, abuela, jefa de

hogar, etc.), y representan alrededor del 10 % de la población general, lo que equivale a señalar que casi 1 279 837 mujeres tienen 50 o más años, con tendencia al

aumento de este índice dada la transición demográfica actual.²¹

Se puede observar que las causas del bienestar en esta etapa de transición de la vida de la mujer están dadas por una compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos. Los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, que facilitan o entorpecen su pleno desarrollo. Los factores subjetivos están determinados en última instancia por la valoración que la mujer hace de su propia vida y de esta etapa en particular. Esta satisfacción está determinada por el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas y los logros que, en relación a ellas, va obteniendo a lo largo de su existencia. Lo cual, unido al componente emocional que caracteriza la vida humana, determinará su bienestar, el cual construye, en estrecha vinculación con su entorno macro y micro social.

Lo planteado con anterioridad, muestra la necesidad de estudios sobre este segmento poblacional, que aporten resultados científicos, útiles para el establecimiento de políticas sanitarias, que favorezcan tanto la atención a la salud como la calidad de vida de este grupo de mujeres.

Objetivos:

1. Caracterizar a las féminas según Edad, Estado Conyugal, Escolaridad, ocupación y Condicionamiento de Género.
2. Determinar características biológicas tales como: Enfermedades Crónicas, Intensidad de los Síntomas Climatéricos, Etapa Climatérica y Tipo de Menopausia.
3. Aplicar la escala MRS para medir la percepción personal de los aspectos psicológicos, somáticos y genitourinarios que influyen en la Calidad de Vida en este período.

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal que se correspondió con la valoración de la repercusión de aspectos psicológicos, somáticos y genitourinarios que influyen en la Calidad de Vida en este período en las mujeres de edad mediana.

Escenario: Centro de Atención y Educación al Diabético de la provincia Cienfuegos (CAED).

PERÍODO: La investigación se desarrolló en el período comprendido entre los meses de enero a junio del 2007.

Universo y Muestra: Quedó constituido por 76 mujeres que acudieron al CAED en condición de acompañantes de los pacientes que fueron atendidos en dicho centro en el período antes mencionado y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos previo consentimiento informado; se trabajó con la totalidad del universo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ◆ Mujeres comprendidas entre 40 y 59 años de edad que acuden como acompañantes al Centro de Atención y Educación al Diabético.
- ◆ Haber aceptado de forma voluntaria participar en la investigación
- ◆ No presentar discapacidad física y/o mental que le imposibilita su participación en la investigación.

Para dar salida a los objetivos No.1 y No 2 se utilizó un formulario de datos diseñado al respecto que permitió la recolección de la información para caracterizar a las mujeres del estudio, valorar su condicionamiento de género y profundizar en algunas características biológicas de este período de su vida.

Se utilizó la escala MRS versión chilena. La escala MRS es un instrumento de medición de calidad de vida específicamente desarrollado en la década de los noventa²²⁻²³ para ser aplicado en el climaterio, y que consta de un cuestionario breve de 11 preguntas, que deben ser contestadas directamente por la encuestada, sin la intervención del sesgo de encuestadores lo que a nuestro juicio representa una ventaja en términos de factibilidad al aplicar dicha escala. Traducción y adaptación cultural de la escala MRS: Basándose en la versión original de la misma y se revisó además la versión inglesa y latinoamericanas existentes²⁴, se elaboró una en español. Esta se tradujo al alemán y fue enviada a Heinemann y cols⁵¹, que la revisaron y aprobaron. Con estos antecedentes se confeccionó la versión chilena de la escala MRS, que es lausada en el estudio

(Anexo # 1)

El instrumento está compuesto de 11 ítems divididos en 3 sub-escalas o constructos:

- Somático: suma de ítems 1, 2, 3 y 4 (dividido por 4 en c/unidad observada).
- Psicológico: suma ítems 5, 6, 7 y 8 (dividido por 4 en c/unidad observada).
- Urogenital: suma ítems 9, 10 y 11 (dividido por 3 en c/unidad observada).

Cada ítem será graduado por la fémina de 0 (no molestias) a 4 (1= molestias leves; 2= molestias moderadas; 3= molestias importantes y 4= demasiadas molestias).⁵⁶ Para determinar el puntaje final del instrumento se sumarán los resultados obtenidos en cada constructo y se dividirá entre 3.

Para cada escala, se puede señalar que existe afectación de cada una de las funciones si el resultado es mayor de 2 y existe buena función en la medida en que el resultado sea 2 o menor al mismo, la persona tiene una alta calidad de vida.

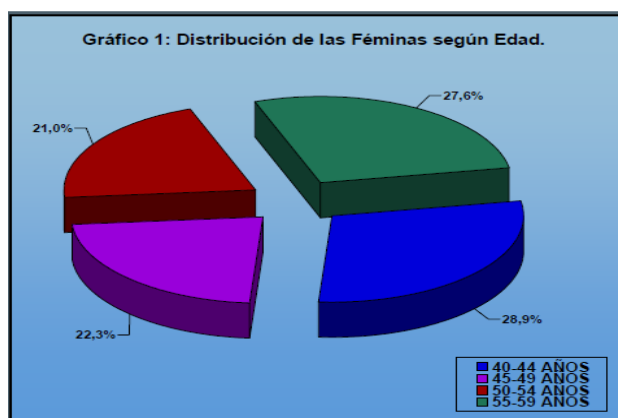
Resultados y discusión:

En el Gráfico 1 se muestra la distribución de las féminas según Edad. Predominó el

grupo etario de 40 a 44 años con un 28.9%, seguido del grupo de 55 a 56 años con el 27.6%. El 22.3% de las féminas correspondieron al grupo etario de 45 a 49 años y el 21.0% al grupo de 50 a 54 años de edad.

Estos resultados se corresponden con las características del universo de estudio, el

cual estuvo constituido por mujeres de edad mediana que acuden en calidad de acompañantes a la institución.



La edad promedio de las féminas fue de 49.47 años con una Desviación Estándar de 6.202 años.

Al distribuir las Féminas según Escolaridad y Estado Conyugal, el 86.8% (68 féminas) correspondió a las mujeres que mantienen pareja estable y el 13.2% (10 féminas) no mantienen pareja estable. Con relación a la Escolaridad, el 42.1% (32 mujeres) correspondió a las féminas con Secundaria Básica terminada, seguidas por las hanculminado el nivel Técnico (17.1%), 12 mujeres con Pre-Universitario (15.8%) y 11 del total con nivel Universitario (14.5%). En correspondencia con los avances sociales, y culturales de nuestro país, donde se ha incrementado el nivel

educacional de la población y especialmente de la mujer, así como su incorporación laboral cada vez más activa en nuestra sociedad.

Tabla 2: Distribución de las Fémimas según Categoría Ocupacional y Condicionamiento de Género.

Categoría Ocupacional	Condicionamiento de Género				Total	
	< 5		> 5			
	No	%	No	%	No	%
Obrero no Calificado	13	17,1	2	2,6	15	19,7
Obrero Calificado	0	-	8	10,5	8	10,5
Téc. Medio	10	13,2	6	7,9	16	21,1
Profesional	0	-	5	6,6	5	6,6
Dirigente	0	-	6	7,9	6	7,9
Jubilada	6	7,9	0	-	6	7,9
Ama de Casa	10	13,2	10	13,2	20	26,3
Total	39	51,3	37	48,7	76	100,0

La distribución de las Fémimas según Categoría Ocupacional y Condicionamiento de Género se muestra en la tabla No 2. Las Amas de Casa (20 mujeres para el 26.3%) mostraron un comportamiento con respecto al Condicionamiento de Género. Por su parte las Profesionales representaron el 6.6% del total de fémimas (5 mujeres) y las Dirigentes el 7.9% (6 mujeres) y la totalidad de ambos grupos mostraron un Condicionamiento de Género mayor de 5, lo que demuestra que las mismas poseen mayor recarga laboral, social y en muchos casos recarga familiar y que la ocupación no es el único factor que influye en el Condicionamiento de Género.

La Hipertensión Arterial (HTA) representó el 36.8%, seguida de la Cardiopatía Isquémica con un 25.0% y la Diabetes Mellitus con un 23.7%. Estos resultados están en correspondencia con las cifras reportadas en nuestro país, donde la HTA es una de las principales Enfermedades Crónicas que afectan a la población cubana y específicamente a las mujeres a partir de los 40 años, asociada su aparición a la etapa climática, lo mismo ocurre con la Cardiopatía Isquémica, la cual está en estrecha relación con la declinación de la función ovárica y la producción de Estrógenos por el mismo. Por su parte la Diabetes Mellitus ha

experimentado un incremento a nivel mundial y Cuba no está exento de este fenómeno; reportándose con mayor frecuencia su aparición en mujeres a partir de los 40 años.

En este gráfico se muestran los síntomas que se incluyen dentro del Síndrome Climatérico según las diferentes etapas del mismo.

Síntomas Circulatorios:

En la Pre-menopausia el 14.5% de las féminas presentan una intensidad de los síntomas circulatorios de asintomático o muy leve y el 13.2% los refieren como críticos.

Por otra parte, en la etapa de Post-menopausia temprana existió un franco predominio de las féminas que refirieron estos síntomas como críticos (25.0%).

En contraposición, en la etapa de Post-menopausia tardía el 11.8% refirió los síntomas circulatorios como asintomáticos o muy leves, el 6.6% como leve y el 13.2% los refirió como críticos.

Síntomas Psicológicos:

En todas las etapas climatéricas existió un predominio de los síntomas psicológicos

valorados como críticos por las mujeres estudiadas, se destaca el 19.7% del total en la etapa Peri menopáusica y el 25.0% en la Post menopausia temprana y tardía respectivamente.

Cabe señalar que la esfera psicológica es la más afectada en esta etapa de la vida y en la que se debe influir más directamente de forma positiva para lograr un mejoramiento de la calidad de vida.

Síntomas Genitourinarios:

Con relación a los síntomas genitourinarios observamos que en la Peri menopausia y la Post menopausia temprana las féminas los refirieron con una intensidad de asintomáticos o muy leves con el 9.2% y 11.8% respectivamente. Por otra parte, en la etapa Post menopáusica tardía el 19.7% de las mujeres del estudio los refirieron como críticos.

Estos síntomas se intensifican a medida que declina la actividad hormonal de la mujer como consecuencia del cese de la función ovárica.

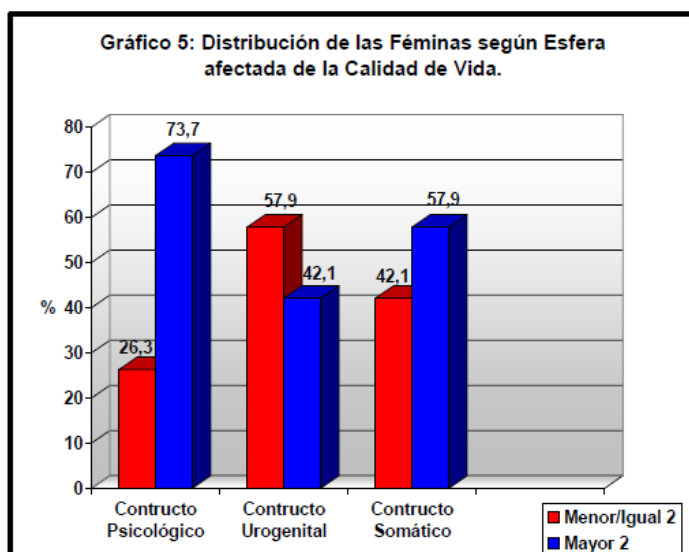
Síntomas Generales:

En la etapa Pre menopáusica y Peri menopáusica el 2.6% respectivamente de las féminas incluidas en la investigación refirieron los síntomas generales con una intensidad crítica, mientras que en la etapa Post menopáusica temprana

ascienden al 10.5% y los refirieron con una intensidad crítica, en la etapa de Post menopáusica

tardía asciende al 23.7%.

En las féminas estudiadas la edad promedio de la menopausia es de 44.94 años con una desviación estándar de 7.289 años, una edad mínima de 28 años y una edad máxima de 55 años.



Al analizar la distribución de las féminas según esfera afectada de la Calidad de Vida

observamos que el 73.7% presentaba una mala calidad con relación al Constructo Psicológico (> 2), resultados similares ocurren en el constructo somático donde el 57.9% de las mujeres presentaba similares características.

Sin embargo, en el constructo urogenital predominó en el grupo de féminas con buena

calidad (< 2) con un 57.9%. El constructo psicológico juega un papel importante en la Calidad de Vida seguido del constructo somático, no ocurriendo así con el constructo urogenital.

Tabla 5: Distribución de las Fémimas según Etapa Climatérica y Calidad de Vida.

Etapa Climatérica	Calidad de Vida				Total	
	< 2		> 2			
	No	%	No	%	No	%
Premenopausica	17	22,4	6	7,9	23	30,3
Perimenopausia	0	-	2	2,6	2	2,6
Postmenopausia Temprana	11	14,5	14	18,4	25	32,9
Postmenopausia Tardía	16	21,1	10	13,2	26	34,2
Total	44	57,9	32	42,1	76	100,0

Al analizar esta tabla observamos que 22.4% (17 mujeres) se encuentran en la etapa

Pre menopáusica con una buena Calidad de Vida, seguidas de las que se encuentran en la etapa Post menopáusica tardía 16 fémimas para un 21.1%. El 32.9% corresponden a las mujeres que se encuentran en la etapa Post menopáusica temprana y el 18.4% de las mismas con una mala Calidad de Vida, seguidas de las que se atraviesan la etapa Post menopáusica tardía con un 13.2%. Estos resultados demuestran que en la etapa de Post menopausia Temprana es donde más se afecta la Calidad de Vida y es donde más afloran los síntomas circulatorios, generales, genitourinarios y psicológicos que conforman el Síndrome Climatérico.

Al relacionar la Calidad de Vida con la ISC vemos que el 51.3% de las fémimas estudiadas poseen una intensidad de Crítico/Severo del Síndrome Climatérico (39

mujeres), 28 de estas mujeres (36.8%) tienen una mala calidad de vida. Cabe señalar que de las 57.9% de las que tienen una buena calidad de vida, el mayor porcentaje se encuentra en los grupos de ISC Asintomático o muy Leve (13.2%), Leve (10.5%) y Moderado (19.7%). Por tanto, es evidente que la ISC influye directamente sobre la Calidad de Vida de las mujeres de edad mediana.

Al indagar sobre la apreciación personal de las fémimas estudiadas y su relación con la Calidad de Vida observamos que el 71.1% (54 mujeres) refirieron no sentirse preparadas para enfrentar esta etapa de la vida, teniendo una mala calidad de vida el 38.2% de estas.

Estos resultados demuestran el desconocimiento que existe en la población y especialmente entre las mujeres acerca de esta etapa de la vida, la que requiere

de una atención diferenciada sin menospreciar o sobredimensionar la misma, ya que

constituye una etapa más en la vida de toda mujer.

Los resultados de la investigación fueron altamente significativos, lo que se corrobora con la Prueba de $\chi^2 = 10,295$, con un gl de 1 y $p = ,001$; Prueba de McNemar: ,000 y una Razón de Ventajas para Preparadas (Sí/No): 7,347, lo que demuestra que las féminas que se perciben preparadas para enfrentar esta etapa tienen 7,347 veces más probabilidades de tener mejor Calidad de Vida.

Conclusiones

La presencia de algunas Enfermedades Crónicas asociadas a la etapa climatérica, la sobrecarga por razones de género y una mayor intensidad del Síndrome Climatérico influyen directamente en la Calidad de Vida de las mujeres.

Bibliografía

1. Quirantes Hernández A, López Gómez L, Cúvelo Serra W, Montalvo Luna JA. Calidad de vida en el paciente diabético. Revista Cubana Med General Integ. 2000; vol 16: 42-45.
2. Montes Castillo M. Editorial Calidad de vida. Revista Mexicana de Medicina y Rehabilitación. 2006; vol 18: 5-6.
3. Rodríguez JM, Rodríguez R. Adaptación y Validación del instrumento de calidad de vida. Revista Mexicana de Medicina y Rehabilitación. 2006; vol 48: 200-211
4. Isac Juez LM; Corrales Paz I y Gómez Almira D. La Enfermera del plan médico de la familia en el control del paciente diabético. RevCubanaEnfermer. [online]. Mayo-ago. 2001 [citado 21 Marzo 2007]; 17(2). Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.
5. Quirantes Hernández A, López Granja L, Curbelo Serrano V, Jiménez Armada J, Quirantes Moreno A, Mesa Rosales M. Programa "Mejorar la calidad de la vida del paciente diabético": Resultados finales sobre mortalidad. RevCubanaMed GenIntegr [periódico en la Internet]. 2005 Ago [citado 2008 Junio 18]; 21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300002&lng=es&nrm=iso.

6. Socarrás Suarez MM, BoletAstoviza M, CastañedaAbascal I. Health state of the third age workers at "General Calixto Garcia" Hospital. Rev Cabana. Invest Biomed. [online]. July-Sept. 2006[cited 21 March 2007]; 25(3). Available from WorldWide Web:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000300005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0864-0300.
7. Ejercicios para la Diabetes Mellitus tipo 2 [Videocassette]. España: bibliotecacochane plus; 2006.
8. Osa J de la. Salud y calidad de vida. Respeto a la dignidad humana. PeriódicoGranma. 2001 agosto 1; Secc. 2
9. Lugones Botel M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. RevCubanaMed Gen Integr. [serie en Internet]. 2002 [citado 23 Abril 2008]; 4(18): [aprox 3p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_4_02/mgi1342002.htm
10. Mejas R, Dumas D. Asesoramiento dietética para el tratamiento de la diabetes tipo2. Revista Cocheane. 2006; vol 2: 3-5
11. Valenciaga JL. Día mundial de la diabetes 2005. RevCubanaMed Gen Integr[periódico en la Internet]. 2005 Ago [citado 2008 Julio 18]; 21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300001&lng=es&nrm=iso.
12. Yanes Calderón M, Chio Naranjo I. Calidad de vida en la mujer de edad mediana. RevCubanaMed Gen Integr. [serie en Internet]. 2004 [citado 23 Abril 2008]; 20(2):[aprox 2p.]. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_2_04/mgi03204.htm
13. Colaboradores de Wikipedia. Climaterio [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre,2008 [fecha de consulta: 18 de marzo del 2008]. Disponible en:<http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Climaterio&oldid=15901965>.
14. Lugones Botell M. La salud integral de la mujer en el climaterio y la menopausia. Rev Sexología y Sociedad 2003; 9(23):28-32.
15. López Martínez A, González Candelas R. Actualización en Menopausia: Abordajedesde Atención Primaria. I Jornada de actualización SVMFiC. Revista Valencianade Medicina de Familia. [en línea]. 2006 [citado 23 de abril 2008]; 15: [aprox 4p.]. Disponible en: <http://www.svmfyc.org/Revista/15/Actualizacion.pdf>

16. Pérez Piñero JS, Bayarre Veá HD, Navarro Despaigne D. El Climaterio y la Menopausia como expresión del envejecimiento femenino. GEROINFO. RNPS.[en línea]. 2007 [citado 23 abril 2008]; 2 (1): [aprox 4p.]. Disponible en:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/menopausia_y_envejecimiento.pdf
17. Becerra Fernández A. La menopausia: una etapa de la vida de la mujer. En: Becerra Fernández A. La edad de la menopausia. Madrid: Díaz de Santos. p.2003,1-16.
18. Parra Armendáriz M, Carrasco Salazar O, Villa Vega S. La menopausia en el siglo XXI. Rev Centroamericana Obstet Ginecol 2002; 11(4):8-17.
19. Editorial: Día mundial de la menopausia. Jano profesional 2001; 61 (1403):9.
20. Lugones Botell M, Valdés Domínguez S, Pérez Piñero J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (I). Rev Cubana Obstet Ginecol [periódico en la Internet]. 2001 Abr [citado 2008 Abril 18]; 27(1). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100003&lng=es&nrm=iso.
21. Proyección de la población cubana 2006-2030 [homepage on the Internet]. Cuba: Oficina Nacional de Estadísticas. [actualizado enero 2007; citado 12 enero 2008]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introducción>.
22. Heinemann K, Assmann A, Möhner S, Schneider HPG, Heinemann LAJ. Reliabilität der menopause rating-skala (MRS). Untersuchung für die Deutsche Bevölkerung. Zentralbl Gynakol 2002; 124:161-3.
23. 52. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HPG, Strelow F, Heinemann L, et al. The menopause rating scale (MRS) scale: A methodological review. Health Qual Life Outcomes 2004; 2:45-52.
24. Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HPG. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes [on line]. 2003 [citado 12 enero 2008]; 1:28. Disponible en: www.hqlo.com/content/1/1/28.

Temática: Enfermedades crónicas no transmisibles.

TITULO: CALIDAD DE VIDA VS MUJER, DIABETES MELLITUS Y CANCER

QUALITY OF LIFE VS WOMEN, DIABETES MELLITUS AND CANCER

.Autores Dra. Gloria Isabel Lara Calderin E-mail: glorialc@ jagua cfg, sld.cu Policlínico área 3 Cienfuegos Cuba .Master en Longevidad Satisfactoria Dr. Eduardo Antonio Milian Lara E-mail: eduardo.milian@gal.sld.cu Policlínico área 3 Cienfuegos Cuba E-mail: Dra. Marivel García Jiménez marivel gj631115@minsap.cfg.sld.cu Policlínico área 3 Cienfuegos Cuba

RESUMEN

Introducción: La diabetes y el cáncer son dos enfermedades que ocasionan la 2da y 8va causa de muerte en Cuba en la última década de mayor frecuencia en la mujer

Objetivos:- Evaluar la calidad de vida de las diabéticas con diagnóstico de cáncer en la consulta de atención al diabético en el Policlínico Universitario Octavio de la Concepción y de la Pedraja de Cienfuegos.

Diseño Metodológico: Se realizó un estudio en servicio de salud longitudinal retrospectivo Policlínico área 3 " del municipio Cienfuegos. En el período comprendido entre los años 2009 al 2017. La muestra es de 66 mujeres diabéticas con cáncer que han sido evaluados en la consulta de atención al diabético residente en el área. La herramienta utilizada para evaluar la calidad de vida fue el ECOG

Resultados:-El 81,8 % es del grupo etáreo de 60 años y mas, el 90,7 %, el único factor de riesgo que predomino fue la diabetes en 92,4% la obesidad 48,5 %. El 43,9 % tiene mas de 5 años de evolución de su enfermedad El 30,3 % la localización mas frecuente fue mama18,6% colon 16,6 % y cervico uterino, pulmón 7,6 %..La calidad de vida la codificación es del 92,4 % considerándose buena. La supervivencia fue 34,9 % entre 5-9 años Las causas de mortalidad son las localizaciones de colon y mama 33,3,% las defunciones en estos años han sido de un 31,8%

Conclusiones:- Las localizaciones mas frecuentes de cáncer en diabéticos es mama cérvico uterino colon y pulmón. La calidad de vida de los diabéticos con cáncer es buena por el sistema socioeconómico de Cuba.

Palabras Claves: Diabetes/cáncer /factores de riesgo/Supervivencia/Calidad de vida.

SUMMARY

Introduction: Diabetes and cancer are two diseases that cause the 2nd and 8th causes of death in Cuba in the last decade of greater frequency in women

Objectives: - To evaluate the quality of life of diabetics with a diagnosis of cancer in the diabetic care clinic in the Octavio de la Concepción y de la Pedraja University Polyclinic .Cienfuegos

Methodological Design: A study was carried out in a retrospective longitudinal health service Polyclinic area 3 " of Cienfuegos municipality. In the period between the years 2009 to 2017. The sample is of 66 diabetic women with cancer who have been

evaluated in the consultation of attention to the diabetic resident in the area. The tool used to evaluate the quality of life was the ECOG

Results: -The 81.8% is from the age group of 60 years and more, 90.7%, the only risk factor that predominated was diabetes in 92.4% obesity 48.5%. 43.9% have more than 5 years of evolution of their disease 30.3% the most frequent location was breast 18.6% colon 16.6% and cervical uterus, lung 7.6% .. Quality of life coding is 92.4% considering itself good. Survival was 34.9% between 5-9 years The causes of mortality are colon and breast sites 33.3,% deaths in these years have been 31.8%

Conclusions: - The most frequent locations of cancer in diabetics is cervical and colon lung and lung. The quality of life of diabetics with cancer is good for the socioeconomic system of Cuba.

Key words: Diabetes / cancer / risk factors / Survival / Quality of life.

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades no transmisibles, es de uno de los cuatro programas priorizados en Cuba en la atención primaria dentro de estas enfermedades se encuentra como un problema de salud la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, poligénica que afecta no solo el metabolismo de los carbohidratos, sino el de las proteínas y lípidos, caracterizada por presentar hiperglucemia a causa del déficit en la secreción de insulina, insulina-resistencia o combinación de ambos mecanismos, asociado al desarrollo de complicaciones macro y micro vasculares. y el cancer , es la proliferación de células cuyo rasgo característico (pérdida de los mecanismos normales de control) tiene como resultado un crecimiento sin regulación, ausencia de diferenciación, invasión de tejidos locales y metástasis las localizaciones mas frecuentes son;- mama,cervico-uterino,-, pulmón, colon, bucal. (1)La mayoría de los cánceres son potencialmente curables si se detectan en fases tempranas. Mediante la realización de autoexploraciones, los pacientes pueden reconocer los signos precoces de algunas neoplasias. Las pruebas diagnósticas y el tratamiento son esenciales para obtener unos resultados óptimos. Cuando existen posibilidades razonables de curación o de paliación, los médicos deben discutir todas las opciones terapéuticas. (1-3)

Ambas enfermedades afecta a gran número de personas, con un aumento “progresivo y explosivo ” de su prevalencia y mortalidad , esto último lo relaciona la OMS con el crecimiento y envejecimiento de la población, el incremento de la obesidad, hábitos erróneos de la alimentación y modos y estilos de vida no saludable ,(4, 5)

El diabético muere de sus complicaciones y no de su enfermedad, existiendo con el de cursar de los años mayor posibilidad mientras más años conviva con la enfermedad. Varios autores señalan que después de los 5 años de iniciada la enfermedad pueden comenzar las complicaciones tardías o crónicas que se relacionan directamente con el control metabólico que se haya tenido, así como el lecho vascular y los factores de riesgo sobre todo cardiovascular.De manera similar se comporta la mortalidad por neoplasias en nuestro país, con una estadística que se ha ido incrementando, como se evidencia en el Anuario Estadístico Nacional, con una tasa de mortalidad por esta causa de: 198,4 en 2010, de 194,2 en el 2011, con 201,4 para el 2012, con 205,9 para el 2013, y en el 2014 con 212,6.(6,7)

La prevalencia de Diabetes en el mundo en población adulta de 45 a 64 años es de 38,5 similar a América Latina y el Caribe es de 4,5 a 5 de tasa. En las Américas las tasas son de En Cuba la tasa de prevalencia es de 31,7 y en Cienfuegos es de 21,6. (6)

Factores de riesgo no modificables

Edad y género: el riesgo de desarrollar cáncer y diabetes aumenta a medida las mujeres tienen más de 50 años. Antecedentes familiares en la diabetes tipo 2 al igual que cáncer uterino, cáncer ovárico o cáncer de colon. Alrededor del 20 al 30% de las mujeres Consumo de alcohol: el consumo de más de 1 ó 2 vasos de alcohol al día puede incrementar el riesgo de cáncer Hormonoterapia: Obesidad: Antecedentes personales de pólipo adenomatoso. Historia de cáncer. Herencia: Historia en la familia de cáncer I, en especial de un familiar cercano menor de 55 años o múltiples familiares. Tabaquismo: Por razón de que todos los tipos de cáncer son enfermedades que alteran el ADN celular, son células cuyos oncogenes han sido activados por razón de una mutación en el ADN. Por ello, ciertos hábitos, como el tabaquismo—que está asociado a cerca del 75% de los cánceres es tanto el humo como el calor emanado de un cigarrillo, cigarros y pipas. El tabaco contiene más de 19 carcinógenos conocidos, y la combustión de éstos y sus productos secundarios, es el principal modo de acción.. (7-13)

Virus del papiloma humano El VPH (virus del papiloma humano), en especial las cepas 16 y 18—existen más de 100 variedades—es uno de los factores de riesgo y agentes causales independientes de cáncer de boca. El VPH 16 y 18 son el mismo virus que causa la gran mayoría de cáncer cervical y es la forma de enfermedad de transmisión sexual más común en los Estados Unidos..(14)

Lograr mejorar la calidad de vida en pacientes con estas enfermedades así como también prolongar la supervivencia siendo un problema de grandes costos económicos, sociales y psicológicos, pero en su mayoría solo tratamos la enfermedad, y no nos detenemos en los factores de riesgo que pueden contribuir a desencadenar estas enfermedades 15

El Policlínico Área III de Cienfuegos presenta una población de 17 356, de ellos diabéticos 1020 pacientes, representando el 6,4% de la población total del área, han presentado cáncer 66 diabéticas siendo la primera causa de mortalidad y no sus complicaciones. se plantea como objetivo para la presente investigación evaluar la calidad de vida de las pacientes diabéticas con cáncer en el Policlínico Universitario Octavio de la Concepción y de la Pedraza del municipio de Cienfuegos años 2009- I 2017.

DESARROLLO

DISEÑO METODOLÓGICO Con el propósito de evaluar la calidad de vida de las pacientes diabéticas con cáncer en la consulta de atención al diabético en el Policlínico Universitario Octavio de la Concepción y de la Pedraza del municipio de Cienfuegos en los años 2009- 2017 se desarrolla un estudio analítico, de cohorte, longitudinal retrospectivo en servicios de salud. La muestra está constituido por 66 pacientes mujeres con diabetes y cáncer que asistieron a la consulta de Atención al Diabético de

dicha institución durante el periodo ya referido La herramienta utilizada para evaluar la calidad de vida fue el ECOG 16

Se solicitó el consentimiento informado de forma escrita de cada uno de las participantes en el estudio.

Para realizar la investigación se utilizaron los datos obtenidos a través de las historias clínicas individuales de los pacientes estudiados y atendidos en la consulta de Diabetes Mellitus del Área de Salud III, que se le aplicó el cuestionario ECOG Para dar cumplimiento a los objetivos planteados se aplicó además un instrumento que proporcionó la recogida de los datos sobre evaluación del paciente.

La revisión de las historias clínicas y la aplicación del instrumento se realizaron por los autores de la investigación, además se aplicaron técnicas de investigación, insertadas en un sistema de métodos y de procedimientos estadísticos. Para dar cumplimiento a los objetivos planteados se aplicó un instrumento (cuestionario).

Las variables registradas corresponden a: edad, años de evolución de la diabetes y el cáncer , , para valorar la calidad de vida se aplico el ECOG en escala del 1 al 5 considerándose buena el 1,2 regular el 3 y 4 y 5 mala

Las técnicas estadísticas aplicadas son de tipo descriptivas con distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. Las presentaciones de los resultados obtenidos se realizaron mediante tablas y gráficos. El procesamiento de la información se realizó mediante una computadora personal Pentium 4 con ambiente de Windows XP y el paquete computacional MSWord XP como procesador de texto. Se utilizaron además las pruebas de significación estadística necesarias con una exigencia del 95%, a través del programa estadístico microsta.exe, con la escala siguiente: probabilidad (p); $p > 0.05$ no significativo, $p < 0.05$ significativo, $p < 0.01$ muy significativo, $p < 0.001$ altamente significativo

RESULTADOS Y DISCUSION Al caracterizar a las diabéticas con cáncer los grupos etáreos que prevalecieron fueron los de 60 años y mas en un 81,8 % siguiéndole los de 20 a 59 años en un 18,2 %, como se muestra en la tabla # 1

Tabla # 1 Mujer, diabetes cáncer CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

GRUPOS ETAREOS	No	%
20 - 59 años	12	18,2
60 años y mas	54	81,8
TOTAL	66	100

Nuestros resultados se corresponden con la pirámide poblacional del área, así como de la provincia y Cuba. El cáncer es la enfermedad oculta por excelencia en los ancianos producto del envejecimiento ya que es un grupo poblacional con depresión del sistema inmunológico, así esta descrito en múltiples literaturas (17,18)

La tabla # 2 El tiempo de evolución natural de la enfermedad para la diabetes fue de 43,9 % en mas de 5 años, para el cáncer de 40,9 % entre 5 y 9

TABLA # 2 Mujer, diabetes cáncer TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

AÑOS DE EVOLUCION	Diabetes	Cáncer	Nº	%
1 a 4 años	27	27		40,9
5 a 9 años	29	27		43,9
10 y más años	10	12		15,2
TOTÁL	66	66		100

En Cuba se trabajo fuerte para disminuir la mortalidad por cáncer en el 2015,por lo cual se crea el programa de control de cáncer vigente en nuestro país desde el año 1995 ,en el año 2008 se le hacen modificaciones al incrementarse la mortalidad por esta causa pasando su control para la Atencion Primaria de Salud siendo nuestros resultados el esfuerzo del Ministerio de Salud Pública por disminuir y diagnosticar precozmente las enfermedades crónicas no transmisibles (19)

La tabla # 3 muestra los factores de riesgo mas frecuentes detectados en los diabéticos con cáncer.

La diabetes es el factor de riesgo que predomina en 100 % siguiéndole la obesidad que es un factor de riesgo para las dos enfermedades en un 48,5 % El tabaquismo en un 27,3 % Los antecedentes familiares en un 18,2 %

Tabla # 3 Mujer, diabetes cáncer FACTORES DE RIESGO

FACTORES RIESGO	No	%
Obesidad	32	48,3
Tabaquismo	18	27,3
Antecedentes patológicos familiares	12	18,2
Diabetes	66	100

El tabaquismo que está asociado a cerca del 75% de los cánceres de la boca causa una crónica irritación de las membranas mucosas de la boca, tanto el humo como el calor emanado de un cigarrillo, cigarros y pipas. El masticar o inhalar tabaco causa irritación por contacto directo con las membranas mucosas. En muchas de las culturas asiáticas se mastica betel—denominado PAAN como estimulante, antiséptico y eliminar el aliento desagradable—y Areca—también usado como estimulante—los cuales están fuertemente asociados al desarrollo de cáncer bucal. En la India, donde dichas prácticas son comunes, el cáncer oral representa un 40% de todos los tipos de cáncer, comparado con tan solo un 4% en el Reino Unido. El consumo de licor es otra actividad

que le acompaña un alto riesgo de cáncer de boca.. Las personas que fuman cigarros puros y pipas tienen un riesgo mayor de cáncer de pulmón que las personas que no fuman Nuestros resultados coinciden con otros estudios realizados sobre factores de riesgo de cáncer, (12-,14)

La tabla # 4 muestra la relación que existe entre las distintas localizaciones del cáncer en los diabéticos. El de mama es el mas frecuente un 30,3 %. Siguiéndole el de colon en 16,6% así como el cervico uterino , y pulmón en un 7,6 %. Entre de las 7 principales localizaciones de prioridades del programa Nacional de Cáncer en Cuba. Piel y hemolinfopoyetico 6,1% Laringe 3%

Tabla # 4 Mujer, diabetes cáncer LOCALIZACIONES

LOCALIZACION	No	%
Mama	20	30,3
Cervico –uterino	5	7,6
Colon	11	16,6
Bucal	2	3,0
Pulmón	5	7,6
Ginecológica	6	9,1
Piel y Hemolinfopoyetico	4	6,1
Laringe	2	3,0
Otras localizaciones	7	10,6
TOTAL	66	100

Las localizaciones del cáncer se comportan en nuestro estudio similar a la media nacional, como se recoge en el anuario estadístico del 2009 en indicadores básicos y el Programa Nacional de Cáncer Cubano. Aunque por los medios de difusión masiva, la medicina familiar aún queda mucho que trabajar en cuanto a prevención de los signos de alerta atendiendo a las diferentes localizaciones Las localizaciones de estos canceres coinciden con los mas frecuentes en los últimos dos años 2014-2016 que ocupan la primera causa de muerte en los países desarrollados y en Cuba.(1,15-20).

Al aplicarle el cuestionario ECOG validado por la Organización Mundial de la Salud nuestras mujeres en su mayoría no presentan ninguna discapacidad aunque presenten esta terrible enfermedad para un 81,8 %.

Tabla # 5 Mujer, diabetes cáncer EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS DIABETICOS CON CÁNCER

ECOG	No	%
Grado 0	31	47,0
Grado 1	15	22,7
Grado 2	8	12,1
Grado 3	8	12,1
Grado 4	2	3
Grado 5	2	3

EN estudios realizados en el centro de control del cáncer es el que se aplica siendo nuestros resultados similares a los realizados por ellos en el INOC . En La Atención Primaria de Salud solo se ha aplicado en las provincias que están realizando el Ensayo Clínico de la vacuna CIMAvax - IGF El cuestionario es fácil de aplicar solo con la observación del medico al paciente y de esta forma poder evaluar una terapéutica a seguir así como el pronóstico del paciente evaluando su calidad de vida de buena si tiene 0,1 ,2 en la escala de regular si tiene 3 y 4 ,5 de mala en la escala El contrito calidad de vida para su evaluación tiene que ser medible, partiendo que la calidad de vida es tridimensional podemos garantizar que las mujeres con cáncer en Cuba los logros en la calidad de vida de ellas, esta dado por el sistema socio económico, y el sistema nacional de salud.(16,19-)

La tabla # 6 La mayor supervivencia de evolución natural de la enfermedad en el 40,9 % entre 5 a 9 años, siguiéndole los de de 1 a 4 años en un l 34,8 %

TABLA # 6 Mujer, diabetes cáncer SUPERVIVENCIA

Supervivencia	No	%
1 a 4 años	23	34,8
5 a 9 años	27	40,9
10 y más años	16	24,3
TOTAL	66	100

Creemos esta larga supervivencia esta en dependencia de nuestro sistema nacional de Salud donde la medicina es gratuita, con acceso de toda la población a los servicios de salud, donde han tenido posibilidad una vez diagnosticada la enfermedad recibir tratamiento tanto quirúrgico como radiante o quimioterapia, la emancipación de la mujer así como a la educación sobre salud que la Organización de las mujeres ha llevado a

cabo en estos 50 años de Revolución como bien señala nuestro comandante Fidel Castro Ruz en su libro Mujer y Revolución(19,20)

La tabla # 7 La mayor mortalidad según localizaciones fue el de colon y mama el de mayor frecuencia en 33,3 %,seguido de pulmón 23,8 % para una tasa de mortalidad de un 31,8 %

TABLA # 7 Mujer, diabetes cáncer CAUSAS DE MORTALIDAD

CAUSAS DE MORTALIDAD	Defunciones	%
PULMON	5	23,8
MAMA	7	33,3
COLON	7	33,3
CERVICOUTERINO	2	9,5
TOTAL	21	31,8

El cáncer es en la actualidad una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Aproximadamente un 30 % de las muertes por cáncer se deben a factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingestión reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol. El 40 % de los cánceres son prevenibles y otro 30 % curables Tendencia ascendente de la mortalidad por cáncer en Cuba. Programa de Control Integral del Cáncer Nuestros resultados coinciden con el comportamiento de la mortalidad en la en la provincia de Cienfuegos en los años 2004 al 2013 donde se estudiaron 7639 fallecidos por esa causa siendo los municipios de Cumanayagua con una tasa de mortalidad en 28,1 y el de Cienfuegos con una tasa de 27,6 mayor que la provincia en un 26,4. Los grupos ectareos que mas defunciones aportaron en estos años fueron en los mayores de 60 años 78,1% Las localizaciones mas frecuentes en la mujer fue mama 14,1 % colon 13,8 % y cervico uterino un 10,3%(18-20)2

CONCLUSIONES

:- Las localizaciones mas frecuentes de cáncer en diabéticas es mama cérvico uterino colon y pulmón. La principal causa de mortalidad en las diabéticas con cáncer es el de mama y colon, mueren de cáncer y no de las complicaciones severas de la diabetes La calidad de vida de los diabéticos con cáncer es buena por el sistema socioeconómico de Cuba

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Díaz Naya L, Delgado Álvarez E. Diabetes mellitus. Criterios diagnósticos y clasificación. Epidemiología. Etiopatogenia. Evaluación inicial del paciente con diabetes. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. Sep 2016 [citado 25 Ene 2018];12(17):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216301421>
2. Repositorio Universidad de Guayaquil [Internet]. VelasteguíEguez JE, Ortiz Arauz A. Factores de riesgo y determinación de hemoglobina glicosilada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital Universitario, desde enero del 2009 a diciembre del 2013 [tesis]. Guayaquil : Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Químicas; 2015 [citado 25 Ene 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduq/11518>
3. Repositorio Universidad Nacional de Loja [Internet]. Garcés Loyola BP, Pintado Lima MS. Factores asociados al incremento de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo II en el Área de Clínica del Hospital San Vicente de Paul de Pasaje 2015-2016 [tesis]. 2016 [citado 25 Ene 2018]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17091>
4. Contreras F, Barreto N, Jiménez S, Terán L, Castillo A, García M, et al. Complicaciones macrovasculares en diabetes tipo 2 asociación con factores de riesgo. AVFT [Internet]. 2000 [citado 30 Ene 2018];19(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/7711
5. Mora-Morales E. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. Acta méd. costarric [Internet]. 2014 Apr.-Jun. 2014 [citado 30 Ene 2018];56(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200001&lng=en
- 6 . - Cuba. Ministerio de Salud Pública Programa de Control de Cancer. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de La Habana. 2017.
- 7 OMS. Unión contra el cáncer(UICC)[Internet].2012 [citado 12 Oct2012]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- 8 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2016. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de La Habana. Dirección Nacional de Estadísticas 2017. Pág. 69
- 9.OMS Definición de cáncer. [Internet]. [actualizado 2 Abr 2012; citado 28Nov 2012]; Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-ecos> de cáncer
- 10.Palomba R. Calidad de vida: conceptos y medidas [monografía en Internet].Santiago, Chile: CELADE [citado 9 de Julio 2010].Disponible en: http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf
- 11.- Domínguez E. Impacto de la mortalidad en los años de vida saludable perdidos debido a la diabetes mellitus en Cuba. IV Congreso Internacional de Diabetes controlando la diabetes y sus complicaciones más severas. La Habana; Dic 8-12; 2014.

12- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Oficina Regional de Estadísticas. Encuesta CARMEN. Cuba: MINSAP, 2017.

13. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles. En: Estadísticas de salud en las Américas. Washington: OPS; 2013 .p.76.

14. Castro Ruz F. Mujer y revolución. Federación de Mujeres Cubanas. Editorial de la Mujer.2010;31.

15 Cruz González P, Carballo Espinosa RR, Valdivia Domínguez A, Massip Nicot J, García Higuera LR. Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].2011[citado 11 Abr 2013];27(1):[aprox. 7p.].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100009&lng=es&nrm=iso

16.- Orduñez P. Enfermedades no transmisibles: una perspectiva de la OPS/OMS. Convención Internacional Cuba Salud. La Habana, Cuba abr. 2015.

17.- Medline Plus. [Internet].Información de Salud para usted. Diabetes. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE:UU. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm>

18.- Quirantes Hernández A, López Granja L, Cúvelo Serrano V, Jiménez Armada J, Quirantes Moreno A, Mesa Rosales M. Programa mejorar la calidad de la vida del paciente diabético. Resultados finales sobre mortalidad. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 [citado 25 Ene 2018];21(3-4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19.-Ibala C, Leblao ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev. Panam Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 12 Ene 2018];17(5/6):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n5-6/307-322/>

20.-Bergantiño N. Mortalidad por tumores malignos en la provincia Cienfuegos, años 2004-2013 Convención Internacional Cuba Salud. La Habana, Cuba abr. 2015.

ANEXO

". La escala ECOG se puntúa de 0 a 5 y sus valores son: * ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria. * ECOG 1: El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.* ECOG 2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales sólo.* ECOG 3: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.* ECOG 4: El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.* ECOG 5: El paciente está moribundo o morirá en horas.

CALIDAD EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Autores:

Yaniesky Abreu Álvarez. Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”.

Camilo Rodríguez Pérez. Licenciado en enfermería. Master en Urgencia Medicas

Yusleidis Fernández Rabaza. Profesora Asistente. Master en Atención Integral a la mujer.

Resumen

Fundamentación: La enfermería lleva implícito dedicación, amor a la profesión, sacrificio y abnegación al cuidado del individuo sano o enfermo. La formación profesional y orientación vocacional son tareas que se inician desde los estudios que preceden a la Universidad. El objetivo fundamental en la formación de los profesionales, es que estos sean altamente calificados, humanos y solidarios función que lleva a cabo las Facultades, Institutos Universitarios y Escuelas de Enfermería del país. **Objetivo:** valorar el proceso de formación de profesionales de enfermería y su relación con la calidad del graduado. **Conclusión:** El centro de Educación Superior donde se forman profesionales de enfermería tiene la misión de mantener una actitud de cambio y transformación permanente, logrando como consecuencia mejorar la calidad de la atención de enfermería al individuo sano o enfermo, con altos valores solidarios, éticos, estéticos, humanitarios y amor por su profesión.

Palabras clave: *calidad, formación profesional, proceso docente educativo*

Introducción

La enfermería como profesión es tan antigua como la medicina, así como el estudio de la misma.

El estudio de las carreras de Ciencias Médicas, trae consigo una gran polémica, pues son muchos los que desde niños sienten la vocación por ser médicos o estomatólogos y un bajo porcentaje se decide al estudio de la Enfermería. La enfermería lleva implícito dedicación, amor a la profesión, sacrificio y abnegación al cuidado del individuo sano o enfermo.

Una tarea fundamental es la orientación profesional iniciada en sus precedentes desde edades tempranas al arribo a la Universidad, a través de conferencias, círculos de interés, Día de las Puertas Abiertas, visitas especializadas, con el objetivo de despertar el interés y motivación por la especialidad.

El objetivo fundamental en la formación de los profesionales, es que estos sean altamente calificados, humanos y solidarios función que tienen cada uno de los centros encargados dígame: Institutos Superiores de Ciencias Médicas, Facultades y Escuelas de Enfermería de Cuba, por lo que este nivel educativo tiene la misión de formar enfermeros capaces de mantener una actitud de cambio y transformación permanentes en beneficio de la humanidad, logrando la satisfacción de las necesidades básicas del hombre sano o enfermo para promover, preservar o restablecer la salud del individuo, la familia y la comunidad.¹

En todo este proceso de formación profesional se utiliza el proceso de atención de enfermería (PAE), que le imprime el carácter científico a esta profesión y para su aplicación el estudiante debe caracterizarse por ser: sensible, disciplinado, humano, capaz, solidario, ético en su profesión, amable, abnegado, sacrificado, investigador, poseer un sentido especial de la vida, amor por su profesión, que es el sentimiento más puro que puede caracterizar la imagen del estudiante de esta especialidad.

Sin embargo el ingreso a la carrera no es una prioridad para los jóvenes, situándose la enfermería como una tercera opción o el eslabón de cambio para otras carreras de las Ciencias Médicas.

Teniendo en cuenta que la disciplina de enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento, consideramos de vital importancia lograr una formación profesional que garantice la calidad del egresado teniendo en cuenta su perfil de salida.

Por todo lo antes expuesto se realiza una valoración sobre el proceso de formación de profesionales de enfermería y su relación con la calidad del graduado.

Desarrollo

Existe una interrelación escuelas - unidades asistenciales las cuales comparten responsabilidades comunes en la docencia y en la atención, sin descuidar sus responsabilidades específicas. La integración docente asistencial investigativa se complementa con la utilización de los recursos formales, la formación debe superar la simple capacitación técnica, educando para el compromiso social y para el cambio. Además de lo expresado anteriormente, la integración docente asistencial investigativa propicia una preparación científico-técnica de mejor calidad.

El alto nivel científico técnico del personal de la salud, el desarrollo de las investigaciones, los cambios favorables observados en el estado de salud de la población, la accesibilidad de los servicios de salud, el desarrollo de la estrategia de atención primaria a partir del médico y la enfermera de la familia, son expresiones de la integración docente asistencial investigativa en nuestro país. Por lo que desde su formación, el estudiante de enfermería debe lograr una imagen que responda a las exigencias de su profesión, con el objetivo de satisfacer las necesidades y problemas del hombre sano o enfermo.

Sus fundamentos dan sustento a una práctica, profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico-técnico. Acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de la sociedad. Así, la calidad se ha convertido en un elemento esencial de los servicios de salud.

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad; se determina a partir del buen desempeño profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente, un alto grado de satisfacción de los deseos y necesidades del paciente y familiares.²

En la profesión de enfermería, se otorga gran importancia al proceso de formación de los educandos, considerando lo instructivo, desarrollador y educativo, con el objetivo de lograr transformaciones en el pensamiento expresadas en habilidades y capacidades dirigidas a desarrollar actividades con rapidez, esmero y como condicionantes del éxito en la solución de problemas, entre otros aspectos.

Cuando este proceso formativo se ejecuta con carácter de sistema, se denomina proceso docente educativo, en el cual se produce la formación de las nuevas generaciones, lo cual ha demostrado la práctica histórico-social.³

La enfermería cubana, sustenta que los programas continuos de garantía de calidad, establecen el sentido de responsabilidad que tienen los profesionales de la salud con la sociedad, en términos de calidad, pertinencia y costos de los servicios asistenciales proporcionados.

La calidad de los servicios de enfermería se define como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable; con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio.³

La misión de los enfermeros cubanos es lograr un óptimo estado de salud de la persona, la familia y la comunidad; de este modo se asegura una atención integral, personalizada, de calidad y libre de riesgo. Se debe realizar un uso racional de los recursos humanos y tecnológicos, mediante un clima organizacional propicio que siga las estrategias y programas priorizados por el Ministerio de Salud Pública.

Se debe implementar estrategias que refuercen la identidad profesional para cumplir con la misión social, que contribuya al desarrollo de la disciplina, que mejore la organización y que otorgue credibilidad en los servicios de enfermería en las instituciones de salud.

La práctica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), lograra sin dudas preparar enfermeros que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que respondan a su encargo social a brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo.

Eso implica valorar adecuadamente a las personas que pretenden ejercer la profesión y para ello, se debe seleccionar a los candidatos adecuados, ya que una actividad, que pretende lograr el status profesional, no puede permitirse que sea considerada como refugio para aquellos que no tienen vocación, capacidades y aptitudes.

Conclusiones

La calidad en la educación de enfermería se logra a través de la interrelación docente, investigación teniendo en cuenta la calidad en el personal docente, en los métodos de enseñanza aprendizaje, en los programas, en el colectivo de estudiantes y en el entorno académico. El centro de Educación Superior donde se forman profesionales de enfermería tiene la misión de mantener una actitud de cambio y transformación permanente, logrando como consecuencia mejorar la calidad de la atención de enfermería al individuo sano o enfermo, con altos valores solidarios, éticos, estéticos, humanitarios y amor por su profesión, los que unidos a la docencia, extensión e investigación, le permite contribuir a la disminución de los índices de morbimortalidad, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería como método científico, dando solución a los problemas y necesidades que afectan la salud de la población, para lograr su plena satisfacción.

Bibliografía

- 1- León Román Carlos Agustín. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 Sep [citado 2017 Feb 20] ; 22(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es. Sc. Carlos Agustín León Román
- 2- González Pérez Alejandra, Villazón Castro Nelly, Almira Bello Karim, Cowley Noble Amada, Mugarra Romero Carmen Gisela. Gestión de cuidados con calidad desde la formación del profesional de Enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Feb 20] ; 27(4): 319-326. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400009&lng=es
- 3- Pérez Guerrero María Cristina, Suárez Fernández Maité, Carrasco Milanés Alina. Implementación de estrategias curriculares en asignaturas de segundo año de la Licenciatura en Enfermería. RevHumMed [Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Feb 20] ; 13(1): 157-176. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000100010&lng=es
- 4- Pernas Gómez M, Zubizarreta Estévez M, Miralles Aguilera E, Fernández Bello N, Quesada Rodríguez M. Estrategias curriculares en la Licenciatura en Enfermería. Acerca de las estructuras asesoras metodológicas para la aplicación del nuevo modelo de formación de enfermeros en Cuba. Rev Cubana EducMed 2008; 22 (Sup.4). <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems>

CALIDAD PERCIBIDA Y EFICIENCIA EN SERVICIOS DE ASISTENCIA AL ADULTO MAYOR. CIENFUEGOS, 2018.

Autores: Ing. Ernesto José López González asesorf@ucm.cfg.sld.cu UCMC Cuba, MsC. Yolanda Cabrera Macías psicologia6002@ucm.cfg.sld.cu UCMC Cuba, Est. 5to Medicina Ernesto López Cabrera ernestojoselg@jagua.cfg.sld.cu UCMC Cuba, Est. 5to Medicina Est. Anaily Puerto Becerra ernestojoselg@jagua.cfg.sld.cu UCMC Cuba, MsC. Bárbara Arredondo Aldama fbg8304@ucm.cfg.sld.cu UCM Cuba.

RESUMEN

La calidad percibida aplicada a los servicios se ha convertido en una estrategia prioritaria; el proceso evaluativo desde la dimensión de la satisfacción de usuarios y prestadores es de vital importancia, lo que implica contribuir a este proceso con la aplicación de lo más avanzado de los procedimientos empleados en el sector salud. Título: Calidad percibida y eficiencia en servicios de asistencia al adulto mayor. Cienfuegos, 2018. Objetivo general: perfeccionar el Proceso de Autoevaluación de la calidad percibida en los servicios de asistencia al adulto mayor desde la dimensión satisfacción de usuarios y prestadores en el Hogar de ancianos "Hermanas Giral" de Cienfuegos en 2018. Métodos: Teóricos, empíricos, matemáticos-estadísticos. Técnicas y procedimientos para la obtención de la información: Encuesta y entrevista y se empleó el cuestionario como instrumento. Resultados: De los 12 atributos evaluados para conocer la satisfacción de los usuarios, solo 7 alcanzaron el estándar (% >80), que representa el 58,3 %, lo que expresa que los usuarios se encuentran No Satisfechos (% < 70). De los 9 atributos evaluados para conocer la satisfacción de los prestadores, solo 5 alcanzaron el estándar (% >80), lo que representa el 55,5 %, y refleja que los prestadores se encuentran No Satisfechos (% < 70). Las dos variables estudiadas indican que la calidad del servicio es inadecuada (% < 70).

La determinación de la situación actual de la calidad percibida con énfasis en la satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de asistencia al adulto mayor, permitirá precisar las principales limitaciones y potencialidades de estos servicios, teniendo como soporte los fundamentos teóricos que sustentan la evaluación de la calidad percibida internacionalmente. Medir la calidad percibida contribuye a la eficiencia, la toma de decisiones y el uso inteligente de los recursos en las organizaciones de ese tipo.

Palabras clave: calidad, eficiencia, satisfacción de usuarios y prestadores

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de un servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Considerada, además, de forma compleja, al identificar que esta exige una visión de la organización como un sistema abierto, compuesto de múltiples relaciones con el medio externo que afectan su propio desempeño y su capacidad de adaptarse y perdurar. La calidad no es un resultado final sino que se trata de un camino sin final, un sendero que siempre es necesario recorrer (realidad inacabable). La velocidad a la que se mueve la organización nunca puede alcanzar la dinámica y amplitud de la realidad misma. Las adaptaciones logradas por la organización, en un momento determinado, no necesariamente la preparan para los nuevos giros que pueda dar la realidad (variabilidad)¹.

Dado que la calidad es una resultante compleja de elementos, su medición se considera pertinente para el propósito de optimizar los limitados recursos del sistema de salud cubano inmerso en un proceso de profundas transformaciones.

Fundamentación del estudio.

La investigación se justifica dada la necesidad de evaluar en servicios de atención al adulto mayor periódicamente la calidad percibida como uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y la mejora de los sistemas sanitarios contribuyendo al logro de la eficiencia, la toma de decisiones y el uso inteligente de los recursos en las organizaciones de ese tipo. La no calidad de este servicio es un problema para la salud con implicaciones o consecuencias económicas, lo que acarrea un aumento de los costos con afectación en la eficiencia del mismo, pérdida de tiempo en la gestión de recursos y por lo tanto, impactos negativos a la economía de la entidad. Se pone de manifiesto que el binomio calidad y eficiencia es inseparable.

Novedad Científica.

El autor de este trabajo considera que el nivel de satisfacción constituye el resultado más importante en la evaluación de la calidad de los servicios, por lo que se establece un proceso de autoevaluación (con tres instrumentos) sistemática y sistémica, abordando solamente la dimensión satisfacción de usuarios y prestadores para los centros especializados en la atención al adulto mayor empleando evaluadores internos, con un enfoque hacia el cliente.

Problema práctico.

No se ha logrado la implementación sistemática de procedimientos actualizados para la Autoevaluación con instrumentos que permitan medir la calidad percibida en los servicios de asistencia en salud del Hogar de Ancianos de Cienfuegos “Hermanas Giral”, es decir, se presentan insuficiencias en aspectos procedimentales y prácticos en este sentido, por lo que no se puede hablar de niveles de calidad percibida que tributen a alcanzar la eficiencia

Problema de investigación.

¿Cómo contribuir al perfeccionamiento del Proceso de Autoevaluación de la calidad percibida en los servicios de asistencia al adulto mayor del Hogar de Ancianos de Cienfuegos “Hermanas Giral” en 2018?

Objetivo de la investigación

Perfeccionar el Proceso de Autoevaluación de la calidad percibida en los servicios de asistencia al adulto mayor desde las dimensión satisfacción en el Hogar de ancianos “Hermanas Giral” de Cienfuegos en 2018.

Aportes.

Desde el punto de vista científico, contribuye con nuevos conocimientos sobre las características de los servicios de atención al adulto mayor aplicando esta metodología desde las voces de usuario y prestadores a través de evaluadores internos por primera vez en el territorio de Cienfuegos, útil en la toma de decisiones y en la replicabilidad de investigaciones similares en instituciones de salud con igual misión.

La contribución práctica se expresa por mostrar indicadores a considerar en la autoevaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia al adulto mayor desde la dimensión satisfacción la implementación en el hogar de ancianos “Hermanas Giral” de Cienfuegos, la aplicación de un procedimiento ya validado anteriormente y la identificación de criterios relevantes que sirven de guía a la alta dirección en la elaboración de sus estrategias con acciones precisas sobre los procesos para lograr la eficiencia y que orienten a la mejora.

Esta investigación constituye desde el punto de vista docente un material bibliográfico de actualidad. Sirve como material de consulta de diferentes perfiles como Economía de la Salud, Geriatria para los antecedentes de futuros estudios relacionados con la temática.

II. DESARROLLO

Fundamentos teóricos.

Antecedentes.

En tal sentido la Calidad es un constructo que ha tenido su evolución (figura 1) en el tiempo lo cual se sistematiza brevemente a continuación:

Sus inicios se remontan al Siglo XIX, en los años de la Revolución Industrial y se asume como inspección. Luego entre 1930 y 1950 se pasa de la inspección a un control más global donde aparece el control estadístico. Sus máximos exponentes son Deming¹, Juran², discípulos de Shewhart³

Los primeros sistemas de gestión surgen entre 1950 y 1980, desglosan los procesos en etapas. Los japoneses crean metodologías tales como el Just In Time, QFD (Quality Function Deployment o Despliegue de la Calidad), los círculos de calidad, etc⁴.

A partir de los años 80 y hasta mediados de los 90, la calidad se asume como un proceso estratégico, los Sistemas de Gestión se consolidan y la implicación del personal aumenta. Desde los años 90 y hasta la fecha, la distinción entre producto y servicio desaparece. La figura del cliente se convierte en el principal indicador de calidad. Los sistemas se perfeccionan y se adaptan. Aparece el concepto de Calidad total.

El autor de este trabajo considera que la calidad no es más que cumplir con las necesidades y expectativas del usuario del producto o servicio a quien vaya dirigido. Una de las primeras acciones en la calidad de servicio, es averiguar quiénes son los clientes, qué quieren y esperan de la organización. Solo así se podrán orientar los productos y servicios, así como los procesos, hacia la mejor satisfacción de los mismos.

Aproximaciones a la evaluación de la calidad en los servicios.

A continuación se exponen algunas de las definiciones imprescindibles para comprender la esencia de este estudio.

Se define el servicio (del latín *servitium*) como “acción y efecto de servir, como servicio doméstico e incluso como conjunto de criados o sirvientes”; “tipo de bien económico, constituye lo que denomina el sector terciario, todo el que trabaja y no produce bienes se supone que produce servicios o el conjunto de actividades, beneficios o satisfactores que se ofrecen para su venta o que se suministran en relación con las ventas”; “es el trabajo realizado para otras personas”; “es cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. Su producción puede estar vinculada o no con un producto físico”⁵.

Servicio es entonces entendido como el trabajo, la actividad y/o los beneficios que producen satisfacción a un consumidor

La calidad aplicada a los procesos de servicios es un concepto intangible y abstracto, difícil de definir y evaluar. En este sector en el mundo se tiene una presión creciente por demostrar que la gestión empresarial posee un enfoque al cliente y que se desarrolla la mejora continua conociendo los criterios de estos, por tanto sus percepciones de calidad o calidad percibida se tienen en cuenta todo el tiempo y esta debe ser evaluada para orientar las acciones a emprender por las organizaciones.

La calidad percibida (*Perceived Quality*) ha sido estudiada en salud entre otros por los siguientes autores: Fonseca, Bécquer, Barletta, Arias, Gómez y Ponce⁶; Santos, Ordúñez, Bécquer y Rocha⁷; Iraola, Ordúñez, Rojas y Liriano⁸, Fonseca, Sardiñas, Lorenzo, Alejo y Alfonso⁹; Fonseca, Arias y Barletta¹⁰; Curbelo¹¹. Existen otros servicios en los que se ha evaluado la calidad percibida siendo los mismos: servicios de restauración (Taillacq)¹², bancarios (González)¹³, turísticos (González et al.)¹⁴, de restaurantes, deportivos, turísticos, bibliotecarios, de líneas aéreas, de alojamiento, balnearios y de educación superior, expresa Curbelo¹¹

Fundamentos metodológicos.

El estudio es de tipo investigación en desarrollo a partir de un diseño observacional de corte transversal, analítico, que asume un enfoque dialéctico materialista; se introducen nuevos conocimientos con la implementación de un procedimiento que trata la temática calidad desde tres aproximaciones: eficiencia, eficacia y efectividad. Se le aporta a la institución un libro de Microsoft Excel que facilita el procesamiento de la información para la toma de decisiones considerando como fuente de retroalimentación el criterio de los pacientes. El universo está integrado por un total de 336 sujetos, 183 trabajadores (prestadores) y los 153 pacientes (usuarios residentes solamente).

Se utilizó el Muestreo No Probabilístico Intencionado o a Conveniencia y la muestra quedó conformada por el 10% (15 pacientes que se encuentren en plenas facultades físicas y mentales) de los 153 usuarios y en el caso de los prestadores fueron los 90 trabajadores que integran el turno diurno.

Se exploraron dos variables que se describe a continuación:

- Satisfacción de usuarios.

Conceptualización: Percepción del cliente sobre el nivel de satisfacción de sus exigencias¹⁵.

Operacionalización: Se determina la satisfacción a partir del por ciento de criterios con respuestas buenas: Satisfecho (Bien %) >80; Parcialmente Satisfecho (Regular %) $\geq 70 \leq 80$; No Satisfecho (Mal %) < 70

- Satisfacción de prestadores.

Conceptualización: Percepción del prestador sobre el nivel de satisfacción de sus expectativas

Operacionalización: Se determina la satisfacción a partir del por ciento de criterios con respuestas buenas: Satisfecho (Bien %) >80; Parcialmente Satisfecho (Regular %) $\geq 70 \leq 80$; No Satisfecho (Mal %) < 70.

Para la obtención de la información se aplicó el Formulario para la satisfacción de usuarios en hogares de ancianos y el Formulario para satisfacción de prestadores en el hogares de ancianos Anexos 1 y Anexo 2, validados previamente y aplicado en investigación realizada por investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) para la evaluación de las transformaciones del sector en su primera etapa y en tesis de finalización de Maestría de Atención Primaria de Salud. El procedimiento para procesar la información es el utilizado por Pérez, Bayarre et al¹⁶ en Manual para la autoevaluación de la calidad de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención. El autor asume el estándar ya validado utilizado por Rocha y Bayarre¹⁷ en su estudio para evaluar Satisfacción de usuarios y prestadores de servicio en relación con la atención en el hogar de ancianos (hogar de ancianos "General Peraza") más de 80 % de las respuestas evaluadas de bueno es decir Satisfecho (Bien %) >80, Parcialmente Satisfecho (Regular

% $\geq 70 \leq 80$) y No Satisfecho (Mal %) < 70 de los atributos explorados así como el estándar ya validado también utilizado por Álvarez y Bayarre¹⁸ en su estudio para evaluar la Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia (consultorios de los policlínicos Luis Pasteur y Luis de la Puente Uceda) más de 80 % de las respuestas evaluadas de bueno es decir: Calidad adecuada (Bien %) > 80 , Moderadamente adecuada (Regular %) $\geq 70 \leq 80$) e Inadecuada (Mal %) < 70 de los indicadores explorados.

Resultados y discusión.

De los 12 atributos evaluados para conocer la satisfacción de los usuarios que aparecen en la figura 2, solo 7 alcanzaron el estándar (% > 80), que representa el 58,3 %, lo que demostró que los usuarios se encuentran No Satisfechos (% < 70)

La figura 2 muestra la distribución de usuarios según satisfacción y se observa que los atributos higiene de los baños, higiene de las habitaciones, privacidad para el descanso y atención de enfermería fueron evaluadas con menos de 70 % de respuestas buenas. La mayor insatisfacción se expresa con la higiene de los baños que logra solo un 33,3 % de respuestas evaluadas como buenas. Con respecto a la privacidad para el descanso solo alcanzó el 46,7% de respuestas evaluadas de bien. Algo similar acontece con la higiene de las habitaciones 46,7% y la atención de enfermería 66,7%.

En el sector de la salud debe quedar clara la diferencia entre necesidades básicas por las que acudir y extras que también inciden en la satisfacción. Los pacientes esperan fiabilidad, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad y respuesta positiva a los tratamientos. Cumplir con estas expectativas evita el descontento o la no satisfacción del paciente, pero el logro de las mismas no provoca totalmente la satisfacción pues estos aspectos del servicio son considerados parte integral del mismo.

Satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo que implica el conocimiento de al menos cuatro eslabones fundamentales: la variable intrasubjetiva del usuario y del proveedor del servicio, el proceso de interrelación entre ambos y las condiciones de la Institución¹⁹. En el presente estudio, se exploraron solamente la satisfacción de usuarios y prestadores, por lo que sería oportuno complementar estas evaluaciones con el estudio de la correlación de la satisfacción entre prestadores y usuarios y además la evaluación de la dimensión Estructura, lo que contribuiría a profundizar en las valoraciones realizadas. No obstante, es indudable que solo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos. Es así como se lograría un funcionamiento que cumpla con las condiciones necesarias para el logro de la excelencia en salud.

Los vacíos o dificultades encontradas relacionadas con la higiene de baños y habitaciones coinciden con los que encuentran en estudios realizados entre 2014 y 2015 investigadores como Sampayo²⁰, Cuéllar²¹, Fernández²² y Díaz²³, aunque se han aplicado para su obtención distintos procedimientos (análisis de causas raíces, análisis por listas etc.) y están asociados a diferentes instrumentos de medición de múltiples variables (infraestructura, satisfacción etc.). Rocha et al¹⁹ encuentran en 2013 algo similar con la higiene de la habitación y la higiene de los baños que no alcanzan el estándar establecido.

Difieren de López²⁴ quien en un estudio en 2013 tiene un resultado en condiciones higiénicas de un 98,7 % comparado con un estándar de 90 %. No coincide tampoco con los resultados de Santana et al²⁵ donde los hallazgos revelan que ningún de los cuidados de enfermería alcanzó el nivel deseable de atención de enfermería, y que sólo dos fueron considerados seguros – higiene y confort físico y nutrición e hidratación. Igual resultado encuentran investigadores de Mayo Clinic²⁶ en 2007 relacionados con la limpieza de habitaciones y baños.

Se observa además que existen 5 indicadores donde los pacientes institucionalizados expresaron el mayor grado de satisfacción (100,0 %). Sin embargo en los atributos dieta y atención de otro personal a pesar de que clasifican como satisfecho alcanzaron solo 86,7 % de lo que se infiere que deben revisarse los procesos, pues existen vacíos que no cubren completamente las expectativas de los gerontes. Es significativo que coincidentemente el 13,3 % de los entrevistados para ambos atributos dieron respuestas evaluadas de regular.

La atención médica, a pesar de que obtuvo 73,4 % de usuarios con respuestas buenas, aún tiene un 13,3 % para las categorías de regular y mal respectivamente. Algo similar sucedió con la atención de enfermería donde se alcanzaron para las mismas categorías el 20,0 % y el 13,3 % en ese orden.

De igual forma resultó de interés el hecho de que los atributos higiene de los baños e higiene de las habitaciones llegaron al 46,7 % de respuestas clasificadas como regular.

De los 9 atributos evaluados para conocer la satisfacción de los prestadores que aparecen en la figura 3, solo 5 alcanzaron el estándar (% >80), lo que representa el 55,5 %, y demostró que los prestadores se encuentran No Satisfechos (% < 70). No coinciden con Rocha et al²⁷ quien encuentra que la satisfacción de los prestadores expresa que la frecuencia mayor de respuestas se corresponde en todos los casos con parcialmente satisfecho. El criterio satisfacción de los prestadores según el estudio de López²⁴ muestra un resultado aceptable. De los 6 enfermeros que se evaluaron los 6 se encuentran satisfechos con la labor que realizan por lo que respondieron de forma positiva toda la encuesta, lo que alcanza el estándar utilizado (% >90).

En la figura 3 muestra la distribución de prestadores según, los indicadores de habilidades para la atención y percepción de la atención que le brinda al paciente las respuestas fueron evaluadas de bien en 100,0 % y 90,0 % respectivamente; no fue así en el ambiente de trabajo, recursos para la atención que alcanzaron evaluación de bien solo en 64,4 % y 52,2 % en este orden. Sin embargo, es significativo que el 66,7 % de los encuestados hayan dado respuestas evaluadas de regular en el atributo visita del médico y la enfermera de la familia a la institución, lo que evidencia que existe falta de preocupación del área de salud y su equipo de atención una vez que los gerontes ingresan en el hogar. No obstante el autor es de la opinión que los criterios de otro personal (respecto al atributo arriba mencionado) que no sea de los servicios atención médica y trabajo social respectivamente, pueden tener sesgos introducidos por tener este personal menos acceso a la información relacionada con el atributo en cuestión

Resultó que el atributo ambiente de trabajo tuvo un 26,7 % y 21,1 % de respuestas que se corresponde con la categoría parcialmente satisfecha e insatisfecha en ese orden, lo que justifica la baja satisfacción del indicador en cuestión. Resultó interesante el resultado alcanzado en tres atributos (Recursos para la atención, Ambiente de trabajo, Atención a problemas personales) con 35,6 %, 26,7 % y 20,0 % respectivamente, lo que se corresponde con una satisfacción parcial de los prestadores. Es innegable que el indicador ambiente de trabajo presenta insuficiencias acompañado de la atención a problemas personales, lo que lanza un mensaje urgente a los directivos, para un análisis exhaustivo en aras de la toma de decisiones y la ejecución de acciones encaminadas a la mejora.

En la calidad percibida medida a través de las voces de los usuarios (resultados del servicio), de 12 indicadores explorados, solo 7 alcanzaron el estándar (% >80) para un 58,3 %, lo que expresa que los usuarios perciben la calidad de la atención como Inadecuada (% < 70)

En la calidad percibida en opinión de los prestadores (resultados del servicio también), de los 9 atributos evaluados solo 5 alcanzaron el estándar (% >80), lo que representa el 55,5 %, y refleja que los prestadores perciben la calidad de la atención como Inadecuada (% < 70)

III. Conclusiones.

Los estudios de evaluación de la calidad percibida aplicados a los servicios de atención al adulto mayor mantienen su importancia para la DPS de Cienfuegos. La realización de los estudios desde las voces de usuarios y prestadores deben ser priorizados y mantenidos en el tiempo, por lo que es recomendable buscar alternativas que propicien la incorporación de los criterios de los adultos mayores para lograr respuestas más efectivas y eficientes a sus necesidades de atención en salud. A partir de estos se podrán trazar acciones proactivas que permitan cumplir con la misión de satisfacer las expectativas de usuarios y prestadores del servicio. Las instituciones territoriales del SNS que brindan este servicio, podrán contar con información relevante sobre el resultado del proceso y tomar las acciones para la mejora continua. Resulta imprescindible brindar la prioridad que el adulto mayor demanda, lo que constituye un llamado de atención al SNS ya que esta deriva recursos y un empleo inteligente de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Sanabria, PE. El concepto de calidad en las organizaciones: una aproximación desde la complejidad [Internet]. 2014 [citado 12 Nov 2017]; [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/empresa/article/view/4204>
2. Landro, L. Ten Ways Patients Get Treated Better. [Internet] 2012 [citado 8 de mayo 2017]; [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://online.wsj.com/article/SB10001424127887324296604578179723798981586.html>
3. Revista Índice. Quién es Quién. Walter Andrew Shewhart [Internet]. Enero 2014 [citado 12 Nov 2017]; Disponible en: <http://www.revistaindice.com/numero58/p2.pdf>
4. Sánchez, J. La Confianza y la Participación al Interior de la Empresa Eléctrica de Cienfuegos. (Tesis) Cienfuegos: Universidad "Carlos Rafael Rodríguez"; 2011.

5. Duque, E. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. INNOVAR, revista de ciencias administrativas y sociales [Internet]. Enero a Junio de 2005[citado 12 Nov 2017]; [Vol. 15, Núm. 25](#) Universidad Nacional de Colombia. [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/30/40>
6. Fonseca, M., Bécquer, C., Barletta, J., Arias, D., Gómez, Y., & Ponce, O. Programa para evaluar la satisfacción y elevar el prestigio del Hospital GAL: Algunos resultados de su implementación. Cienfuegos: HGAL; 2009.
7. Santos, MA., Ordúñez, PO., Bécquer, C., Rocha, JF. Sistema de Vigilancia de la Satisfacción para el Hospital GAL de Cienfuegos. Cienfuegos: HGAL; 2003.
8. Iraola, MD., Ordúñez, PO., Rojas, O., Liriano, JC., Famada, C., Alvarado, L., Monzón, R. Satisfacción en el servicio de urgencias de un hospital cubano. Informe de usuarios. hospital universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos. Cuba. Emergencias [Internet].2006[citado 12 Nov 2017];18:285-290. [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=0ahUKEwjCjrXSqd_YAhXOMd8KHSS1AJcQFghQMAg&url=http%3A%2F%2Femergencias.portalsemes.org%2Fdescargar%2Fsatisfaccion-en-el-servicio-de-urgencias-de-un-hospital-cubano-informe-de-usuarios%2Fforce_download%2F&usq=AOvVaw3fJh_UWdh9EHM3fuR0_f-
9. Fonseca, M., Sardiñas, D., Lorenzo, Y., Alejo, Y., Alfonso, Y. Expectativas con la atención de Urgencias HGAL. Cienfuegos [Internet].2010[citado 12 Nov 2017]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol21_sup_10/Res%FAmenes.pdf
10. Fonseca, M., Arias, D., Barletta, J. Evaluación del Programa de Seguridad Derechos del Paciente hospitalizado. Cienfuegos: HGAL; 2012.
11. Curbelo, D. Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud. Caso de estudio: Hospital provincial de Cienfuegos. (Tesis). Cienfuegos: Universidad "Carlos Rafael Rodríguez"; 2013.
12. Taillacq, D. Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de los servicios de restauración no estatales contratados por la agencia Havanatur S.A. [Internet].mayo-agosto 2016 [citado 12 Nov 2017]; Rev Universidad y Sociedad., vol.8 n. 2. Cienfuegos, [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v8n2/rus02216.pdf>
13. González, R. Evaluación de la calidad del servicio percibido en entidades Bancarias a través de la escala Servqual [Internet]. 2015[citado 12 Nov 2017]; Ciencia e Ingeniería Neogranadina, 25 (1), pp. 113 - 135 [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rcin/article/view/439/236>
14. González, M. Frías, RA. Gómez, O. Análisis de la calidad percibida por el cliente en la actividad hotelera [Internet].septiembre-diciembre 2016 [citado 12 Nov 2017]; Ingeniería Industrial/ISSN 1815-5936/Vol. XXXVII/No. 3/p. 253-265 253.
15. VINCA LLC. Glosario [Internet].2017 Gestión de la Calidad. Normas 9000.com.ISO 9000:2015, Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario. [citado 18 Dic 2017];[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.normas9000.com/content/Glosario.aspx>
16. Pérez J. et al. Manual para la autoevaluación de la calidad de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención. OPS/OMS. 1ra ed. La Habana (Cuba): ENSAP; 2015.
17. Rocha M., Álvarez ME., Bayarre HD. , Puig AY. , Delgado Y., Oduardo M. Satisfacción de usuarios y prestadores de servicio en relación con la atención en el hogar de ancianos "General Peraza". Revhabancienméd vol.14 no.4 La Habana jul.-ago. 2015 Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), La Habana, Cuba. . Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/511/826>
18. Álvarez ME, Rocha M.,Bayarre H., Almenares A. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la FamiliaRev Cubana Med Gen Integr vol.30 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2014http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400001
19. Rocha M., Álvarez ME., Bayarre HD. , Puig AY. , Delgado Y., Oduardo M. Satisfacción de usuarios y prestadores de servicio en relación con la atención en el hogar de ancianos "General Peraza". Revhabancienméd vol.14 no.4 La Habana jul.-ago. 2015 Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), La Habana, Cuba. . Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/511/826>
20. Sampayo, M. Evaluación de la calidad percibida de servicios del hospital provincial "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. Caso de estudio: unidad organizativa materno infantil (Tesis). Cienfuegos: Universidad "Carlos Rafael Rodríguez"; 2014.

21. Cuellar, L. Evaluación de la calidad percibida de servicios de estomatología. Caso de estudio Clínica Estomatológica de Especialidades (Tesis). Cienfuegos: Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”; 2015.
22. Fernández, CM. Evaluación de la calidad percibida de servicios del HGAL específicamente en el CPEM (Centro provincial de emergencias médicas) (Tesis). Cienfuegos: Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”; 2015.
23. Díaz, E. Evaluación de la calidad percibida de servicios del hospital provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. Caso de estudio: unidad organizativa clínica(Tesis). Cienfuegos: Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”; 2014.
24. López I., Iglesias AL; González JL., Torres M. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería, servicio recién nacido. Hospital pediátrico “Paquito González” Cienfuegos en: Jornadas ENSAP.Por una cobertura universal, la calidad y la eficiencia en salud [CD-ROM]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2014.
25. Santana, J. et al. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet].mayo-jun. 2014 [citado 12 Nov 2017]; 22(3):454-60. [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf
26. Mayo Clinic. La Calidad y Mayo Clinic. Satisfacción del paciente [Internet].2007[citado 18 Dic 2017]; [aprox. 5 p.].Disponible en: <http://www.mayoclinic.org/es-es/about-mayo-clinic/quality/quality-measures/patient-satisfaction>
27. Rocha M; Puig AY ;Bayarre H; Álvarez ME. Calidad de la atención al adulto mayor en el nivel primario municipio 10 de octubre, 2013en: Jornadas ENSAP.Por una cobertura universal, la calidad y la eficiencia en salud [CD-ROM]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2014.

ANEXOS

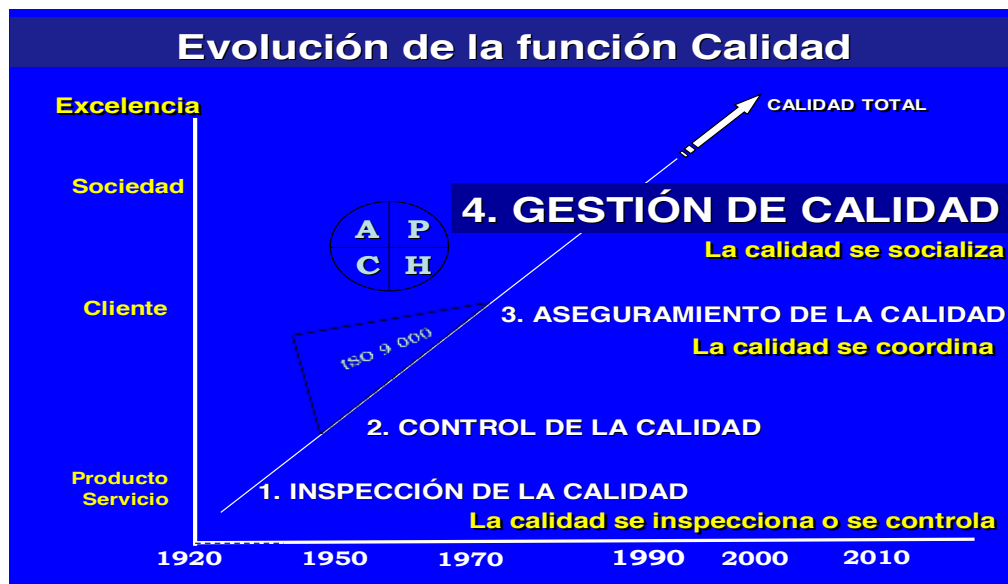


Figura 1. Evolución de la calidad.Etapas.

Fuente: Santos M. Tendencias actuales de los Sistemas de Gestión de la Calidad en función de la eficiencia en salud. Presentación. Maestría Economía en Salud. Edición Cienfuegos, 2017

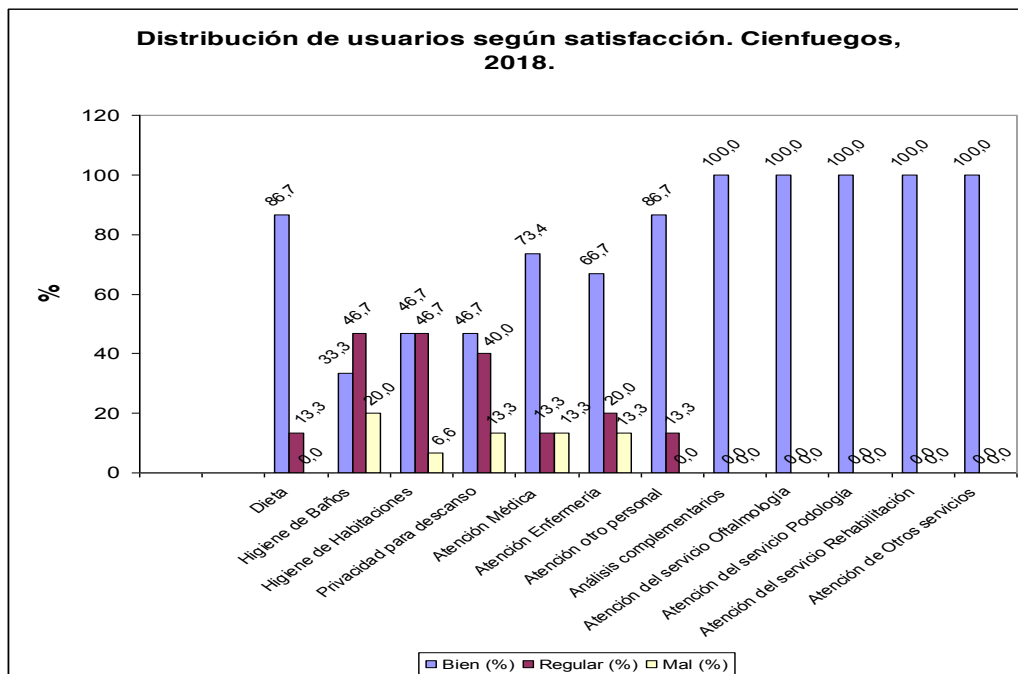


Figura 2. Distribución de usuarios según satisfacción. Cienfuegos, 2018.
 Fuente: Tabla 1. Elaboración propia.

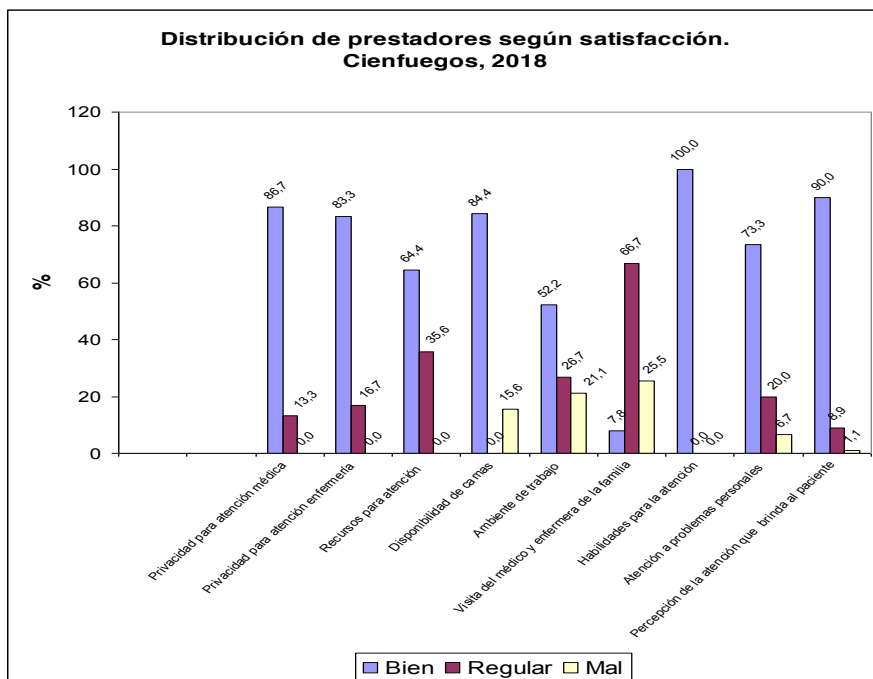


Figura 3. Distribución de usuarios según satisfacción. Cienfuegos, 2018.
 Fuente: Tabla 2. Elaboración Propia

Anexo1. Fecha de Confección: D__ M__ A__ No. Consecutivo del formulario__

MODELO 5. Formulario para la satisfacción de usuarios en hogares de ancianos. (p. 33). Se está realizando una evaluación de la calidad de la atención en los hogares de ancianos como parte del proyecto "Autoevaluación del nivel de satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de asistencia al adulto mayor". Su opinión puede ser de gran utilidad. Si usted está de acuerdo puede responder las siguientes preguntas, ya que la información es confidencial y solo será utilizada con esta finalidad. En las siguientes preguntas, marque en el escaque que corresponda de acuerdo a su valoración.

I. Datos generales

- 1.1 Hogar de Ancianos __ 1.2 Institución _____
1.3 Área de salud _____ 1.4 Municipio: _____ 1.5 Provincia: _____
1.6 Edad ____ años 1.7 Estado civil: soltero__ casado__ en unión__
1.8 Escolaridad: primaria__ secundaria__ preuniversitario__ universitario__

II. Para ancianos

- 2.1 ¿Qué motivó su ingreso en el Hogar? _____
2.2 Cumplimiento de la dieta indicada Bien__ Regular__ Mal__
2.3 Atención recibida por parte del equipo de salud del hogar
a. Médico: Bien__ Regular__ Mal__
b. Enfermera/o: Bien__ Regular__ Mal__
c. Otro personal: Bien__ Regular__ Mal__
2.4 Higiene del hogar
a. Baños: Bien__ Regular__ Mal__
b. Habitaciones: Bien__ Regular__ Mal__
c. Privacidad para descanso: Bien__ Regular__ Mal__
2.5 ¿Qué opina de la atención al realizarle algún estudio complementario fuera del hogar?
Bien__ Regular__ Mal__
a. Si tuvo alguna dificultad para su realización. Explique. _____

III. Para ancianos

- 3.1 ¿Qué opina de la atención de los siguientes servicios?
a. Oftalmología Bien__ Regular__ Mal__
b. Podología Bien__ Regular__ Mal__
c. Rehabilitación Bien__ Regular__ Mal__
d. Otros Bien__ Regular__ Mal__

Especifique en este caso: _____

Nombre Evaluador: _____ **Firma Evaluador:** _____

Anexo2. Fecha de Confección: D__ M__ A__ No. Consecutivo del formulario__

MODELO 5. Formulario para la satisfacción de prestadores en hogares de ancianos. (p. 36) Se está realizando una evaluación de la calidad de la atención en los hogares de ancianos como parte del proyecto "Autoevaluación del nivel de satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de asistencia al adulto mayor". Su opinión puede ser de gran utilidad. Si usted está de acuerdo puede responder las siguientes preguntas, ya que la información es confidencial y solo será utilizada con esta finalidad. En las siguientes preguntas, marque en el escaque que corresponda de acuerdo a su valoración.

I. Datos generales

- 1.1 Hogar de Ancianos __ 1.2 Institución _____
1.3 Área de salud _____ 1.4 Municipio: _____ 1.5 Provincia: _____
1.6 Edad ____ años 1.7 Profesión: médico__ enfermero/a __ otros__
1.8 Tiempo de trabajo en la institución: ____ años En caso que sea menos de un año __ meses

II. Información sobre su trabajo en el Hogar.

- 2.1 Condiciones de privacidad para la atención
Médica Bien__ Regular__ Mal__
De enfermería Bien__ Regular__ Mal__
2.2 ¿Cómo considera usted la cantidad de recursos necesarios en cuanto a instrumental, equipos y medicamentos para brindar atención a los pacientes en el hogar? Cubierta__ Parcialmente cubierta__ No cubierta__

Si la respuesta es negativa explique _____

2.3 Sus habilidades necesarias para brindar una buena atención a las personas ingresadas en el hogar están: Muy Desarrolladas ___ Desarrolladas ___ Insuficientemente desarrolladas ___

En caso que su respuesta sea No especifique cuáles considera que le faltan _____

2.4 ¿Considera usted que la actual disponibilidad de camas cubre la demanda del territorio de forma regular?

Cubierta ___ Parcialmente cubierta ___ No cubierta ___

2.5 ¿Asisten el médico y la enfermera de la familia para conocer la evolución de las personas ingresadas en el hogar?

Siempre ___ A veces ___ Nunca ___

La institución está en el municipio al que pertenece el consultorio del médico y enfermera de la familia.

Sí ___ No ___

2.6 Exprese su nivel de satisfacción respecto a:

a. Condiciones de trabajo: Satisfecho ___ Parcialmente satisfecho ___ No satisfecho ___

En caso que la respuesta sea Parcialmente satisfecho o No satisfecho, especifique _____

b. Atención a problemas personales Satisfecho ___ Parcialmente satisfecho ___ No satisfecho ___

En caso que la respuesta sea Parcialmente satisfecho o No satisfecho, especifique _____

2.7 ¿Cómo se siente usted con la atención que le brinda a las personas ingresadas en el hogar?

Satisfecho ___ Parcialmente satisfecho ___ No satisfecho ___

En caso que la respuesta sea Parcialmente satisfecho o No satisfecho, especifique _____

Nombre Evaluador: _____ **Firma Evaluador:** _____

Título: Cambio de coloración en el diente y su tratamiento.

Autores: Dianela Zamora López., Correo electrónico: estdzl961213@cfg.ucm.sld.cu, Víctor Manuel Becerra Vega, Estudiantes de cuarto año Estomatología. Cuba.

Resumen:

Este trabajo aborda la presentación de un caso sobre una paciente femenina de 32 años de edad, tez blanca, residente en una comunidad urbana en Cienfuegos, sin antecedentes patológicos referidos; que acude a consulta estomatológica preocupada por su estética; al examen bucal se observa cambio de color en el diente 11 (Incisivo central superior derecho) hacia carmelita oscuro que evidencia una discromía. A la imagen de una radiografía periapical se observó previo tratamiento pulpo radicular (TPR), por lo que se decidió comenzar un tratamiento de recromia; en cuatro consultas a intervalos con posterior restauración del diente en cuestión. Luego de culminado el tratamiento se observó recuperación del color normal del diente con respecto a los dientes adyacentes, mejoría en la estética y gran satisfacción nuestra y del paciente.

Palabras clave: discromía, tratamiento, recromia.

Introducción:

Discromia-Recromia. Significa cambio de coloración, y está formada por las voces provenientes del latín "dis" que significa alteración y " cromos" color. El lema "Mente sana cuerpo sano" ha tomado una máxima priorización en estos días. Desde el principio de los tiempos el ser humano ha buscado la belleza de una u otra forma y agradar a los demás¹. Sin lugar a dudas una sonrisa es la mejor tarjeta de presentación y ésta ha sufrido un sin número de modificaciones durante el desarrollo social del hombre.² La armonía del color de los dientes brinda una sonrisa hermosa, sin embargo, el oscurecimiento de los dientes anteriores es uno de los factores que comprometen esa armonía⁴

Como problema fundamental de esta presentación de caso tenemos la interrogante: ¿reaccionará de forma favorable un diente con discromía ante el tratamiento recrómico propuesto?

La Estomatología se enfrenta con cierta frecuencia a los cambios de color y traslucidez normal de los dientes, llamadas discromías, decoloración, pigmentación o acromía. Las anomalías del color pueden reconocer diferentes orígenes, se asocian a factores externos como el café, tabaco sarro, placa dentobacteriana, obturaciones dentales permeables, caries del esmalte, del esmalte y la dentina y a factores internos o endógenos, generalmente asociados a tratamientos de endodoncia, mal concluidos³. La terapéutica destinada a devolverle al diente su coloración normal se denomina recromía o blanqueamiento⁵ o sencillamente aclaración del color hasta el tono deseado. Este procedimiento puede efectuarse en dientes vitales y no vitales, por métodos químicos o físicos.

Con la presentación de este interesante caso no solo se beneficiaran los profesionales de la estomatología, sino también para el conocimiento de las personas sobre posibles vías de tratamiento que estas puedan padecer. Para la elaboración de este trabajo se contó con la información brindada por otros autores en previas investigaciones y nos resultó útil el libro Estomatología General Integral de Grisel González Naya, así como "Blanqueamiento de dientes vitales y no vitales" de Joaquín Cuello-Salas.

Objetivo:

1. Describir el tratamiento realizado a un diente que presenta cambios en su coloración o discromía.

Desarrollo:**Caso Clínico**

Motivo de consulta: "diente oscuro".

Datos Generales del Paciente:

Sexo: femenino. Edad: 32 años Color de la piel: blanca.

Historia de la enfermedad actual: paciente que acude a consulta preocupada por su estética refiriendo cambio de coloración en un diente anterior hace un año, al cual se le realizó tratamiento pulporradicular hace dos años producto de un trauma dentario.

Antecedentes Patológicos Personales: No refiere.

Antecedentes Patológicos Familiares: No refiere.

Hábitos: Cepillado dental mixto 2 veces al día.

Examen Físico General: Paciente normolínea que deambula sin dificultad, de facies no característica de proceso patológico, cara ovoide, perfil ligeramente convexo. Piel blanca, cierre bilabial competente, mucosas normocoloreadas y húmedas, cadenas y grupos ganglionares sin adenopatías, ATM sin alteraciones.

Examen PDCB (Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal) negativo.

Datos del examen intrabucal:

Refiere TPR realizado en 11, pero con una discromía oscura, que es la necesidad sentida de la paciente y su única preocupación. Presencia de materia alba en sector anteroinferior.

CLASIFICACION EPIDEMIOLOGICA: Grupo III

DIAGNOSTICOS: discromía en 11. PRONOSTICO: favorable.

TRATAMIENTO

1RA VISITA: Confección de HC .Educación para la salud y motivación. Remisión a consejería bucal. Control de los factores de riesgo (cepillado dental incorrecto). Se realizará Rx periapical en 11 para verificar la presencia y correcto estado del tratamiento pulporradicular referido por la paciente. Iniciar recromia en 11 a petición de la paciente (necesidad sentida)

Al terminar recromia se citara en otra sesión para tartrectomía y pulido de obturaciones y por último alta del primer nivel de atención estomatológica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 32 años de edad, de tez blanca, residente en una comunidad urbana en Cienfuegos, sin antecedentes patológicos referidos; acude a consulta estomatológica preocupado por su estética; refiere que hace aproximadamente 2 años tuvo un accidente con trauma en los dientes anteriores, se le realizó tratamiento pulpo radicular (TPR) en incisivo central superior derecho y al año comenzó a cambiarle de color; desde ese entonces se limita en la apertura bucal, se cubre con las manos al sonreírse y de alguna manera ha modificado su estilo de vida en su centro laboral y con su familia. Esta presentación de caso se corresponde con una Discromía (fig. 1).

Al examen bucal se observa cambio de color en el diente 11 (incisivo central superior derecho) hacia carmelita oscuro; al parecer esto fue ocasionado por la extravasación sanguínea provocada al romperse el tejido pulpar por el trauma. Esto provocó un color rosado en el diente que después transitó por los colores amarillo oscuro y carmelita. Con la imagen de una radiografía periapical se comprobó el TPR previo. Luego de interrogatorio, fotografía previa, seleccionado el color del diente que deseamos obtener, tomamos como guía el diente homólogo; se decidió comenzar un tratamiento de recromia, explicándole al paciente la técnica, pronóstico y obteniendo su aprobación.

Primera sesión del tratamiento:

Vista inicial de la estética de la paciente. Se observa cambio de color muy notable en el 11 el cual había sufrido trauma y se le realizó con posterioridad

un TPR por sufrir una necrosis pulpar, según refiere la paciente, siendo esta su única preocupación, y por lo cual no se siente satisfecha con su estética.

En la cámara pulpar se eliminaron los defectos de apertura, se profundizó en el conducto hasta 2 mm del límite cervical del diente; se limpió bien la cavidad, se colocó una capa de ionómero vítreo para evitar que los conos de gutapercha estuviesen en contacto con la sustancia blanqueadora. Se escogió la técnica de peróxido de hidrógeno al 30 % y perborato de sodio; dichas sustancias se mezclaron en una tableta de vidrio hasta formar una pasta, se colocó en la cámara pulpar cubriendo las paredes de dentina del área pigmentada, se calentó con lámpara de luz halógena para producir gases oxigenantes y se selló con cemento de policarboxilato de cinc. Se cita a la paciente para dentro de cinco días para la segunda sesión de tratamiento.

Segunda sesión de tratamiento:

En la segunda sesión ya se observa una mejoría notable del color, con solo cinco días de haberle realizado la primera técnica(fig2). Se repite el procedimiento de la sesión anterior y se sella con cemento de policarboxilato de cinc. Se cita a la paciente para dentro de cinco días.

Tercera sesión de tratamiento:

Se observa, gran mejoría en el blanqueamiento del color del diente(fig3), y la satisfacción de la paciente que va observando los resultados del tratamiento, se repite el procedimiento realizado en las sesiones anteriores.

Cuarta sesión de tratamiento:

Cuando se comparan las imágenes del diente antes y después del tratamiento hay notables cambios y no se detecta variación de color con el diente adyacente que se toma como referencia. Se realiza restauración del diente en cuestión con resina fotopolimerizable; al finalizar se observó una recuperación del color del diente, mejoría en la estética y gran satisfacción nuestra y del paciente.(fig4)

DISCUSIÓN

Uno de los principales problemas de carácter estético que sufren los pacientes es las discromía dental¹², por lo que estamos ante una situación muy común en la actualidad que causa importantes daños a nivel estético y si tenemos en cuenta que la estética dental cuenta cada vez con una mayor importancia en la sociedad actual, no es de extrañar que sean muchas las personas que buscan una solución a este problema odontológico.

Tomaremos en cuenta el origen de las mismas para su mejor comprensión. Las discromías pueden originarse por varias causas: de origen extrínseco (pigmentaciones por algunos alimentos, tabaco, algunos materiales dentales, gutapercha, eugenol, caries dental) o intrínseco (congénitas o adquiridas) que son más difíciles de tratar.⁶

La solución para la discromia es la recromia, tratamiento estético para devolverle al diente el color perdido, se aplica a petición del paciente, explicándole la técnica y pronóstico.⁷ Para lograr el efecto blanqueante en el diente se debe utilizar una sustancia que sea capaz de alterar químicamente la sustancia colorante para que desaparezca el color.¹¹

Existen dos métodos fundamentales que son la oxidación y la reducción.⁹ El método de oxidación que es el más indicado; puede ser por técnica directa (uso de sustancia que pueda liberar oxígeno directamente) o indirecta (medicamentos por los que el oxígeno se obtiene indirectamente).¹⁰ Como ejemplos de técnicas clásicas tenemos: técnica del peróxido de hidrógeno de 100 volúmenes (30 %) activado con calor, técnica del peróxido de hidrógeno con perborato de sodio, técnica de perborato de sodio y acetona eterificada.⁸

En nuestro caso escogimos la técnica de peróxido de hidrógeno al 30 % y perborato de sodio propuesta por Tobón en la década de los 80, que fue explicada anteriormente, ya que este método es más simple y los efectos son seguros. En cambio proponemos la utilización de la fuente de calor de la lámpara de luz halógena, puesto que el calor incide directamente en la cámara pulpar y no es tan intenso, permitiendo la emisión localizada de los gases.

Conclusiones:

En conclusión, se explicó el tratamiento realizado a un diente con cambio de su coloración o discromía abordando sobre un caso muy común en la actualidad, que además es de nuestra competencia dar solución, este afecta a gran cantidad de personas que por desconocimiento sobre el tema y las alternativas de tratamiento no acuden a consulta, y se logró la recuperación estética y psicológica en nuestro paciente, que es la mayor de las satisfacciones de cualquier personal de la salud, porque en eso consiste nuestro deber como profesional.

Referencias bibliográficas:

- 1 Gonzalez Naya, G. Montero del Castillo, M.E, Estomatología General Integral La Habana, editorial Ciencias Médicas, 2013 p 269-280.
- 2 Cuello-Salas, J. L., M. Pasquini-Comba, M. Bazález-Frete, Blanqueamiento de dientes vitales y no vitales. Editorial Científico-Técnica, Ciudad de La Habana 2014, pp. 531-536.
- 3 <http://www.clinicacastellana100.es/blanqueamiento/tratamiento/index.html> disponible en: Clínica Castellana, página web oficial. Artículo: Tratamiento del blanqueamiento dental. 2015.
- 4 Álvarez Valls, L. (2015): Endodoncia. Editorial Espaxs, Barcelona. Barnes, D. M., P. W. Kihn, E. Romberg, D. George, L. De Paola
- 5 Bestard Echevarría, Dolores María. Discromia por cirugía y otras causas. Rev Cubana Estomatol v.40 n.2 Ciudad de La Habana Mayo-ago. 2014
- 6 Rodríguez Ponce A. Blanqueamiento interno-externo. Endod 1993;11(1):5-10
7. Prada Segura I, Luján Cejas M, Salandin Verges M. Técnicas autoligantes. Ortodoncia. Ene-Jun 2014;74(149):56-65.
- 8 Barrancos Mooney J. Operatoria Dental. 3ra ed. Ed. Médica Panamericana;1999:976.
9. Furuse Y, Fernández Acanda L, Pontons JC, Benetti R, Mondelli J. Remodelación cosmética de la sonrisa. Acta Odontol Ven. Sep-Nov 2013;47(4):274-86.
- 10 Stock CJR, Gulabivala K, Walker RT, Goodman JR. Atlas en color y texto de Endodoncia. 2da ed. Madrid: Editorial Harcourt Brace; 1996. p. 271-2.
- 11 Echeverría García, José Javier; Pumarola Suñé, Josep (2014). El manual de odontología. Barcelona: Elsevier España. ISBN 8445802526. <http://books.google.es>.

12 Nishiyama CK, Marinho MAD, Filho GK, Burgos Ponce J. Evaluación de la efectividad del MTA como tapón cervical en el blanqueamiento de dientes tratados endodónticamente. *Endodoncia*. Jul-Sep 2012;30(3):111-6.

13 Bertone, M. N. (2015): Blanqueamiento dentario. Aplicaciones clínicas. *Revista de la Facultad de Odontología*; 23: 54-55,7-25.

14 Romero, E., S. Morelló (2014): Blanqueamiento dental externo. *Rev Oper Dent Endod* 5: 7.

15 <http://www.blanqueamiento-implantedental-ortodoncia-disenosonrisacolombia.com/> Disponible en Gaceta dental, página web oficial.

16. Belbey HR, Peláez Pino AN, Belbey FL, Belbey HR. Tratamiento alternativo frente a discromia . *Rev Fac Odontol*. Jul-Ago 2013;4(1):53.

Anexos:



Fig1 Discromía en 11(incisivo central superior derecho) vista en primera fase de tratamiento.



Fig2 Evolución de la discromía en la segunda sesión de tratamiento.



Fig3 Evolución de la discromía en la tercera sesión de tratamiento.



Fig4 Resultado del tratamiento de recromia en la paciente.

CAMBIOS QUE OCURREN EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DESPUÉS DE LA MUERTE.

AUTORES:

Est. Eliane Lisca Ruiz. Estudiante de 2do año Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Est. Carolyn Castillo Fernández. Estudiante de 2do año Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Est. Eliany Molina Herrera. Estudiante de 2do año Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Dra. Ana Belkys Hernández Millán. Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas y en Educación Médica. Investigadora agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

RESUMEN

La serie de conocimientos teórico- prácticos de las ciencias básicas forenses que confluyen sobre el odontólogo forense, incitan para que por medio de sus peritajes, tenga como fin único servir a la justicia. La variación estructural de la cavidad bucal ha demostrado ser un elemento útil para la determinación y valoración de la data de la muerte durante el primer intervalo postmortal. También las manifestaciones evidentes de los fenómenos cadavéricos sobre el sistema estomatognático en múltiples causas de muerte, sus métodos de establecimiento, los factores individuales y ambientales han sido elementos importantes durante la resolución de casos .En el presente trabajo se trazó el objetivo de describir los cambios que ocurren en los tejidos dentales y periodontales después de la muerte. Para la realización de este trabajo investigativo se utilizaron 9 fuentes bibliográficas, que se encuentran disponibles a texto completo en la biblioteca virtual de salud en portales como scielo, pudmed,ebSCO,lilasc, implicándose las más actuales de Infomed en Cuba . Se arribo a la conclusión que los cambios dentales y peridontales tiene la ventaja de facilitar el estudio de las estructuras dentales, las cuales tienen una gran resistencia a las temperaturas generadas por el fuego, posicionándolas como estructuras imprescindibles para realizar una correcta identificación , por lo que a la profesión odontológica le compete conocer sus manifestaciones clínicas .

Palabras clave: tejido periodontal, estomatología legal, muerte.

INTRODUCCIÓN

La Odontología está presente en la humanidad desde el año tres mil (3000) A.C, con los médicos Egipcios, que incrustaban piedras preciosas en los dientes, tres siglos más adelante en China se reportan tratamientos con acupuntura para aliviar el dolor dental, sucesivamente en el año 700 A.C los Etruscos y Fenicios experimentaron con el primer tipo de prótesis dental, realizado con bandas y alambres de oro junto con dientes naturales previamente extraídos, al igual que iniciaron la implantación de materiales como el marfil y conchas marinas como elementos restauradores, también los indios Mayas utilizaron incrustaciones de oro, piedras preciosas y diversos minerales para la restauración dental y luego fueron copiados por los pueblos Incas y Aztecas y finalmente hasta llegar a la Grecia antigua, donde la Odontología era practicada y enseñada como ciencia en las diversas escuelas medicas de la época.¹

Bichat a finales del siglo XVIII, en su obra Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte, describe la muerte como un "proceso cronológico que conduce a una catástrofe fisiológica, diciendo que la muerte es el cese total e irreversible de todas las funciones biológicas (cardiovasculares, respiratorias, nerviosas y termorreguladores). Pero la muerte no es un suceso, sino un proceso, dado que transcurre en etapas sucesivas, pues los tejidos reaccionan de manera diferente. Definir a la muerte es una necesidad que surge como consecuencia de algunas inhumaciones realizadas cuando las personas aún estaban con vida.

A lo largo de la historia se han realizado investigaciones de la sustancia orgánica de la cámara pulpar y la desaparición de la misma con el paso del tiempo y su relación con la cronotanatología. Para ello usó la luz de Wood (rayos ultravioleta) sobre cortes dentales que englobasen la sustancia pulpar. Entre sus conclusiones, destacó que no existen rastros de materia orgánica pulpar a partir de los dieciocho años. Existen algunos trabajos que estudian la irrigación pulpar como los de Suarez Núñez en 1965, Schnettler en 1991 y Gopikrishna en el año 2007 y estudios experimentales en monos respecto a la degeneración pulpar debida a la aterosclerosis vascular por Krell en 19948 .

La determinación de la data de la muerte está íntimamente ligada a la medicina legal y en consecuencia, a la odontología legal y forense, siendo fundamental en cuestiones como: el estudio de los mecanismos de la muerte y las circunstancias que la rodean .La determinación de la misma ha sido ampliamente estudiada por numerosos autores basándose en las alteraciones corporales que ocurren en los diferentes momentos posteriores a la muerte. Estas alteraciones corporales se podrían clasificar en macroscópicas, microscópicas y bioquímicas. Son criterios macroscópicos la variación de la temperatura corporal, el estado de contracción pupilar, los intervalos de rigidez post mortal y putrefactivos, entre otros. Los criterios microscópicos incluyen los fenómenos autolíticos celulares y la degeneración de microestructuras tisulares. Por último los criterios bioquímicos, incluirían variaciones en la composición química, intracelulares y extracelulares. todos estos factores, a su vez, se ven influenciados por los agentes ambientales externos como son la temperatura ambiente, el grado de humedad y la composición del terreno. Los trabajos sobre determinación de la data de la muerte basándose en estudios dentarios son escasísimos, a pesar de la importancia de la odontología forense dentro de la medicina legal.

Aunque se comprenda que los dientes son insoslayables, forzosos y obligatorios en el quehacer odontológico, también debe preverse que, ante su ausencia, no puede declinar el proceder de este profesional, puesto que su dictamen, además de pretender que la identidad de un individuo pueda ser legible, igualmente podrá ambicionar que el juicio que allí pueda emitirse acerca de la data y de la causa de la muerte, sea confiable.

Problema Científico

Existen estudios para la determinación de la edad en el individuo vivo o en restos cadavéricos mediante el estudio de la erupción dentaria o en los cambios posteruptivos. En cambio existen pocas investigaciones publicadas referentes a las modificaciones postmortem, tanto macroscópicas como microscópicas, que ocurren en el diente y los tejidos periodontales.

Por tal motivo surge la necesidad de realizar una investigación en la cual se describan

algunos de los cambios que ocurren en el sistema masticatorio después de la muerte y la importancia que estos tienen para el diagnóstico e identificación de cadáveres. El objetivo fue unificar contenido relacionados con los cambios en los tejidos dentales y periodontales después de la muerte para enaltecer las capacidades de auxilio que puede desempeñar el odontólogo forense dado la magnitud de su campo de acción y debido a que es un profesional altamente capacitado para poner de manifiesto la importancia de los fenómenos cadavéricos que se describen en esta revisión.

Objetivo

Concretar información sobre los cambios que ocurren en los tejidos dentales y periodontales después de la muerte.

DESARROLLO

Livor mortis o Livideces cadavéricas

La sangre en las condiciones vitales mantiene mezcladas las células y el plasma por los movimientos dinámicos, dentro del lecho vascular. Con el cese de la actividad cardíaca se inicia, mediante una contracción vascular que progresa del corazón izquierdo en sentido periférico, un amplio desplazamiento de la masa sanguínea desde las arterias (que quedan vacías) hacia las venas. Es transportada desde el corazón al resto del cuerpo por medio de una red compleja de arterias, arteriolas y capilares y regresa al corazón por las vénulas y venas.

A partir del momento de la muerte la sangre queda sometida a la influencia de la gravedad, tendiendo a gravitar sobre las partes declives del organismo, cuyos capilares distiende produciendo en la superficie cutánea manchas de color rojo – violáceo, conocidas con el nombre de livideces cadavéricas.

Para el caso del sistema estomatognático, importa mucho diferenciar las livideces cadavéricas de las equimosis (anexo 1), pues las últimas atestiguan generalmente que el sujeto estaba vivo en el momento de producirse e indican el punto donde se ha producido una violencia (golpe, choque, caída), e incluso pueden revelar la forma del instrumento responsable y servir para precisar la fecha de la violencia.

En el sistema estomatognático es usual encontrar el livor mortis paradójico. Las livideces paradójicas son las que se forman en zonas no declives. Se observan en la zona anterior de cara, cuello y tórax en cadáveres mantenidos en decúbito supino en especial en muertes súbitas y muertes por asfixia. Por la incidencia de las livideces, el sistema estomatognático sufre diversos cambios (anexo 2). Existen, además, condiciones especiales en las que el fenómeno no llega a presentarse o al menos en los que su detección es difícil de apreciar.

Rigor mortis o Rigidez Cadavérica

Por lo general después de la muerte hay una fase de relajación muscular hasta que se instaura un lento proceso de contracción muscular. La rigidez cadavérica es un estado en que los músculos se contraen, están duros y retraídos y hay bloqueo de las articulaciones, el cuerpo queda como envarado, formando un bloque.

La articulación temporomandibular (ATM) quedará fija por contracción muscular, ya que el cóndilo mandibular tiene relación con los haces, superior e inferior, del músculo Pterigoideo Externo (músculo de la masticación). La ATM es una articulación doble formada por la parte superior de la mandíbula (los llamados cóndilos mandibulares) y el hueso temporal del cráneo. Es ésta una estructura anatómica que, pese a su pequeño tamaño, presenta gran complejidad, tanto por la cantidad de movimientos que puede

realizar (traslación, rotación) como por la enorme actividad funcional que presenta desde el nacimiento, así como por su sofisticada estructura anatómica (con un menisco intraarticular, un sistema ligamentario y muscular propio. Además, con la ATM tienen íntima relación varios ligamentos, que aúnan esfuerzos para hacer más evidente el rigor mortis. Externamente se encuentra el ligamento lateral (poco robusto) y en el interior de la articulación se encuentra un menisco que permite la movilidad de la articulación, junto con la cápsula que es laxa. El ligamento esfenomandibular une la mandíbula con el esfenoides pero no es importante.

Otro fenómeno estomatognático asociado con la rigidez cadavérica es el bruxismo. Está demostrada la relación entre bruxismo y la actividad electromiográfica de maseteros y temporales. Las personas que bruxan tienen cuatro veces más contracciones del masetero, además contraen un masetero un segundo antes que el masetero contralateral, a diferencia de quienes aprietan en céntrica, que contraen ambos maseteros simultáneamente. Personas con bruxismo durante el sueño tienen el doble de actividad muscular masticatoria rítmica y de mayor duración, aún cuando ésta actividad se presenta en el 60% de los sujetos controles. El cansancio muscular, que puede producir el bruxismo, hace que la rigidez sea de instalación precoz .

Espasmo cadavérico

Constituye un tipo especial de rigidez cadavérica que se manifiesta de forma instantánea, es decir, sin que tenga lugar la fase de relajación muscular previa que sigue ordinariamente a la muerte y precede a la aparición de la rigidez ordinaria. Se produce de forma súbita en el mismo momento de la muerte, especialmente cuando ha habido extraordinaria tensión nerviosa o lesión del sistema nervioso o del corazón. En ocasiones, la rigidez súbita la experimenta todo el cuerpo, o una parte de él, conservando la posición que tenía en el momento de la muerte, como se observa de manera particular en los soldados caídos en el campo de batalla, cuyos cadáveres conservan la postura y la actitud en que la muerte les sorprendió.

Tratándose de las estructuras del sistema estomatognático como tal, el espasmo cadavérico solamente se presenta en aquellos cuerpos cuya sintomatología clínica craneocervicomandibular haya reflejado algún tipo de dolor miofacial, entendiéndose éste como un trastorno no inflamatorio que se manifiesta por dolor localizado, rigidez y la presencia de puntos gatillo. Una persona que en vida, presentaba síntomas de dolor miofacial, no puede presentar luego de la muerte una fase de relajación muscular previa, por lo cual se desencadenaría en ella una rigidez cadavérica inmediata(13-19).

Fenómenos cadavéricos mediatos

Dentro de los signos de muerte debidos a la aparición de los fenómenos cadavéricos, conviene distinguir 2 subgrupos:

- Fenómenos cadavéricos consecutivos a los cambios químicos tisulares, que se producen después de la muerte: Autólisis.
- Fenómenos cadavéricos originados por gérmenes: Putrefacción.

A consecuencia de la falta de oxígeno que se produce en los tejidos después de la muerte se inhiben los fenómenos bioquímicos vitales y se inician otros nuevos que traen por consecuencia la aparición de unos fenómenos naturales utilizados para el diagnóstico de la muerte cierta, y que han fundamentado la creación de otros.

Ante la estomatología forense, estos signos vislumbran manifestaciones clínicas que, a veces, por ser evidentes, pueden ser estudiadas por el odontólogo. La auto lisis es un

fenómeno con particularidades en el sistema estomatognático que requieren de especial atención.

Autólisis

Es el conjunto de procesos fermentativos que ocurren cuando no hay oxígeno dentro de las células, por acción de las propias enzimas que proceden de los lisosomas, sin participación bacteriana; por ello puede considerársele como una verdadera necrosis celular. Aunque usualmente ocurre primero que la putrefacción, en algunas oportunidades ocurren al mismo tiempo.

Estas transformaciones fermentativas, sin intervención bacteriana, proceden de la degradación de la materia orgánica: los prótidos se disgregan en ácidos aminados que pueden degradar en ácidos grasos inferiores, para formar, desde el séptimo día, la adipocira (cristales intracelulares de ácidos grasos en el tejido celular subcutáneo), los nucleoproteidos se convierten en ácido fosfórico y bases púricas; los lípidos sufren la acción de la oxidación bajo la influencia de fermentos lipolíticos y lecitinolíticos; resulta ácido acético y productos volátiles; los hidratos de carbono proporcionan alcoholes y ácido láctico cadavérico. De estos procesos autolíticos nacen igualmente los gases pútridos. Existen variables de compuestos bioquímicos, como la glucosa, la sangre, el ácido láctico, las proteínas, el nitrógeno residual, las enzimas, etc., a los cuales, por no tener relación directa con las estructuras del sistema estomatognático, y ser de poca ayuda diagnóstica desde el punto de vista odontológico, no se hace referencia.

Sin embargo, después de la muerte, con tiempo y condiciones determinados, el tejido de la pulpa dental puede sufrir autólisis, liberando la hemoglobina que se mantiene soluble. Dicha hemoglobina pasa a la dentina a través de los túbulos dentinarios, formándose en su degradación protoporfirina, responsable del color .

Visto el diente desde la transparencia del esmalte de la corona o bajo la delgada capa del cemento, la dentina hace parecer al diente rosa. Este mecanismo general ha sido refrendado por la repetición del proceso bajo condiciones controladas en laboratorio. La hemoglobina es la que da la coloración rojiza al diente y muchos estudios han comprobado que la hemoglobina sólo se filtra en la dentina. No se han reportado casos en que se hayan presentado filtraciones en el esmalte, cemento o dentina secundaria. Otra característica de los dientes rosados es el cambio de color experimentado por algunos dientes en determinadas circunstancias. En general, en sujetos a diferentes condiciones como la temperatura ambiental, la luz solar y el clima seco, la coloración puede cambiar de rojo – rosa a marrón.

La razón para que exista un alto porcentaje de dientes rosados en cuerpos recuperados del agua, podría ser la posición natural en la que flotan los cuerpos, con la cabeza por debajo del torso, lo que permitiría a la sangre filtrarse pasivamente en la cabeza. Pero el hecho de que la pigmentación de los dientes no ocurra en todos los casos de ahogamiento o estrangulación, indica que debe haber otros factores implicados aparte de la congestión de sangre en la cabeza.

La actividad fibrinolítica y el aumento de catecolaminas que se producen en las muertes por deficiencia de oxígeno podrían favorecer asimismo la aparición del diente rosado. Debido a que las cavidades pulpares en dientes jóvenes son amplias y vascularizadas, y a que en dientes jóvenes no hay tanta presencia de dentina secundaria, podría explicar la mayor frecuencia del diente rosado en jóvenes. Esta teoría solo tendría sentido si además se asumiese la hipótesis de que uno de los factores principales para la formación del diente rosado es la suficiente presencia de sangre en la cavidad pulpar.

De esta forma, cuando la hemólisis ocurra, una cantidad suficiente de hemoglobina estará presente para distribuirse por la dentina, impartiendo su color rojo.

En la determinación del tiempo de muerte, con frecuencia es útil comprobar el tinte, la dureza, defectos del tejido y la reacción del hueso a la luz ultravioleta. Con respecto al tejido óseo, los cambios en el tejido dentario son más leves. Después de 50 días de exposición al aire, aparecen en la superficie del cemento dental grietas rectas o curvas, que se hacen muy amplias y claras después de 300 días. Con el transcurso del tiempo, aumenta el número de grietas, así como la formación de ramas a partir de las mismas. Es llamativa la rapidez del cambio al aire libre, en contraste con la lentitud observada en tierra, máxime si hay sequedad. Esto permite determinar la ubicación de un cadáver desde su muerte. Debido a la expansión de la materia orgánica de la fibrilla dentinaria dentro de los canalículos a causa de la humedad, el promedio de la expansión de la dentina es proporcional al tiempo transcurrido desde la muerte. El tejido pulpar es más sensible a los cambios taxonómicos que los tejidos duros, por lo que su utilidad es mayor en el diagnóstico de tiempo de muerte. Con respecto a tejidos bucales, como el ligamento periodontal, la encía, la lengua y el hueso alveolar, los cambios post mortem ocurren en la relación de uno en el aire, dos en el agua y de 2.5 en la tierra.

Cambios en el tejido periodontal y dental después de la muerte

Muerte por asfixia:

Etimológicamente la palabra asfixia (del griego: a, sin; sfizos, palpito o pulso) fue creada desde la época galénica para expresar la parada del corazón. Sin embargo, es empleada desde hace largo tiempo para indicar la supresión de los cambios respiratorios por la falta de oxígeno. De ahí que de modo más exacto se denomine también anoxia, en sentido más extenso, y anoxemia para expresar que lo fundamental es el empobrecimiento gradual de la sangre en oxígeno, conduciendo a la paralización de todas las funciones vitales y en primer término las del sistema nervioso y el corazón que, como elementos más nobles, son los primeros que sucumben a la falta de oxígeno.

Ante la falta de oxígeno, el sistema estomatognático presenta variables cambios, dependiendo de la intensidad y del mecanismo de la pérdida. La participación del odontólogo forense es fundamental en el reconocimiento de los caracteres diagnósticos estomatológicos que a él le competen.

El cadáver de un ahogado permanece en un medio líquido, rico en microbios y casi siempre en movimiento. Esto implica que el odontólogo forense debe considerar los fenómenos cadavéricos particulares de los ahogados, de tal manera que la mucosa oral y los tejidos circundantes a la boca, también presentarán signos clínicos que hagan prever la causa, el mecanismo y la manera de morir.

Cambios en tejidos dentales:

Las estructuras dentales no sufren ningún daño físico.

Cambios en tejidos periodontales: La espuma, presente en las vías aéreas o delante de la nariz y de la boca (hongo de espuma) indica que el individuo respiró en procura de salvar su vida. Las asfixias por ahorcamiento, estrangulación a lazo y estrangulación a mano son muy importantes la mucosa bucal toma una coloración cianótica.

Muerte por trauma térmico (anexo 3.)

Los cambios dentarios: la coloración del esmalte se torna grisácea y a temperaturas elevadas se pierde el esmalte y la corona y la dentina se muestra carbonizada.

Disminuye el volumen de las raíces y se pueden observar en caninos e incisivos grietas longitudinales. El cuello de los dientes se encuentra fisurado.

Cambios periodontales: la mucosa bucal se encuentra de color marrón,

Caracteres de las intoxicaciones y su relación con el sistema estomatognático.

Prescindir de las manifestaciones clínicas que un tóxico imprime sobre las estructuras del sistema estomatognático, no es una opción acertada para el odontólogo forense. Este profesional debe también conocer las acciones que cada uno de ellos ejerce sobre el organismo y, por añadidura, sobre los tejidos faciales. Cuando una sustancia penetra en el organismo debe hacerlo mediante una vía de absorción adecuada, para que penetre al torrente circulatorio, y así la sangre lo distribuya en los diversos órganos. Esta absorción puede hacerse por la mucosa gastrointestinal, como sucede en la mayor parte de los envenenamientos, o por las vías respiratorias, que tienen un gran poder de absorción. La piel en estado normal, con su epidermis intacta, absorbe cantidades insignificantes de algunos venenos; pero desprovista de la capa córnea superficial, es más accesible a las sustancias tóxicas. La dermis desnuda, la superficie de las úlceras, el tejido celular subcutáneo tienen poder absorbente muy enérgico .

Las vías de eliminación de los venenos son varias: el mismo tubo gastrointestinal puede servir para la expulsión de aquellos venenos que producen vómito o diarrea (cobre, arsénico), las vías respiratorias (alcohol, éter, cloroformo), la piel, por medio del sudor (mercurio) y las glándulas salivares (mercurio).

Existen una gran cantidad de tóxicos que pueden presentar lesiones en los tejidos bucales, pero que raramente pueden llegar a producir la muerte. De la misma forma, existen tóxicos que pueden no presentar lesiones en tejidos orales, pero producir la muerte. Sin embargo, la mayoría de los venenos provocan aquellos cambios, con lo que se puede tener una pauta de la intoxicación, si se reconocen en el examen tanatológico que puede realizar un odontólogo forense. A pesar de que algunas sustancias son consideradas como no tóxicas, el hecho es que cualquier químico puede ser tóxico si es ingerido, bebido o absorbido en mucha cantidad.

Los caracteres de las intoxicaciones y su relación con el sistema estomatognático
anexo4

Tanatosemiología estomatológica.

La palabra tanatosemiología proviene del griego: Thanato: Muerte, Semio: Signo, Logía: Estudio de; por lo tanto, su significado hace referencia al estudio de los signos de la muerte. Estos, aplicados desde el punto de vista estomatológico, invitan al odontólogo forense a que sea uno de los profesionales forenses encargados de conocer con certeza la respuesta a los interrogantes que se plantean en torno a su participación en la determinación del diagnóstico de la causa de muerte y del intervalo post – mortem .

Los fenómenos cadavéricos, indistintamente sean tempranos o tardíos, pueden ser modificados por factores individuales y ambientales: la rigidez depende del estado de conservación o integridad de la musculatura en el momento de la muerte, las livideces pueden ser modificables con los cambios de posición, el espasmo cadavérico solo ocurre en situaciones específicas y la autólisis del tejido pulpar puede o no transparentarse a través de los tejidos duros dentales. Se hace comprensible que la participación de cada uno de estos fenómenos a la hora de establecer el cronotanatodiagnóstico, proveerá inconvenientes en el momento de precisar exactitud .

Lo anterior pretende dar a entender que un solo fenómeno cadavérico no puede ser catalogado como fundamental, ya que la interpretación de un sinnúmero de variables, aportará ventajas o desventajas a cada uno de ellos, cuando se intente establecer el intervalo post mortem. De esta manera, el odontólogo forense debe tener claro que ningún fenómeno cadavérico es imprescindible a la hora de correlacionarlo con la data de la muerte.

En esta misma dirección, deben labrarse las conjeturas concernientes a la participación del odontólogo en el diagnóstico, determinación y análisis de muchas variables referentes a la muerte. Un solo profesional del campo médico, no tiene las herramientas suficientes en todos los casos para emitir un juicio. El odontólogo forense debe conocer los signos de muerte que el sistema estomatognático refleja, pero no puede ensimismarse con ellos, pretendiendo que la responsabilidad recaiga exclusivamente sobre él. Esto no quiere decir que el odontólogo forense deba desprenderse de todas sus responsabilidades en los aspectos analíticos de la muerte, y desentenderse de este papel que su profesión le exige. En medio de los objetivos que la odontología forense tiene, la variabilidad de los fenómenos cadavéricos sobre las estructuras craneofaciales y cervicales en las muertes por asfixia, habilita al odontólogo para conocer los signos y manifestaciones en los que se correlacionan. Anexo 5

CONCLUSIONES

Los cambios que ocurren en los tejidos periodontales después de la muerte constituyen pruebas de vital importancia para el profesional odontólogo. La determinación del diagnóstico de la causa de muerte y del intervalo post mortem se deben considerar estas capacidades y aplicaciones para que en ningún momento sea una labor obsoleta y sin fundamentos, ya que cuando los signos cadavéricos se posan sobre el sistema estomatognático, el odontólogo forense es el profesional indicado para realizar su análisis diagnóstico. Si la manera de morir es violenta, el mecanismo promovido por la causa de muerte puede entrar a producir cambios sobre las estructuras del sistema estomatognático. Todos los fenómenos cadavéricos, sean inmediatos o mediatos, tienen alguna relación con la odontología forense, por lo que a la profesión odontológica le compete conocer sus manifestaciones clínicas. La odontología forense tiene la ventaja de dedicar mucha parte de su estudio a las estructuras dentales, las cuales tienen una gran resistencia a las temperaturas generadas por el fuego, posicionándolas como estructuras imprescindibles para realizar una correcta identificación. Entre las principales vías de obtención de la información se puede concluir que no existen suficientes fuentes bibliográficas en el ámbito nacional por lo que se recomienda crear nuevas líneas investigativas para ampliar los conocimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Román JA. La odontología forense. Una ciencia al servicio de la justicia. Anuario. [Internet]. 2011 [citado 16 Ene 2016]; 34: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idc34/art10.pdf>
2. Gómez CV. Odontología legal: su importancia y evolución. Rev Ateneo Argent Odontol. 2013; 51(1):65-69.
3. Michelotti A, Farella M, Stellato A, Martina R, De Laat A. Tactile and pain thresholds in patients with myofascial pain of the jaw muscles: a case-control study. J Orofac Pain. 2008 Spring; 22(2):139-45. PubMed PMID: 18548843.

4. Balla SB, Galic I, Vanin S, De Luca S, Cameriere R. Validation of third molar maturity index (I(3M)) for discrimination of juvenile/adult status in South Indian population. *J Forensic Leg Med.* 2017 May 3; 49:2-7. doi: 10.1016/j.jflm.2017.05.003. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 28482246.
5. Reddy S, Shome B, Patil J, Koppolu P. A clinical correlation between stature and posterior tooth length. *Pan Afr Med J.* 2017 Jan 16; 26:17. doi: 10.11604/pamj.2017.26.17.10436. eCollection 2017. PubMed PMID: 28450996; PubMed Central PMCID: PMC5398217.
6. Koh KK, Tan JS, Nambiar P, Ibrahim N, Mutalik S, Khan Asif M. Age estimation from structural changes of teeth and buccal alveolar bone level. *J Forensic Leg Med.* 2017 Apr 1;48:15-21. doi: 10.1016/j.jflm.2017.03.004. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 28407514.
7. Khaitan T, Kabiraj A, Ginjupally U, Jain R. Cephalometric Analysis for Gender Determination Using Maxillary Sinus Index: A Novel Dimension in Personal Identification. *Int J Dent.* 2017; 2017:7026796. doi: 10.1155/2017/7026796. Epub 2017 Mar 8. PubMed PMID: 28373883; PubMed Central PMCID: PMC5360944.
8. De Angelis D, Collini F, Muccino E, Cappella A, Sguazza E, Mazzucchi A, et al. Analysis of metallic medical devices after cremation: The importance in identification. *Sci Justice.* 2017 Mar; 57(2):128-135. doi: 10.1016/j.scijus.2016.11.003. Epub 2016 Nov 29. PubMed PMID: 28284438.
9. Gurunathan U. A new mathematical modelling based shape extraction technique for Forensic Odontology. *J Forensic Leg Med.* 2017 Apr; 47:39-45. doi: 10.1016/j.jflm.2017.02.006. Epub 2017 Feb 28. PubMed PMID: 28278437.

ANEXOS

Anexo 1

TABLA 1 (6)
LIVIDECES CADAVÉRICAS vs. EQUIMOSIS

<i>Livideces cadavéricas</i>	<i>Equimosis</i>
Cadáveres recientes: A la incisión, la sangre se ve fluida.	Cadáveres recientes: A la incisión, sangre extravasada, coagulada y firmemente adherida a las mallas del tejido.
Un poco de agua es suficiente para lavar esta sangre.	El agua carece de acción sobre la sangre extravasada de las equimosis vitales.
No sobresalen de la piel circundante.	Relieve y abrasión de la epidermis.
Localización correspondiente con partes declives.	Localización no coincidente necesariamente con partes declives.
Coloración usualmente de tonalidades rojizas.	Coloración variable.
Quando los cadáveres se hallan en descomposición y los tejidos reblandecidos se hacen permeables al pigmento, resulta casi imposible establecer la diferenciación cuando se trata de manchas pequeñas, por más que puede reconocerse todavía la sangre extravasada si existe en alguna cantidad.	

Tomado de: Téllez N R. Medicina Forense. Manual Integrado. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Colección Textos. Primera Edición. 2002. (6)

Anexo 2

TABLA 2 (4)
LIVIDECES CADAVÉRICAS SOBRE EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Labios se toman pálidos e inclusive con otros visos colorimétricos.
Livideces paradójicas en región mentoniana.

Tomado de: Bichat MF. *Traité d'anatomie descriptive*, Paris 1801-03; ID, *Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte*, Madrid 1807; ID, *Anatomía general*, Madrid 1807; P. LAIN ENTRALGO, Bichat. en *Clásicos de la Medicina*, Madrid 1946. (4)

Anexo 3

TABLA 3 CAMBIOS DENTARIOS POST MORTEM POR TRAUMA TÉRMICO

T°	Coloración	Modificaciones en las estructuras
100°C		Sin modificaciones
150°C	Ligera	Roturas poco profundas
175°C	Esmalte brillante	Grieta longitudinal en incisivos y caninos
215°C	Esmalte grisáceo	Aspecto agrietado de la raíz
225°C	Manchas marrones en la raíz	Cuello fisurado
270°C	Corona grisácea y brillante	Gran fragilidad del esmalte afectado
300°C	Dentina carbonizada	Caída espontánea del esmalte sano.
400°C	Dentina carbonizada	Estallido de coronas de dientes sanos
800°C	Dentina carbonizada	Disminución del volumen de raíces

Tomado de: Vázquez H, Investigación Médico Legal De La Muerte, Buenos Aires. Editorial Astrea. 2003. p.50 (2)

Anexo 4

TABLA 4 MANIFESTACIONES MUCOSAS Y CLÍNICAS POST – MORTEM DE DIVERSOS TÓXICOS

Veneno	Manifestaciones Mucosas	Manifestaciones Clínicas
Mercurio	Mucosa oral inflamada, gruesa y de color blanquecino. Lengua con papilas muy desarrolladas.	Manifestaciones mucosas.
Plomo	Encías de color azulado. Dientes negros en su base (Sulfuro de plomo)	Piel con tinte icterico.
Fósforo	Manchas equimóticas pronunciadas. Necrosis de maxilar inferior.	Al principio, cadáver lívido. Posteriormente, cadáver icterico.
Antimonio	Mucosa gastrointestinal inflamada. Placas rojas diseminadas. Pústulas en faringe, esófago y estómago.	Manifestaciones mucosas.
Ácido nítrico	Mucosa de boca, lengua y faringe de color cetrino. Epitelio desprendible con suma facilidad.	Partes corroidas de color rojo – anaranjado.
Ácido cianhídrico	No se encuentra en la boca y en los labios manchas ni escaras sino cuando la acción del ácido se ha prolongado por largo tiempo. La cavidad bucal, principalmente hacia el fondo, tiene color gris claro. La mucosa, blanda y destruida en algunos puntos.	Manchas rojas o de color rosado. Rigidez cadavérica precoz y muy pronunciada, que se prolonga más de lo ordinario. La putrefacción se hace más lenta. La nariz y la boca, con espuma sanguinolenta. Los ojos brillantes y las pupilas dilatadas. Olor a almendras amargas.
Yodo	Cianosis labial.	Manifestaciones mucosas.
Ácido oxálico	Coloración blanca de boca, lengua, esófago y estómago.	Manifestaciones mucosas.
Ácido fénico	Coloración blanca de boca, esófago y estómago.	Cadáver que despiden olor característico al ácido. Piel con manchas azulosas.
Atropina	Sequedad de boca.	Midriasis. Mirada fija y estúpida. Parálisis general.
Cocaína	Palidez mucosa. Sequedad de boca.	Exoftalmia. Hiperpirexia. Midriasis. Perforación de tabique nasal.
Cicuta	Lesiones no constantes ni características.	Putrefacción cadavérica rápida. Congestiones pasivas en todos los órganos, principalmente en meninges cerebrales.
Curare	Globo ocular de color rojizo.	Rigidez cadavérica tardía. Párpados cerrados. Vasos cerebrales llenos de sangre, sin ninguna otra lesión.
Colchico	Lesiones no constantes ni características.	Hiperemia de meninges y senos craneales.
Nicotina	Boca quemada. Labios cubiertos de costras. Lengua de color gris y muy voluminosa. Idénticas lesiones en mucosa de boca, faringe y esófago.	Lesiones no constantes ni características.
Monóxido de carbono	Mucosas congestivas.	Manchas rosadas en cara, cuello, tórax, abdomen y miembros. Midriasis.
Hongos venenosos	Lesiones no constantes ni características.	Putrefacción rápida.
Santonina	Mucosas congestivas.	Hiperemia cerebral y de médula espinal, especialmente en meninges, correspondientes a muerte por sofocación.
Alumbre	Mucosas de boca cubiertas con un depósito amarillo sucio. Manchas semejantes en faringe y esófago. Lengua y paladar tumefactos.	Lesiones no constantes ni características.
Estricnina	Lesiones no constantes ni características.	Aumenta la rigidez. Aumenta la temperatura corporal postmortem.
Potasa y soda cáustica	Mucosas de boca y faringe blandas, de color blanco sucio y profundamente alteradas.	Lesiones no constantes ni características.

Tomado de: Simonin C. Medicina Legal Judicial. Jims, 1990. (8)

Anexo 5

TABLA 5 HÁBITO EXTERNO EN EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO EN LA MUERTE POR ASFIXIA

Cianosis generalizada, especialmente en la cabeza y más acusada en los bordes de las mucosas.
Exoftalmia que a veces llega a un verdadero exorbitismo.
Protrusión de la lengua, la cual usualmente queda atrapada entre las arcadas dentarias, mostrando a menudo las huellas de mordeduras agónicas.
Equimosis subconjuntivales
Quemosis
En muertes por ahorcadura, huellas de violencias traumáticas usualmente originadas en las convulsiones agónicas propias de la asfixia, cuando el cadáver pende inmediato a un muro, árbol, poste, etc., contra el cual se golpea.
Estigmas ungueales en muerte por estrangulación a mano.
Mascarilla equimótica en sofocación por compresión externa toraco – abdominal.
Maceración en sumersiones, que da también origen al desprendimiento precoz de las faneras cutáneas, pudiendo generar confusiones identificativas por las calvicies que origina.
Hongo de espuma, constituido por una bola de espuma de burbujas finas y bastante iguales que cubre los orificios respiratorios y que se continúa con la espuma tráqueo – bronquial. Es especialmente característica de la sumersión, pero puede encontrarse también en otras asfixias y aun en otros tipos de muerte (epilepsia, edema agudo de pulmón).

Tomado de: Gisbert Calabuig, JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ta Ed. Barcelona. Masson 1998 (10)

**CAMPO DE CANCERIZACIÓN CUTÁNEO EN CÁRCINOMA
EPIDERMOIDE.
HOSPITAL “GAL”. CIENFUEGOS
OCTUBRE 2017 -MARZO DE 2018.**

Autores:

1. Dra. MSc Marlene Curbelo Alonso, mcurbelo@jagua.cfg.sld.cu, Hospital GAL Cienfuegos, Cuba.
2. Dr. Yeichson Antonio Barón Paira, resyab841227@ucm.cfg.sld.cu, hospital GAL Cienfuegos, Venezuela.
3. Dra. MSc Graciela Caridad Cabrera Acea, gracielaca@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico docente universitario” Dr. Juan José Apolinaire Pennini”, Cienfuegos, Cuba.
4. Damarys Diaz Leonard, damarys@nauta.cu, policlínico Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

El Carcinoma Epidermoide (CE) ha doblado su incidencia en los últimos 40 años, probablemente por una mayor exposición a actividades expuestas al sol. El fenómeno de cancerización de campo se ve reflejado principalmente en aquellos pacientes con fotodaño intenso y múltiples queratosis actínicas (QA), lo cual puede representar mayor riesgo para la transformación de las QA en CE

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos con el objetivo de caracterizar los pacientes con campo de cancerización y CE atendidos en servicio Dermatología. Hospital GAL. Cienfuegos, durante el período comprendido entre Octubre 2017 a Marzo 2018. El universo estuvo constituido por todos los pacientes que presenten campo de cancerización y diagnóstico clínico e histológico de CE o queratosis actínicas en el cual se haya sospechado un CE.

Los pacientes predominan en el sexo masculino y se presentan lesiones después de los 50 años donde el 77 % de los pacientes presentó manifestaciones de campo, los resultados histológicos demostró la presencia de CE y QA como diagnóstico más frecuente, y las QA y el daño solar crónico, resultaron las lesiones semiológicas de mayor frecuencia de aparición. El crecimiento rápido, así como hiperqueratosis de gran tamaño; los signos de transformación hacia carcinoma epidermoide.

Podemos concluir que los pacientes con campo de cancerización son un factor de riesgo en el desarrollo del carcinoma epidermoide y debemos tenerlo presente para tratar las lesiones presentes antes de la aparición de las lesiones malignas.

Palabras clave: neoplasias cutáneas, carcinoma epidermoide, campo de cancerización

INTRODUCCIÓN.

El cáncer de piel y las lesiones pre-malignas en los últimos años está en aumento debido a la destrucción de la capa de ozono, la radiación ultravioleta (UV) ha tomado monumental importancia por los problemas de salud que acarrea, especialmente en relación con este tipo de patología cutánea. Cada dos pacientes que se diagnostican cáncer en todo el organismo, aproximadamente uno es de piel. Es importante saber que los efectos del Sol son acumulativos y que aproximadamente 80% del daño solar se produce en las personas antes de cumplir los 18 años de edad. (1)

Para la mayoría de las personas, cuando la piel se expone al sol, los melanocitos producen más pigmento, causando que la piel se torne bronceada o más oscura y así proteja las capas más profundas de sus disímiles efectos nocivos. (2,3)

El engrosamiento de este órgano y la formación de melanina ayudan a la protección contra las radiaciones, las cuales pueden ocasionar lesiones que se expresan desde quemaduras por exposición intensa y aguda hasta el envejecimiento prematuro y la carcinogénesis por la exposición crónica.(4)

El cáncer cutáneo se le ha dividido en dos grandes grupos: cáncer de piel no melanoma y el melanoma; dentro del primer grupo vamos encontrar principalmente al carcinoma basocelular y al carcinoma epidermoide, alrededor de ocho de cada diez casos son cánceres de células basales, los cánceres de células escamosas ocurren con menor frecuencia, pero manifiestan mayor índice de metástasis y mortalidad, por lo que su estudio es de gran importancia, afectando piel mucosas y otros órganos. ^{3,4}

El espinocelular (CE) se origina del queratinocito epidérmico que sufre mutaciones repetidas como consecuencia de la exposición a la radiación ultravioleta (RUV). Es muy común en las personas de piel clara y tiene un 95% de curación detectado y tratado adecuadamente.

El desarrollo del CE es multifactorial e involucra factores genéticos y ambientales. Existen múltiples factores carcinogénicos implicados, sin embargo la RUV es claramente el factor demostrado más importante, ya que el 80% de los CE ocurren en zonas expuestas de la piel, como también los individuos de piel tipo I son los

En la piel, la primera evidencia clínica de su daño son las queratosis actínicas, lo cual se demuestra por la frecuente asociación entre queratosis solares y carcinomas escamosos.^{1, 5.} El fenómeno de cancerización de campo se ve

reflejado principalmente en aquellos pacientes con fotodaño intenso y múltiples queratosis actínicas, con el riesgo potencial de evolucionar o de sufrir transformación a carcinomas de células escamosas. Evidencia una población de alto riesgo, que desarrolla tumores primarios sobre lesiones precursoras subclínicas, a su vez afectada por una morbilidad sostenida y el requerimiento de múltiples intervenciones terapéuticas.⁶ Cancerización de campo se refiere a la presencia de múltiples queratosis actínicas y es considerado el principal marcador de este proceso, en una población de alto riesgo que además se caracteriza por foto tipos claros, exposición ultravioleta y predisposición genética, entre otros.⁶

El concepto de queratosis actínicas como marcadoras de cancerización de campo va ganando validez basado en la dificultad en arribar a una definición precisa de las mismas y a su relación con los CEC. Hablar de QA en este contexto

es reconocer que existen alteraciones tempranas en el tejido adyacente antes de que una QA sea evidente.⁶

Las recurrencias locales ocurren en un área que abarca hasta 7 cm alrededor de los tumores. Esto se debe a que en el 25% de los márgenes de resección en QA y CEC, (carcinomas espino celulares) de cabeza y cuello, se ha demostrado alteraciones genéticas.⁷

Los segundos tumores primarios ocurren a una distancia mayor de 2 cm, luego de transcurridos al menos tres años y con un patrón genético no relacionado.⁷

La elevada frecuencia del cáncer de piel en la actualidad, representa un grave problema de salud que se incrementa, afectando a todos los países independientemente de la raza, cultura, nivel de desarrollo económico y sistema político, y además conociendo las condiciones climáticas de nuestro país y en particular nuestra provincia y además que la exposición solar acumulada es el factor de riesgo más importante en el desarrollo del cáncer de piel no melanoma.

Por todo lo anterior expuesto nos planteamos la siguiente interrogante.

¿Cómo se comporta el campo de cancerización cutánea como factor de riesgo del carcinoma Epidermoide?

OBJETIVOS.

General:

1. Caracterizar los pacientes con campo de cancerización cutánea como factor de riesgo del carcinoma Epidermoide.

Específicos:

1. Determinar variables sociodemográficas y clínicas.
2. Identificar aspectos clínicos que determinan áreas de campo de cancerización, así como los signos clínicos de transformación de QA a CEC.
3. Establecer la asociación entre el campo de cancerización e intervenciones previas

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Estudio: Observacional descriptivo de serie de casos, para determinar aspectos clínicos sobre campo de cancerización como factor de riesgo del carcinoma epidermoide servicio de dermatología del hospital provincial de Cienfuegos desde 1ro de octubre del 2016 hasta el 31 de abril del 2017. La muestra fueron todos pacientes con diagnóstico de campo de cancerización, carcinoma epidermoide o queratosis actínicas sospechosos de CE. Muestra tomada a conveniencia. Evaluados en la consulta de tumores de dermatología hospital GAL.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

Todos los pacientes atendidos en las consultas de tumores de dermatología (con previa coordinación y orientación con los médicos dermatólogos de las consultas de dermatología) con campo de cancerización o diagnosticados clínica e histológicamente como carcinoma epidermoide o queratosis actínicas sospechosos de CE, serán evaluados al efecto del estudio en la consulta de dermatología de tumores.

Se confeccionará un formulario de datos a parte de la entrevista con el paciente, la Historia clínica, donde se expresarán datos de caracterización del paciente y los relacionados con la patología del estudio (ver Anexo 1).

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Los datos recolectados serán introducidos en una base de datos utilizando el software estadístico SPSS ver. 15.0, que además nos permitirá la aplicación de los procedimientos de la Estadística Descriptiva en el cálculo y presentación resumida de los resultados obtenidos los cuales se mostrarán en tablas de frecuencia y de relación de variables expresados en número y por ciento, razones y tasas. Para la presentación del trabajo investigativo nos ayudará en la confección de los gráficos estadísticos.

ASPECTOS ÉTICOS.

Esta investigación dio cumplimiento a los principios que rigen la ética de la investigación, utilizándose los datos recogidos para la misma con fines puramente investigativos. Respetando el código de ética médica y la privacidad individual del paciente. Se aplicó un consentimiento informado a los pacientes para obtener su voluntad en el estudio, explicándole en qué consiste el mismo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla Nro1. Relación de la edad del paciente con sexo

Edad de los participantes	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
21-29 años	1	0	1
40-49 años	1	1	2
50-59 años	5	7	12
60 y más	40	45	85
Total	47	53	100

El campo de cancerización tiene un comportamiento con ligero predominio en el sexo masculino y su edad de aparición más frecuente es a partir de los 50 años, predominando en el grupo de 60 y más años.

Según la Academia Americana de Dermatología, el 50% de las personas mayores de 40 años, con algún factor pre disponente, tiene al menos una queratosis actínica. y según Dzul-Rosado, afecta principalmente a hombres mayores de piel tipo I y II aumentando la incidencia después de los 40 años ⁵.

Por la incidencia y acumulación del daño solar en la piel en fototipos cutáneos claros este proceso se desarrolla con mayor frecuencia después de esta edad y los hombres por la labor que realizan expuestos al sol y con menor responsabilidad hacia los cuidados requeridos se destacan ligeramente en la presentación del cáncer cutáneo.

Tabla Nro. 2 Presencia de campo de cancerización y sexo

Sexo	Presencia de campo de cancerización	Total

		SI	NO	
	Femenino	33	14	47
	Masculino	44	9	53
Total		77	23	100

Fuente encuesta

Tabla Nro. 3 Resultado histológico y Presencia de campo de cancerización

Histología	Presencia de campo de cancerización		Total
	SI	NO	
Q.A	15	2	17
C.E.C.	44	8	52
C.B.C.	5	4	9

Fuente encuesta

En la muestra estudiada se observó que el 77 % de los pacientes presentó campo de cancerización y con predominio mayor en el sexo masculino y el 23 % no presentó este fenómeno de campo a pesar de presentar otras patologías tumorales malignas o pre malignas, precursoras del cáncer.

Este cáncer ha doblado su incidencia en los últimos 40 años, probablemente por una mayor exposición a actividades recreacionales y una mayor consulta por el efecto de las campañas publicitarias preventivas. El rol de la depleción de la capa de Ozono así como la mayor cantidad de individuos sometidos a inmunodepresión de diversa índole, también ha influido en este aumento ⁵

El fenómeno de cancerización de campo se ve reflejado principalmente en aquellos pacientes con fotodaño intenso y múltiples queratosis actínicas, con el riesgo potencial de evolucionar o de sufrir transformación a carcinomas de células escamosas ⁶

El campo de cancerización es la expresión de un fotodaño marcado y su principal expresión son las queratosis actínicas quienes son precursoras importantes del carcinoma espinocelular

Tabla Nro. 4 .Lesiones semiológicas presentes en el campo de cancerización

Lesiones semiológicas de campo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Queratosis Actínica	55	55,0	55,0
Daño solar crónico	28	28,0	83,0
Lentigo solar	8	8,0	91,0
Disturbios Pigmentarios	3	3,0	94,0
Arrugas	4	4,0	98,0
Xerosis	2	2,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente encuesta

Las queratosis actínicas y el daño solar crónico son las lesiones semiológicas que se destacan en los pacientes con campo de cancerización con un 55 y 28 % respectivamente y un porcentaje acumulado de 83 %, no siendo así los disturbios pigmentarios y lentigos solares.

En la piel, el campo incluye las alteraciones clínicas y sub clínicas que pueden ser diagnosticadas a través de la semiología con la presencia de QA y otras situaciones como: lentigo solar, disturbios de la pigmentación, modificaciones de la textura de la piel, arrugas, xerosis, elastosis solar. La definición campo de cancerización cutánea es: "El daño provocado por la foto-exposición crónica de áreas de la piel con múltiples lesiones de QA, además de otros daños, causados por la exposición a los rayos ultra violeta".

Tabla Nro. 5. Presencia de campo de cancerización y número de veces de cáncer de piel

Nº de operaciones previas	Presencia de campo de cancerización		Total
	SI	NO	
1	30	18	48
2	29	5	34
3	14	0	14
4	3	0	3
+ de 4	1	0	1
Total	77	23	100

Fuente encuesta

Podemos observar que en los pacientes donde se observa campo de cancerización el numero de cirugías previas fue mayor, así prevaleció el numero de 1,2 y 3 cirugías anteriores realizadas a los pacientes.

Las recurrencias locales ocurren en un área que abarca hasta 7 cm alrededor de los tumores. Esto se debe a que en el 25% de los márgenes de resección en QA y CEC, (carcinomas espino celulares) de cabeza y cuello, se ha demostrado alteraciones genéticas.⁷

Tabla Nro. 6. Presencia de campo de cancerización y signos de transformación hacia CEC

Signos de transformación hacia CEC	Presencia de campo de cancerización		Total
	SI	NO	
Infiltración	5	2	7
Diámetro > 1 cm.	3	2	5
Crecimiento rápido	23	5	28
Sangramiento	2	1	3
Eritema	9	9	18
Ulceración	5	2	7
Hiperqueratosis de gran tamaño	26	2	28
Total	77	23	100

Fuente encuesta

En la tabla anterior se puede observar que el crecimiento rápido con 23 % y las hiperqueratosis de gran tamaño con 26 % son los signos de mayor frecuencia en transformación hacia un CEC.

Quaedvlieg, identificó factores de riesgo para la progresión de lesiones de campo, los signos clínicos más urgentes de transformación de QA a CEC son: infiltración, inflamación, diámetro mayor de 1 cm, rápido crecimiento, sangramiento, eritema y ulceración. Otros factores de riesgo que pueden ser considerado son: grandes lesiones hiperqueratosis y lesiones localizadas en los labios, la nariz, orejas y párpados. El género masculino, edad avanzada, con previa historia de cáncer de piel, fototipos I y II, exposición solar frecuente y la inmunosupresión, son también considerados factores relevantes en el proceso de transformación de estas lesiones.⁸

CONCLUSIONES

El campo de cancerización se presenta en los pacientes de más de 50 años, en estos las lesiones tumorales de mayor frecuencia es el carcinoma epidermoide y la queratosis actínica, lesión pre maligna, que expresan el daño solar crónico, se presentan como las lesiones semiológicas de mayor frecuencia de aparición en el área de campo. El crecimiento rápido, así como la hiperqueratosis de gran tamaño son los signos de transformación hacia carcinoma epidermoide más evidentes a tener en cuenta en la transformación del mismo.

Podemos concluir que los pacientes con campo de cancerización son un factor de riesgo en el desarrollo del carcinoma epidermoide y debemos tenerlo presente para tratar las lesiones presentes antes de la aparición de las lesiones malignas, pues además son pacientes tributarios a varias intervenciones quirúrgicas.

Referencias Bibliográficas.

1. Lobo. PB, Lobo.AS. Cancer de piel no melanoma. REV. MED. CLIN. CONDES [Internet]. 2011 [citado 12-3-16]; 22(6):[aprox. 737-748 p.]. Disponible en:
2. American Cancer Society. Cáncer de piel: células basales y células escamosas [Internet]. Georia: American Cancer Society; 2015 [citado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002321-pdf.pdf>
3. Aroche Domínguez ME, Hernández Del Pino S, AbijanaDamién G, Balón Ferrer A, Bordelois Abdo JA. Comportamiento epidemiológico de cáncer de piel. Rev Información Científica [Internet]. 2012 [citado 2 Mayo 2015]; 76 (4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article/view/252/241>
4. Ferrandiz L et al. Assessing physician's preference on skin cancer treatment in Europa.Br J Dermatol..2012; 167(2): 29-35.
5. Dzul-Rosado K. Epidemiología del cáncer de piel en el Centro Dermatológico de Yucatán durante 2012. RevMexDermatol. [en Internet]. 2015 [consultado 4 de Mayo del 2015]; 59(1): [aprox 4 p]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com>
6. M.Vatve,J,P.Ortonnet,M.A.Birch-MachinandG.Gupta. Management of field change in actinic keratosis.Br.J of dermatol..2007; 157(2): 21-24.
- J.graells,R.M.Ojeda y A.Garcia-Cruz. Cancerizacion en el carcinoma Basal. Actas dermosifilograficas [Internet]. 2014 [citado 10/02/16]; 105(1):[aprox. 53-5 p.]. Disponible en: <http://www.actasdermo.org> el 01/02/2016.
7. Ribeiro T.LA, Festa-Neto. C. Cutaneous field cancerization: clinical, histopathological and therapeutic aspects. An.Bras.Dermatol. [Internet]. 2013 [citado 26/2/16]; 88(5):[aprox. 1-26 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132300>
8. S.Ranwala and K.Y. Tsay. Roles of the immune system in skin cancer . Br J dermatol.. 2011; 165(1): 53-65.
9. Ferrandiz L et al. Assessing physician's preference on skin cancer treatment in Europa.Br J Dermatol..2012; 167(2): 29-35.
10. María Ferrari. Queratosis actínicas como modelo. Educación Medica Continuada. 2013; XIX - Nº 4 2013(4): 331.

Anexos:

Anexo 1

Cuestionario

1) Nombre y apellidos:

2) Edad:

1. ___ De 18 a 20 años. 2. ___ De 21 a 29 años. 3. ___ De 30 a 39 años.

4. ___ De 40 a 49 años. 5. ___ De 50 a 59 años. 6. ___ De 60 años y más.

3) Sexo:

1. ___ Femenino. 2. ___ Masculino.

4) Operación previa de cáncer de piel:

___ No refiere. ___ Carcinoma Basal. ___ Carcinoma Epidermoide.

___ Melanoma maligno. ___ Otros.

5) Tamaño de la lesión:

___ Menos de 1 cm. ___ Entre 1 y 5 cm. ___ Más de 5 cm.

6) Tiempo de evolución de la lesión:

___ Menos de 1 año. ___ Entre 1 y 3 años. ___ Más de 3 años.

7) Localización de la lesión:

___ cabeza. ___ orejas. ___ nariz. ___ boca. ___ mejillas.

___ ojos. ___ cuello. ___ tórax anterior. ___ tórax posterior.

___ abdomen. ___ miembros superiores. ___ miembros inferiores.

8- presencia o no de campo de cancerización a- si ___ b- No ___

9- Lesiones semiológicas presentes

a) Queratosis actínicas

b) Lentigos solares

c) Disturbios pigmentarios

d) Arrugas

e) Xerosis

f) Daño solar crónico

10- Signos de transformación de queratosis actínicas en CEC

a) Infiltración

b) Diámetro mayor de 1 cm

c) Crecimiento rápido

d) Sangramiento

e) Eritema

f) Ulceración

g) Lesión hiperqueratósica de gran tamaño

h) Lesión en los labios

i) Nariz

j) Oreja

k) Párpados

TÍTULO: CÁNCER BUCAL DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO.

Autores:

1- Dra. Malena Balbis Cabrera, malena85@perla.inf.cu, Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL), Cuba, Máster en Salud Bucal Comunitaria.

2- Dra. Taise Duany Mejías, Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, Jefe del Departamento de Estomatología del (HGAL)

3- Dra. Clara Rosa Rosell Silva, Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL), Cuba, Máster en Salud Bucal Comunitaria.

Resumen:

El cáncer oral, constituye una preocupación para la comunidad científica actual debido a su alta incidencia y su etiología multifactorial. Representa una de las primeras causas de muerte y la mayoría de los estudios coinciden en que es más común en el género masculino. **Diseño:** Estudio observacional-descriptivo de corte transversal realizado en el HGAL. **Período:** Septiembre de 2017 a Marzo de 2018. **Objetivo:** Determinar la influencia del género en la percepción del riesgo y aparición del cáncer bucal. **Universo y muestra:** El universo estuvo dado por todos los pacientes que acudieron a consulta en el período estudiado y que presentaron queratosis en la cavidad bucal. La muestra coincidió con el universo tomándose en cuenta criterios de inclusión y exclusión. **Métodos:** Se utilizaron métodos del nivel teórico como el Histórico-Lógico, Analítico-Sintético e Inductivo-Deductivo y del nivel empírico, el análisis de contenido, entrevista y encuesta. **Variables:** Grupos de edad, sexo, factores de riesgo, nivel de conocimientos, parámetros para medir la percepción de riesgo y nivel de percepción de riesgo. **Principales resultados:** El sexo masculino fue predominante en la muestra y el factor de riesgo sobresaliente fue la mala higiene bucal seguida del consumo de alimentos muy calientes y el tabaquismo, a expensas de este mismo género. Las mujeres presentaron mayor nivel de conocimientos que los hombres en cuanto al cáncer bucal pero en ambos grupos el conocimiento fue, en su mayoría clasificado como malo. Las mujeres tuvieron mayor percepción del riesgo que los hombres, teniendo en cuenta los parámetros analizados.

Palabras claves: cáncer bucal, género, factores de riesgo, percepción de riesgo.

Introducción:

El cáncer, en cualquiera de sus variantes y localizaciones, constituye un problema de salud para el hombre moderno, sobre todo porque es una enfermedad crónica, que se incrementa proporcionalmente al envejecimiento de la población. ¹

El estudio de esta enfermedad se ha enmarcado en tres periodos importantes, el primero fue descriptivo y se extendió desde los principios de la historia hasta mediados

del siglo XVIII; el segundo, profundizó en los aspectos clínicos y anatomopatológicos, y culminó cerca del año 1900; mientras que el tercer período se extiende hasta la época actual e incluye la definición y el diagnóstico molecular, así como los avances terapéuticos.²

En el siglo XX, las investigaciones y descubrimientos relacionados con el cáncer experimentaron avances muy significativos debido a la prevalencia y la incidencia progresiva de esta enfermedad; pero no fue hasta el año 1964, que se reforzó la importancia de los factores de riesgo de los tumores malignos, luego de aparecer un documento del gobierno norteamericano denominado *Smoking and Health. United States. Report of the Advisory Committee to the Surgical General of the Public Health Service*. (Fumar y salud. Reporte del comité asesor para la Cirugía General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos). En este artículo, se mostró la relación directa del tabaco con varios tipos de cáncer, lo que causó una reacción de miedo o terror en todo el mundo, pues por primera vez, una institución gubernamental de alto nivel, con estupenda notoriedad científica, oficializó la correspondencia entre el tabaquismo y varias enfermedades fatales.¹

Actualmente, constituye la sexta causa de muerte más frecuente en el mundo y en Cuba el cáncer bucal está entre los diez tipos más comunes, con incidencia y mortalidad crecientes, según datos del Anuario Estadístico de Salud 2014.³

Diversos estudios han mostrado que los principales factores de riesgo asociados al cáncer bucal son el tabaquismo y el alcoholismo. Se ha identificado una clara relación dosis-respuesta entre el tabaco y esta enfermedad, con un incremento en el riesgo para desarrollarlas directamente proporcional a la duración e intensidad de la exposición. El alcohol, por sí mismo causa cambios neoplásicos, independientemente de los efectos carcinogénicos directos sugeridos.⁴

Otros factores de riesgo para la aparición del cáncer bucal y que son compartidos por muchos investigadores son: la edad del paciente, irritación crónica producida por dientes filosos o prótesis mal adaptadas, mala higiene bucal, avitaminosis A, C y E y los compuestos químicos empleados en algunas profesiones (níquel, textiles, ácido sulfúrico), así como las infecciones por el Virus del Papiloma Humano que es lo más novedoso.⁵⁻⁶

Desde el punto de vista de género se puede decir que el cáncer oral es más común en los hombres y, por lo general, aparece después de la quinta década de vida.⁷

En la primera década de este siglo, las tasas de incidencia se han mantenido entre 7.8 y 11.3 por cien mil hombres y entre 2.9 y 4.7 por cien mil mujeres; a razón de ocho hombres por cada tres mujeres. Las tasas de mortalidad oscilan entre 3.8 y 5.2 por cien mil hombres y entre 1.6 y 2.1 por cien mil mujeres. La tasa de supervivencia observada en cinco años se estima en alrededor de 41.6%. Las diferencias en la morbilidad según el sexo no se deben a causas hereditarias o metabólicas que predisponen, sino al estilo de vida en los hombres; a esto se suma el efecto temporal que aumenta con la edad y la combinación de varias condicionantes de riesgo.¹

Estos datos que continúan ascendiendo paulatinamente, son cifras preocupantes para la comunidad científica actual y es preciso realizar estudios que indaguen acerca de la percepción del riesgo y la actitud de hombres y mujeres ante las acciones de autocuidado, dirigidas a la prevención del cáncer bucal. Por todas estas razones se formuló el siguiente problema:

Problema científico.

¿Cuáles son los factores que diferencian el proceso de aparición del cáncer bucal entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta la presencia de factores predisponentes y la grado de percepción de riesgo?

Para dar respuesta a esta interrogante y formando parte del desarrollo de la investigación se plantean los siguiente objetivos.

Objetivo General

- Determinar la influencia del género en la percepción del riesgo y la aparición del cáncer bucal.

Objetivos específicos:

1. Identificar la presencia de queratosis de la mucosa oral según edad y sexo.
2. Determinar los factores de riesgo existentes en la muestra según sexo.
3. Constatar el nivel de conocimientos acerca del cáncer bucal según sexo.
4. Evaluar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal según sexo.

Metodología

Se desarrolló un estudio observacional-descriptivo de corte transversal en el período comprendido entre septiembre de 2017 y marzo de 2018. La investigación tuvo como escenario la Clínica Estomatológica Docente del HGAL.

El universo estuvo conformado por la totalidad de pacientes que presentaron algún tipo de lesión queratósica y que fueron atendidos en la clínica estomatológica durante el periodo de estudio. Se tuvo en cuenta a los pacientes con este tipo de patología ya que constituye una alteración de la queratinización del epitelio generalmente asociada a factores irritativos. Esta casi siempre desaparece al retirar el agente causal pero debe ser considerada un signo predictor de que pudiera en el futuro existir un cambio morfológico celular y es el momento de actuar sobre los factores de riesgo presentes.

La muestra fue de 63 pacientes y coincidió con el universo. Además se trabajó teniendo en cuenta criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- 1- Pacientes que asistieron a la consulta estomatológica en el período en que se desarrolló la investigación y presentaron algún tipo de queratosis.
- 2- Pacientes que dieron su consentimiento para participar en el estudio.
- 3- Pacientes mentalmente aptos para participar en la investigación.

Se examinaron a todos los pacientes con set de clasificación y se les llenó el modelo de historia clínica individual con el fin de obtener los datos necesarios desde el punto de vista clínico para el desarrollo del estudio.

Fueron utilizados métodos del nivel teórico como el Histórico-Lógico, Analítico-Sintético e Inductivo-Deductivo y del nivel empírico, el análisis de contenido, entrevista, encuesta.

El método Histórico-Lógico: permitió analizar el devenir de la problemática en cuestión a través de los años, su tratamiento en el mundo y el desarrollo de investigaciones relacionadas tanto foránea como en Cuba.

El método Analítico-Sintético permitió la concatenación de las ideas expresadas en el fundamento teórico de la investigación, abarcando la temática de lo general a lo particular y fue útil en la confección del resumen.

El método Inductivo-Deductivo: facilitó, al analizar los datos, el establecimiento de comparaciones e interpretación de los resultados para concretar las conclusiones del estudio.

La entrevista: permitió el intercambio directo con los pacientes y garantizó la recolección de datos subjetivos acerca de las actitudes de éstos ante el proceso salud-enfermedad, de la situación que presentada en el momento específico de la investigación, así como de sus motivaciones, expectativas y necesidades sentidas.

La encuesta fue diseñada al efecto con el fin de constatar el nivel de conocimientos de los pacientes acerca de las principales cuestiones relacionadas con el cáncer bucal, su prevención y conducta a seguir ante una lesión maligna o pre-maligna. Fue validada por un comité de expertos y contó con 10 preguntas.

La forma en que se evaluó fue la siguiente:

Bien: Más del 80% de las preguntas contestadas correctamente.

Regular: Entre el 50% y el 79% de las preguntas contestadas correctamente.

Mal: Menos del 50% de las preguntas contestadas correctamente.

Para evaluar la percepción de riesgo de los pacientes ante el cáncer bucal se tuvieron en cuenta varios parámetros positivos que debían cumplir los enfermos para ser

considerados con un alto grado de percepción de riesgo. La forma en que se evaluó fue la siguiente:

Alto grado de percepción de riesgo: Aquellos que cumplieron con 4 de los 5 parámetros utilizados.

Medio: Aquellos pacientes que cumplieron 3 de los 5 parámetros utilizados.

Bajo grado de percepción de riesgo: Aquellos pacientes que cumplieron con menos de 3 parámetros de los tomados en consideración para la evaluación.

Parámetros tomados en consideración para la evaluación

1-Realización del autoexamen del PDCB frecuentemente, 2-La lesión constituyó el motivo de consulta, 3--Acuden a revisión estomatológica anual,4-La lesión fue detectada por el mismo paciente y 5-Acudieron a reconsulta para evolución de la lesión queratósica.

Análisis y discusión de los resultados

La mayoría de los pacientes que presentaron algún tipo de lesión queratósica fueron los del sexo masculino con 76,7% de representantes en este grupo y de forma general el grupo de edad más afectado fue el de 35 a 59 años. (Tabla 1). Si bien las lesiones queratósicas no son formas malignas se considera desde el punto de vista clínico al representar una alteración en la queratinización que bajo la influencia de determinados factores de riesgo y sin la adecuada vigilancia, el paciente puede llegar a desarrollar una lesión premaligna y posteriormente una neoplasia. Este estudio no coincidió con el realizado por Albornoz López del Castillo ⁸ donde el mayor por ciento de los pacientes afectados fue del sexo femenino. Sin embargo coincide con Camelo y colaboradores ⁹ y con Peña González¹⁰ en cuyos estudios se evidencia que la incidencia de lesiones cancerígenas fue considerablemente mayor en hombres que en mujeres.

En cuanto a la edad se pudiera mencionar que autores como Busquets¹¹ concuerdan en que este padecimiento es más frecuente a partir de los 60 años de edad, además es coincidente con el SEER Cancer Statistics Factsheets¹² que plantea que La edad mediana de diagnóstico del cáncer es a los 62 años de edad.

Riera P ¹³plantea que en hombres, aumentó la morbilidad después de los 45 años para llegar a un máximo de casos entre los 55-64 años y en las mujeres observaron un aumento progresivo de morbilidad con un máximo de casos a los 65-74 años, habiendo una leve disminución en mayores de 75 años para ambos sexos.

Los factores de riesgo que se presentaron con mayor frecuencia en la muestra objeto de estudio fueron la mala higiene bucal con un 77,8% de representación, seguido del trabajo al sol con un 41,3%, ambos a expensas del sexo masculino, todo esto visto de forma general. Con respecto al análisis realizado por sexo, se evidenció que los hombres fueron los que más factores de riesgo presentaron, siendo, para su grupo el consumo de alcohol y la combinación de tabaco, alcohol y mala higiene bucal los factores preponderantes, en comparación con el grupo femenino ya que de los dos

sexos el 100% de los que presentaron estos factores fueron hombres. (Tabla 2) Estos datos muestran la gran importancia que tiene el modo y estilo de vida en el componente bucal de la salud de los seres humanos y explica en cierta medida la mayor incidencia de tipos de lesiones cancerizables en los hombres, que en muchas ocasiones tienen trabajos más expuestos al sol o en lugares donde existen radiaciones ionizantes y a la vez son los que en su mayoría se inician cada vez más jóvenes en hábitos como el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Este estudio concuerda con Battika Díaz ME¹⁴ que plantea que el consumo de tabaco es un factor predisponente que se asocia a un peor pronóstico de la enfermedad. Además, Anantharaman D¹⁵, plantea en su investigación que la nicotina está implicada en la susceptibilidad genética al cáncer del cuello y la cabeza. Por otra parte, Momares¹⁶ en su investigación planteó que el 68,5% de los pacientes fumaban; de los cuales 73% hombres y 27% mujeres. El 59,7% de los pacientes bebía alcohol, siendo 80,7% hombres.

En el análisis del nivel de conocimiento acerca de los principales problemas relacionados con el cáncer bucal se constató que la mayor parte de los pacientes analizados fue evaluado de mal (57.1%) y el grupo más representativo para este aspecto volvió a ser el masculino con 62,5% de representantes. Es preciso destacar que de forma general fue malo en ambos sexos((Tabla 3) lo que obliga a dirigir los esfuerzos en el desarrollo la promoción como arma fundamental de gestión del autocuidado en la población

En la Tabla 4 se muestra que la mayoría de los, tanto masculinos como femeninas (71,45) acudieron a la consulta pero realizando un detallado análisis por grupos se evidencia que de forma general las mujeres se preocuparon más por su salud bucal, en el sentido que la mayor parte de ellas estudiadas fueron las que acudieron a re-consulta de evolución de la lesión siendo representadas por el 86,7% para su grupo, además la mayoría de ellas refirieron que acude a recibir atención anualmente al estomatólogo (66,7%) y en el 46% de ese grupo la lesión queratósica representó el motivo de consulta, siento estas, cifras superiores que en el caso de los hombres.

Se puede afirmar que las mujeres mostraron un mayor grado de percepción del riesgo ante el cáncer bucal con 33,3% de representación, mientras que los hombres sólo alcanzaron un 18,8% de exponentes en ese grado de percepción(Tabla5). De todas formas es preocupante el hecho de que de manera general, la mayoría de los pacientes, tanto hombres como mujeres fueron evaluados con un bajo grado de percepción de riesgo ante este tipo de lesiones. (61,9%) y eso significa que a pesar de todos los programas de promoción de salud y prevención de enfermedades que se realizan con el fin de concientizar a la población acerca de temas relacionados con el cáncer aún queda mucho esfuerzo que hacer en ese sentido.

Resultados fundamentales

-La mayoría de los pacientes que presentaron algún tipo de lesión queratósica fueron los del sexo masculino con 76,7% a expensas del grupo de 35 a 59 años de edad.

- Los factores de riesgo que se presentaron con mayor frecuencia fueron la mala higiene bucal con un 77,8 seguido del trabajo al sol con un 41,3%, ambos a expensas del sexo masculino.

-Los hombres fueron los que más factores de riesgo para el cáncer bucal presentaron siendo el consumo de alcohol y la combinación de mala higiene bucal, tabaquismo y consumo de alcohol los preponderantes en este grupo.

-De forma general existió un mal nivel de conocimientos en la muestra acerca del cáncer bucal (57,1%) pero las mujeres mostraron un nivel de conocimientos más elevado que los hombres.

-Las mujeres presentaron un mayor grado de percepción de riesgo ante el cáncer bucal que los hombres en la muestra objeto de estudio.

Conclusiones

De acuerdo a al análisis de la temática y a través del estudio se evidencia que de forma general las mujeres asumen la posibilidad de contraer cáncer bucal de una manera más seria que los hombres, haciendo de esta situación, una problemática con una marcada implicación de género, no obstante todavía queda mucho camino por recorrer en cuanto a cambios de actitud y modificaciones de estilos de vida de la población, lo que constituye un reto para los profesionales de las ciencia médicas, reto que se debe asumir de forma inmediata, de acuerdo a la realidad que exponen investigaciones como la presente.

Referencias bibliográficas

- 1- Valentín González F. Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal. [Internet] 2014 [citado 10 Abr 2018]; Repositorio de tesis Infomed.
- 2- Cáncer: una visión histórica. Universidad de Salamanca. Club Santander Universitario; 2005 [Citado 12 mayo 2007]. Disponible en: <http://www.ClubSantander.com>
- 3- Ministerio de Salud Pública (Cuba). Anuario Estadístico de Salud 2014 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2014 [citado 12 May 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
- 4- Valentín González F, María Rodríguez G, González, Conde Suárez H F, Vila Morales D. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Revista médica electrónica Scielo[Internet] Abr 2017[citado 10 abr 2018] 39 (2): [aprox. 10p.]

Disponible en:

- 5- Bodner L, Manor E, Friger MD, Waal I. Oral squamous cell carcinoma in patients twenty years of age or younger. Review and analysis of 186 reported cases. *Oral Oncol* [Internet]. 2013 Nov [citado 2 Mar 2015];10(13). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368837513007434>

- 6- Chairez P, Vega ME, Zambrano G, et al. Presence of Human Papillomavirus in oral cavity: review and update of literature. *Inter J Odontostomat* [Internet]. 2015 ago [citado 2 Mar 2015];9(2):233-38. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2015000200009&script=sci_arttext

- 7- Montero PH, Patel SG. Cancer of the oral cavity. *Surg Oncol Clin N Am* [Internet]. 2015 [citado 5 Jul 2015];24(3):491-508. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1055320715000319?scrollTo=%23hl0000542>

- 8- Albornoz López del Castillo C, Zequeira Peña JL. Caracterización clínico-histopatológica del liquen plano bucal en las consultas de diagnóstico precoz del cáncer bucal. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [Internet] 2012 Ago[citado 10 Abr 2018];16 (4):[arox.6]

- 9- Camelo T, De Almeida M, Soares L, Falcao C, Coelho F, Clementino T. Oral Cancer knowledge and awareness among dental students. *Braz J Oral Sci* 2014; 13 (1): 28-33.

- 10- Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2015 Nov 17]; 43 (1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003&lng=es.

- 11- Busquets JM, García HA, Trinidad-Pinedo J, Baez A. Clinicopathologic characteristics of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. *PR Health Sci* 2003;22(3):259-64.

- 12- SEER Cancer Statistics Factsheets: Oral Cavity and Pharynx Cancer. National Cancer Institute. Bethesda, MD, Disponible en: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html>. (Consultado el 17 de noviembre de 2015).

- 13- Riera P, Martínez R. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev Med Chile* 2005; 133:55-63.

- 14- Battika Díaz ME, Sosa Figueroa EA, Pérez Álvarez FJ, Barrientos Sánchez S. Determinación de la cicloxigenasa-2 en carcinoma escamocelular de lengua bien diferenciado, moderadamente diferenciado y poco diferenciado. *Univ Odontol* [Internet]. 2012 [citado 12 Nov 2014];31(67):89-93. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/viewFile/4345/3630>

- 15- Anantharaman D, Chabrier A, Gaborieau V, Franceschi S, Herrero R, Rajkumar T, et al. Genetic variants in nicotine addiction and alcohol metabolism genes, oral cancer risk and the propensity to smoke and drink alcohol: a replication study in India. *PLoS One* [Internet]. Feb

2014 [citado 12 May 2015];9(2):e88240. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371/journal.pone.0088240.PDF>

16- Momares B, Contreras G, Martínez B, Ávalos N, Carmona L. Sobrevida en carcinoma espinocelular de mucosa oral: análisis de 161 pacientes. Rev Chil Cir 2014; 66 (1): 568-76.

Anexos

Tabla 1. Distribución de las lesiones queratósicas según edad y sexo. Cienfuegos 2017-2018.

Grupos de edad	Presencia de Queratosis				Total	
	Masculina		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
20 a 34 n=4	3	6,3	1	6,6	4	6,3
35 a 59 n=44	35	72,9	9	60,0	44	69,8
60 y más n=15	10	20,8	5	33,3	15	23,8
Total n=15	48	76,2	15	23,8	63	100

Fuente: Historia clínica individual

Tabla 2. Factores de riesgo para cáncer bucal según sexo. Cienfuegos 2017-2018.

Factores de riesgo	Sexo				Total n=63	
	Masculino n=48		Femenino n=15			
	No	%	No	%	No	%
Tabaquismo		*83,3		16,6		100
	20	**41,6	4	26,6	24	38,0
Consumo de alcohol		100		0		100
	8	16,6	0	0	8	12,7
Mala higiene bucal (MHB)		79,6		20,4		100
	39	81,3	10	66,6	49	77,8
Combinación de tabaquismo, MHB y consumo de alcohol		100		0		100
	7	14,6	0	0	7	11,1
Trabajo al sol		96,2		3,8		100
	25	52,1	1	6,7	26	41,3
Queilofagia		60,0		40		100
	3	6,3	2	13,3	5	7,9

Restauraciones con bordes filosos		66,7		33,3		100
	12	25,0	6	40,0	18	28,6
Consumo de alimentos muy calientes		80,0		20,0		100
	28	8,3	7	46,7	35	55,6

*% fila

Fuente: Historia clínica individual

**% por columna

Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre cáncer bucal según sexo. Cienfuegos 2017-2018.

Nivel de Conocimientos	Sexo					
	Masculino n=48		Femenino n=15		Total n=63	
	No	%	No	%	No	%
Bueno	6	12,5	5	33,3	11	17,5
Regular	12	25,0	4	26,6	16	25,4
Malo	30	62,5	6	40,0	36	57,1

Fuente: Encuesta de conocimientos

Tabla 4. Análisis de los parámetros considerados para evaluar la percepción de riesgo según sexo. Cienfuegos 2017-2018.

Parámetros	Sexo					
	Masculino n=48		Femenino n=15		Total n=63	
	No	%	No	%	No	%
Realizan el autoexamen del PDCB	10	20,8	3	20,0	13	20,6
La lesión fue el motivo de consulta	15	31,3	7	46,7	22	34,9
Acuden a chequeo estomatológico anual	25	52,1	10	66,7	35	55,6
La lesión fue detectada por ellos mismos	9	18,8	6	40,0	15	23,8
Asistieron a reconsulta para evolución	32	66,7	13	86,7	45	71,4

Tabla 5. Grado de percepción del riesgo ante el cáncer bucal de los pacientes según sexo. Cienfuegos 2017-2018.

Percepción del riesgo	Sexo					
	Masculino n=48		Femenino n=15		Total n=63	
	No	%	No	%	No	%
Alto	9	18,8	5	33,3	14	22,2
Medio	6	12,5	4	26,7	10	15,9
Bajo	33	68,8	6	40	39	61,9

CAPACIDAD FÍSICA EQUILIBRIO EN ADULTOS MAYORES, MUNICIPIO CIENFUEGOS

Jorge Luis Abreus Mora. jabreus@ucf.edu.cu, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Universidad de Cienfuegos, Cuba, Máster en Actividad Física en la Comunidad.

MSc. Vivian Bárbara González Curbelo. vgonzalez@ucf.edu.cu, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Cienfuegos, Cuba. Máster en Didáctica.

MSc. Ernesto Julio Bernal Valladares. ernesto.bernal@gal.sld.cu, Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, Especialista en Ciencias Informáticas.

Lic. Alexis Sebastián García Somodevilla. alexis.garcia@gal.sld.cu, Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, Especialista en Gestión de la Información.

Resumen:

La medición de las capacidades funcionales es fundamental para evaluar al adulto mayor. Objetivo del estudio: Determinar las relaciones de algunos indicadores del test equilibrio avanzado de Fullerton y la edad, en adultos mayores activos, municipio Cienfuegos. El estudio exploratorio, descriptivo y transversal siguió el paradigma cuantitativo y utilizó como instrumento el Test de equilibrio avanzado de Fullerton. La población: 1391, en 12 Círculos de Abuelos. La muestra: 115 adultos mayores, reflejó una media de 70.3 años y ± 6.0 de desviación estándar. El grupo de edad más representado: 71-75 años con frecuencia 47 (40,9%), con predominio del sexo masculino, aproximadamente 16% por encima del femenino, diferencia no significativa ($p= 0.092$) en relación con los grupos de edades según el test Ji-Cuadrado de Pearson. Se utilizó la estadística no paramétrica, el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) y el coeficiente Gamma (γ) para establecer el grado, tipo de asociación, independencia y nivel de significación, en ambos coeficientes se trabajó al 95% de confianza. El test disminuyó en el grupo de 66-70 años, respecto al grupo de 60-65 en el ítem 1. En el ítem 2 más del 25% de los casos vencieron la prueba, fundamentalmente los grupos de 71-76 y más de 80 años. En los ítems 5 y 10 los resultados más altos fueron en el grupo, 71-75 años. Se concluyó que las relaciones más significativas se manifestaron en el grupo 71-75 que se mostró cierto deterioro de la capacidad física equilibrio evidenciado en incapacidades para ejecutar determinadas acciones.

Palabras clave: balance postural, anciano

Introducción

El envejecimiento poblacional mundial es un hecho evidente que está ocurriendo a pasos agigantados, lo cual conlleva la necesidad de estudiar los problemas de salud que más afectan al sector de la tercera edad¹.

Las alteraciones de la marcha y del equilibrio son la causa principal de las caídas, estas pueden prevenirse si se identifican los factores de riesgo de forma temprana. Por lo que, son necesarios métodos de valoración válidos y fiables para identificar el riesgo de caídas y que así sirvan además como herramienta para una futura intervención clínica¹

Varios autores²⁻³, refieren el envejecimiento como un proceso dinámico y continuo de la materia, en función del tiempo, en el cual determinadas manifestaciones externas traducen cambios internos. También se producen modificaciones en el estado de salud, se alteran algunas estructuras y se reducen las funciones de otras, aspectos que pueden favorecer la aparición de diferentes circunstancias de morbimortalidad en el adulto mayor.⁴⁻⁵

Todos estos cambios se traducen en una insuficiencia de la capacidad funcional de los adultos mayores determinada por una disminución progresiva de las capacidades físicas, haciéndose cada vez más difícil la adaptación a las exigencias del medio.⁶⁻⁷⁻⁸

La medición de las capacidades funcionales es un componente fundamental en la evaluación del adulto mayor. Esta permite identificar a los ancianos que presentan algún grado de discapacidad.⁹

Una dificultad observada en diferentes estudios¹⁰, es que analizan las condiciones en las que caen los ancianos, otros analizan la relación de la fuerza de las extremidades inferiores y el equilibrio, tanto estático como dinámico.

Otro estudio donde se evaluó el equilibrio de un grupo de adultos mayores, con las escalas de Fullerton y Tinetti Balance mostró que el 100 % de la población presenta riesgos de sufrir caídas por déficit del equilibrio tanto estático como dinámico¹¹. Concretan en este estudio la evidencia en la actualidad de un crecimiento demográfico del número de adultos mayores a nivel mundial, unido a la existencia del progresivo deterioro biológico y los problemas de salud asociados al envejecimiento individual, donde se produce una pérdida de las funciones músculo-esqueléticas, de los reflejos destinados al control postural encargados de modificar las estrategias de la marcha y del control motor. Así mismo, existe un deterioro de los sistemas fisiológicos donde las entradas sensoriales visuales, vestibulares y propioceptivas son modificadas, provocando una alteración del equilibrio¹¹.

El análisis de estudios que aborden la evaluación de capacidades físicas demuestra el valor que tiene la conducta motora como patrón primario de evaluación y cómo se puede potenciar lo condicional y lo coordinativo asociado a la salud, como una importante contribución que, desde el campo de la educación física y el deporte, se puede hacer en el bienestar de las personas mayores¹¹.

No obstante, todavía subsisten pendientes metodológicos que surgen de la falta de acuerdo por parte de sectores académicos, sobre protocolos unificados para evaluar elementos de las capacidades condicionales y coordinativas que se relacionan con un estado saludable y de independencia funcional¹¹.

A diferencia de algunos estudios que abordan la temática⁶⁻⁷⁻⁸⁻¹¹, en este estudio se profundiza en la capacidad física equilibrio con los diferentes grupos etarios para analizar las relaciones de dependencia de algunos indicadores.

En América Latina, Cuba no está exenta de este problema, el avance acelerado de esta población posee índices elevados y la provincia de Cienfuegos alcanza proporciones altas, ubicándose en el Grupo III, con valores por encima de 15%, según el Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) de Cuba¹². El desarrollo de programas y estrategias de salud centran sus propósitos en mejoras continuas de la calidad de vida de la población.¹³

Mediante la observación en los desempeños de los profesionales que laboran en los Círculos de Abuelos del municipio Cienfuegos, se pudo constatar que a pesar de realizar intervenciones para aumentar las capacidades físicas en este grupo etario, poseen escaso dominio sobre las diferentes relaciones que pueden derivarse del análisis entre algunas variables, a partir de las diferentes evaluaciones de la capacidad física coordinativa equilibrio, aspectos que inciden sobre el abordaje de esta capacidad, en este grupo etario.

Estas incidencias pueden conllevar a una mala planificación de las diferentes intervenciones, sobre todo si no se conoce cómo pueden interactuar las diferentes variables implicadas en las diferentes estrategias de intervención.

Objetivo: Determinar las relaciones de algunos indicadores del test Escala de equilibrio avanzado de Fullerton y la edad, en adultos mayores activos de los Círculos de Abuelos del Combinado Deportivo # 5, municipio Cienfuegos.

Material y método

El estudio fue desarrollado en el Combinado Deportivo No 5 del municipio Cienfuegos durante septiembre a diciembre de 2017. Para ello se seleccionó, dentro del universo de adultos mayores que atiende el Combinado, que es de 4283, una población de 1391 adultos mayores, en condición de activos, esta población se distribuye en 12 Círculos de Abuelos. A esta población le fue realizado un muestreo aleatorio estratificado donde se seleccionó 115 adultos mayores que representaron un 8,26% de esta población, donde los estratos lo constituyeron todos los Círculos de Abuelos mencionados, el promedio de adultos mayores por círculos fue de 9.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 60 años.
- Estar inscritos o pertenecer algún Círculo de Abuelo del Combinado # 5
- Haber firmado el consentimiento informado para participar en las sesiones de evaluación mediante el test aplicado.
- Llevar como mínimo cuatro semanas de actividad en el Círculo de Abuelo

Criterios de exclusión:

- Presentar en el momento de la valoración alguna de las contraindicaciones para la actividad física.
- Incapacidad para realizar alguno de los indicadores del test.

Fueron seleccionadas como variables generales de estudio la edad, el sexo y, se tomaron cuatro de los 10 ítems que conforman el test de Fullerton. Estos fueron establecidos como variables dependientes del estudio con el objetivo de ver su relación con la variable edad, que fue escogida como variable independiente por presentar mayores potencialidades en la búsqueda de diferenciaciones en puntos de corte para los 65, 75 y 80 años.

El estudio fue concebido de tipo exploratorio, descriptivo y transversal siguiendo el paradigma cuantitativo y fue utilizado como instrumento de medición el Test de equilibrio avanzado de Fullerton.

El Test de equilibrio avanzado de Fullerton¹⁴ está concebido para medir cambios en el equilibrio de adultos mayores con nivel funcional elevado, por tanto, se considera apropiado para adultos mayores que viven solos y se vinculen en los programas de la comunidad para mejorar el equilibrio y la movilidad.

Se compone de 10 ítems que se puntúan mediante una escala ordinal de 0 a 4 puntos, siendo la máxima puntuación posible de 40 puntos. Para su aplicación se combinan actividades de equilibrio estático y dinámico en distintos entornos sensoriales. Los ítems seleccionados se basan en: Equilibrio en bipedestación con pies juntos y ojos cerrados, Estirarse hacia adelante con el brazo extendido para coger un objeto, Caminar con los pies en tándem y Control ortostático reactivo. Se tuvo en cuenta estos cuatro indicadores por ser los que más deterioro alcanzaron al aplicarse el test. Su interpretación se realiza mediante la relación de los ítems con las posibles alteraciones y los ejercicios recomendados para cada cambio que se presente en la capacidad. La prueba ha demostrado gran fiabilidad de reproducibilidad inter e intraevaluadores cuando se realiza por profesionales con experiencia¹⁵.

La misma se desarrolló como una medición alternativa para las limitaciones funcionales, incluyó ítems para identificar adultos mayores con alteraciones de los

sistemas sensoriales. El rendimiento de los ítems puede evaluar e identificar posibles alteraciones iniciales, para que las progresiones de los ejercicios traten específicamente dichas alteraciones¹⁵.

La escala fue seleccionada por ser relativamente rápida y fácil de administrar, requerir poco equipo y, lo más importante, demostrar que es válida y confiable¹⁶

El procedimiento estadístico conllevó la realización de un análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de las variables diseñadas. Fue comprobada la relación entre las variables edad y sexo mediante test Ji-Cuadrado de Pearson y la normalidad de la muestra con vistas a elegir el procedimiento estadístico más adecuado.

Se aplicaron de la estadística no paramétrica el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) y el coeficiente Gamma (γ) para establecer el grado, tipo de asociación, independencia y nivel de significación de la edad respecto a los diferentes ítems del test que fueron establecidos como variables de estudio, en ambos coeficientes se trabajó al 95% de confianza. Los resultados fueron expuestos mediante el uso de tablas y gráficas como principales recursos del lenguaje estadístico. Fueron utilizados para ello el paquete estadístico IBM®SPSS® Statistics, versión 21 y la suite ofimática Microsoft Excel Professional Plus 2013®

Aspectos éticos de la investigación:

Para la realización del presente estudio se obtuvo el consentimiento informado de los decisores que trabajaron con los adultos mayores en el centro escogido para la realización de la investigación. A estos les fue comunicado con carácter previo los intereses y el alcance de la investigación y se presentó al investigador que asumiría las labores inherentes a dicho estudio. Fueron solicitados aquellos documentos de consulta imprescindible. Se obtuvo además el consentimiento informado de los adultos mayores incluidos en el estudio, por cuanto se solicitó su colaboración voluntaria, garantizando que no se divulgarían arbitrariamente datos personales ni otra información de carácter individual, además de explicarles con claridad y sencillez los objetivos y alcance del estudio.

Resultados

La muestra seleccionada para el estudio de 115 adultos mayores reflejó una media de edad de 70.3 años y ± 6.0 de desviación estándar. El grupo de edades más representado fue el de 71-75 años con frecuencia 47 para un 40,9% de la muestra estudiada sobre todo con un mayor aporte del sexo masculino como se puede observar en la Tabla 1, donde se distribuyen las frecuencias por grupos de edades y sexo, de la muestra estudiada. En segundo lugar, estuvo el grupo de edades de 60-65 años con una frecuencia de 32 para un 27,8% de la muestra. Como se puede ver entre estos grupos de edades se concentra más de la mitad de la muestra estudiada, es decir, el 68,7%.

El análisis del sexo arrojó una ligera diferencia a favor del sexo masculino con aproximadamente un 16% por encima del femenino, aunque esta no es significativa ($p= 0.092$) en relación con los grupos de edades conformados según los resultados de la aplicación del test Ji-Cuadrado de Pearson. La muestra seleccionada no corresponde con una distribución normal de población como se puede observar en el Gráfico 1, que muestra el histograma de distribución poblacional de la muestra de estudio seleccionada, por lo que los análisis de las relaciones de las variables de estudio fueron del tipo no paramétrico.

Tabla 1: Distribución de frecuencias por grupos de edades y sexo de la muestra estudiada.

Grupos de edades	Masculino	Femenino	Total
------------------	-----------	----------	-------

	F	%	F	%	F	%
60-65 años	16	23.9	16	33.3	32	27.8
66-70 años	12	17.9	6	12.5	18	15.7
71-75 años	29	43.3	18	37.5	47	40.9
76-80 años	3	4.5	6	12.5	9	7.8
Más de 80 años	7	10.4	2	4.2	9	7.8
Total	67	58.3	48	41.7	115	100

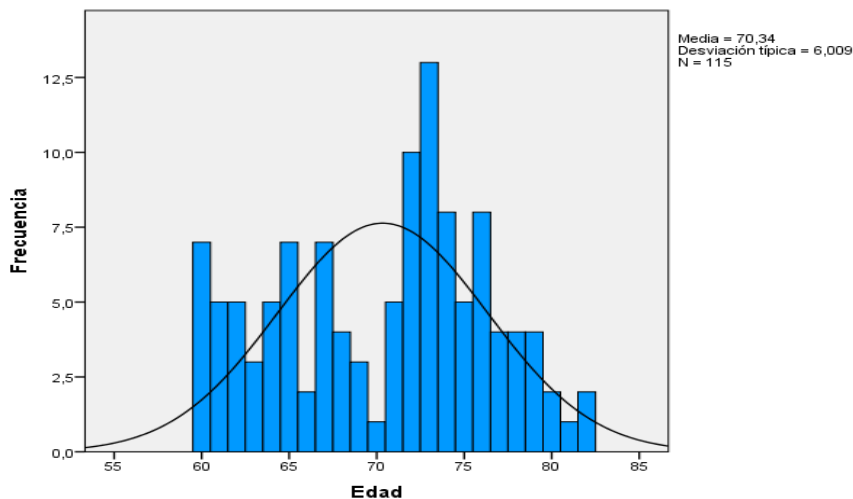


Gráfico 1: Histograma de distribución poblacional de la muestra de estudio seleccionada.

En la aplicación del test de Fullerton fueron hallados como resultados importantes los obtenidos en el ítem 1: Equilibrio en bipedestación con pies juntos y ojos cerrados. Como puede observarse en el Gráfico 2, de distribución de porcentajes, la capacidad física equilibrio estando en bipedestación con los ojos cerrados por un espacio de tiempo comprendido por más de 10 segundos y menos de 30 segundos, tiende a disminuir en el grupo de edades de 66-70 años, respecto al grupo de edades de 60-65 años, en grupos etarios que no tienen una gran diferencia en cuanto a representantes.

En los grupos de 71-75 años y 76-80 años se produce un aumento lógico al manifestarse en grupos con mayor cantidad de representantes. Otro resultado importante se produce en los adultos mayores que lograron mantener el equilibrio en bipedestación con los ojos cerrados por espacio de más de 30 segundos con vigilancia estrecha. Los representantes del grupo etario de más de 80 años prácticamente en más del 85% lograron esta capacidad en mejores proporciones que el resto de los grupos etarios.

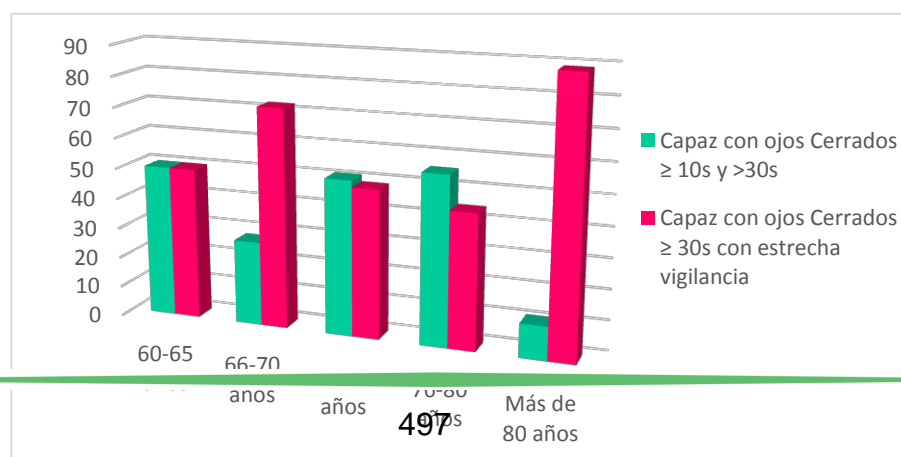


Gráfico 2: Distribución de porcentajes. Escala de equilibrio avanzado de Fullerton. Ítem No 1: Equilibrio en bipedestación con pies juntos y ojos cerrados.

Otro resultado importante en la aplicación del test se observó en el ítem 2: Estirarse hacia adelante con el brazo extendido para coger un objeto (lápiz) a la altura del hombro, tal y como se muestra en el Gráfico 3, de distribución de porcentajes. En esta prueba los adultos mayores estudiados en más del 25% de los casos pudieron o bien tomar el objeto sin mover los pies o bien mediante un paso, pero con supervisión.

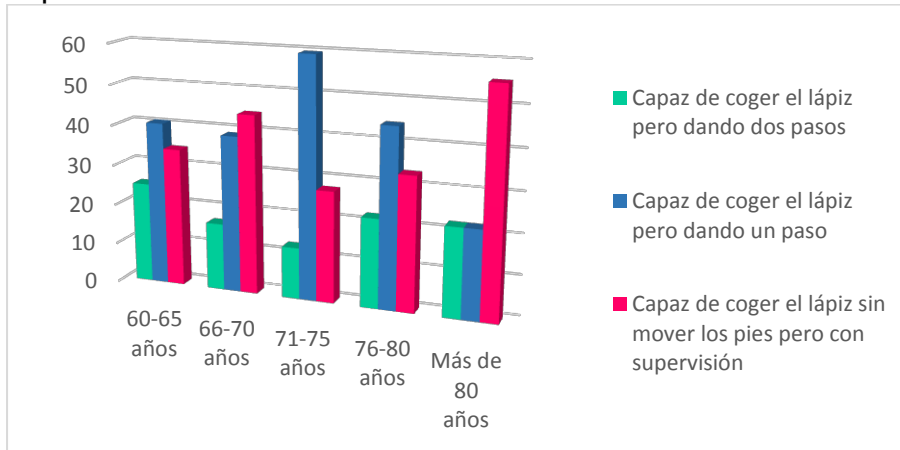


Gráfico 3: Distribución de porcentajes. Escala de equilibrio avanzado de Fullerton. Ítem No 2: Estirarse hacia adelante con el brazo extendido para coger un objeto (lápiz) a la altura del hombro.

También fueron hallados resultados importantes para la muestra estudiada en el ítem 5 del test que consistía en una prueba de caminar con los pies en tandem. Los resultados porcentuales más altos se logran en el grupo etario de más representantes, que es el de 71-75 años.

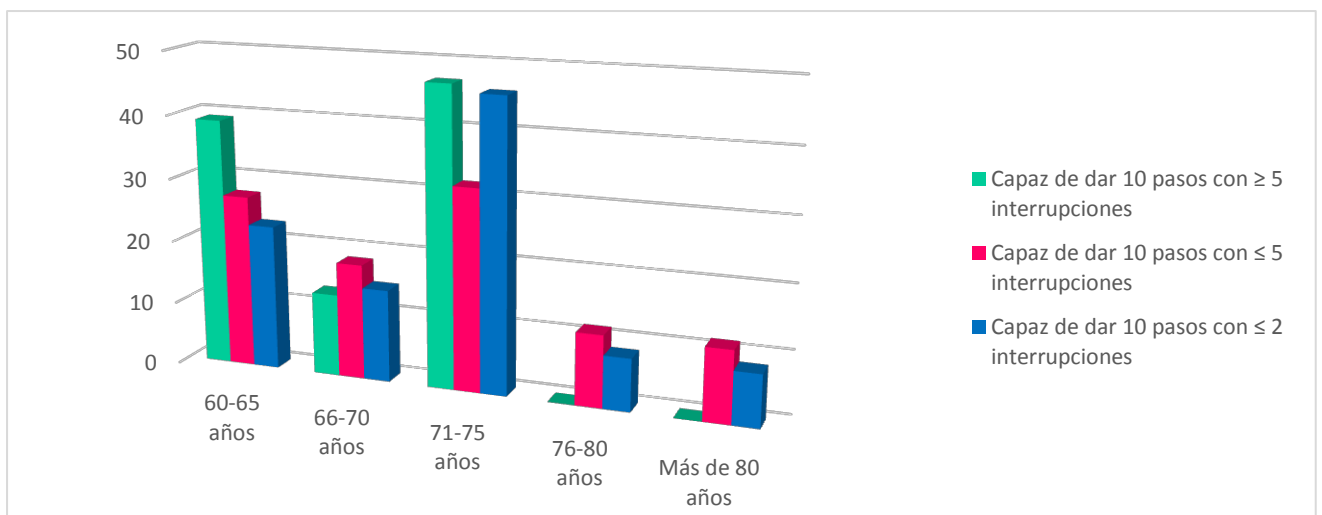


Gráfico 4: Distribución de porcentajes. Escala de equilibrio avanzado de Fullerton. Ítem No 5: Caminar con los pies en tándem.

Por último, se hallaron resultados significativos en el caso del ítem No 10 referido al control ortostático. En este los valores más altos se concentran en el grupo de 71-75 años, en el que aproximadamente el 40% era incapaz de mantener el equilibrio con menos de 2 pasos con o sin ayuda. Un poco más del 35% fue capaz de mantener el

equilibrio erguido entre 1-2 pasos sin ayuda como se muestra en el Gráfico 5 de Distribución de porcentajes.

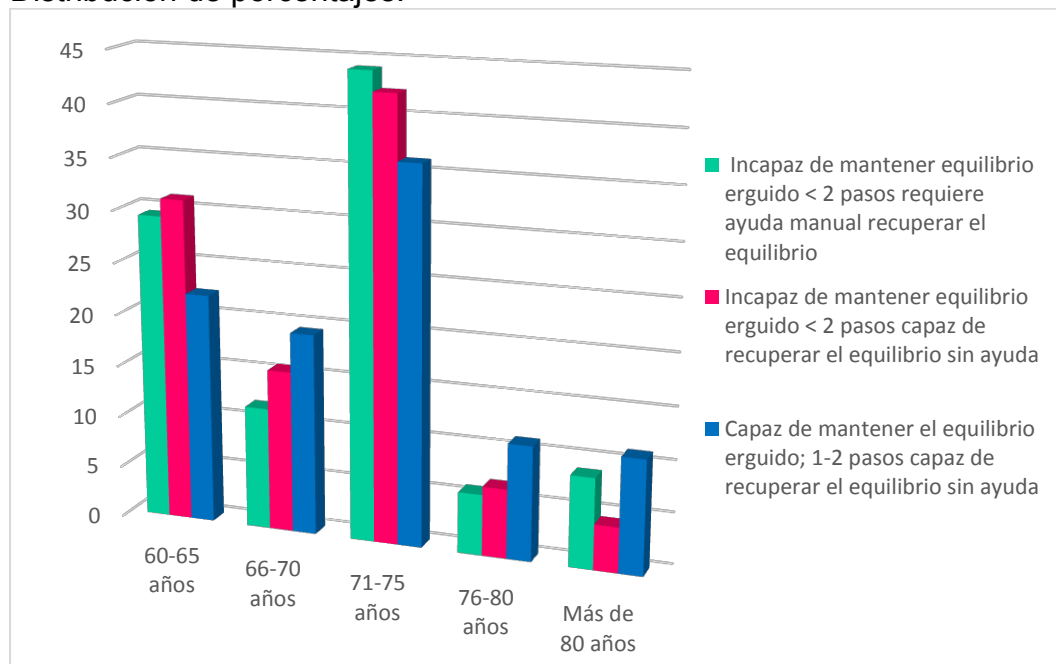


Gráfico 5: Distribución de porcentajes. Escala de equilibrio avanzado de Fullerton. Item No 10: Control ortostático reactivo

Discusión

En este grupo de población, más que en cualquier otro existen marcadas diferencias individuales en cuanto a funcionamiento físico y aunque una gran parte mantiene su independencia y su autonomía y es capaz de realizar las tareas de la vida cotidiana, también se incluyen personas que por razones de salud o cualquier otra no pueden valerse por sí mismas¹⁷.

La edad es uno de los factores intrínsecos no modificables, 30% de adultos mayores sufre una caída, porcentaje que aumenta hasta 40% en los mayores de 80 años, quienes tienen entre 4 a 5 veces más riesgo para presentarlas¹⁸.

Uno de los principales objetivos a conseguir con las personas mayores es la prevención de la dependencia, que a su vez tiene una estrecha relación con la capacidad funcional. El hecho de envejecer supone un entrecruce entre salud (o ausencia de enfermedad), habilidad funcional (ausencia de discapacidad) y funcionamiento cognitivo y psicológico¹⁷.

Las diferentes relaciones realizadas en este estudio demuestran la importancia de la combinación de agilidad (comprende velocidad y coordinación) y equilibrio dinámico (mantenimiento de una estabilidad postural en movimiento) para tareas de movilidad comunes que requieren rápidas maniobras como subir o bajar escalones en tiempo y forma segura, esquivar irregularidades en el terreno o responder con estabilidad tras un resbalón.

Todas estas acciones son de gran importancia porque son, en muchas ocasiones, el origen de la mayoría de las caídas. Así lo indica Berg et al., cuando afirma que las medidas de equilibrio son predictoras de la ocurrencia de múltiples caídas entre las personas mayores¹⁷.

El control del equilibrio es uno de los principales requisitos para una buena movilidad. Los estudios indican que el desempeño en tareas de agilidad y equilibrio dinámico está relacionado con la velocidad de la marcha¹⁷.

Se coincide con el criterio de que el equilibrio está directamente relacionado con la independencia de las personas, los estudios indican que la correcta evaluación de este evaluado constituye un potente marcador de debilidad y por tanto es un útil y potencial predictor de deterioro funcional.

La utilización del Test de Fullerton, en este estudio, refuerza la importancia de esta prueba para abordar de manera más integral las múltiples dimensiones del equilibrio y también identificar los problemas de equilibrio emergente en adultos mayores que funcionan mejor¹⁶.

Los resultados en el ítem Equilibrio en bipedestación con pies juntos y ojos cerrados, los adultos mayores de 66-70 y 60-65 años, lograron realizar la prueba en 10 segundos y menos de 30 segundos, mientras que los grupos de 71-75 años y 76-80 años, independientemente del aumento lógico al manifestarse en grupos con mayor cantidad de representantes, se considera que estos resultados pudieran estar implicando Debilidad en los aductores/abductores de la cadera, mal control del CDG y mal uso de las claves somatosensoriales¹⁴.

Otro resultado importante se produce en los adultos mayores de más de 80 años que lograron mantener el equilibrio en bipedestación con los ojos cerrados por espacio de más de 30 segundos, con vigilancia estrecha, alcanzando mejores proporciones que el resto de los grupos etarios, esto pudiera estar relacionado con el tiempo que han dedicado a las actividades físicas.

El análisis del Ítems, Estirarse hacia adelante con el brazo extendido para coger un objeto (lápiz) a la altura del hombro, identifica posibles alteraciones motoras relacionadas con la planificación y ejecución voluntarias de movimientos, mide la distancia que una persona puede inclinar su área de estabilidad en anteroflexión, informa sobre las dimensiones del área de estabilidad de cada persona y sobre el tipo de estrategia ortostática (maleolar o coxal) empleada para lograr la máxima inclinación¹⁴.

Conclusiones

Las relaciones más significativas se manifestaron en los grupos de edades de 71-75 donde se mostró cierto deterioro de la capacidad física equilibrio evidenciado en incapacidades para ejecutar determinadas acciones.

Los grupos de adultos mayores que se mantienen físicamente activos a medida que envejecen, en consecuencia, conservan un mayor nivel de su control ortostático, lo que se evidencia en los grupos de más de 76 años.

Referencias bibliográficas

- 1- Sánchez TA. *Protocolo para disminuir el riesgo de caídas en personas mayores*. (Tesis de grado en opción al título Fisioterapia. Universidad de Salamanca. España). 2017. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/133418/1/TFG_SanchezTabernero_ProtocoloDisminuirCaidasPersonasMayores.pdf
- 2- Gafas GC. *Estrategia educativa en enfermería para el cuidado biopsicosocial del Adulto Mayor hipertenso*. Policlínico "José Martí". (Tesis de Doctorado, La Habana). 2009. Disponible en: http://www.tesis.repo.sld.cu3891Tesis_completa_Doctorado_Carlos_Gafas.pdf.
- 3- Romero CAJ, Espinosa BAD. El método clínico en Geriatria. *MediSur*. 2010;

- 8(5):168-173. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098028>
- 4- Baquero SGA. & Hurtado HA. Prevalencia de enfermedades que afectan las potencialidades del movimiento y el desempeño funcional en adultos mayores institucionalizados *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.* 2011;14(2):63-69. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet_f=10&pident_articulo=90133578&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=176&ty=162&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=176v14n02a90133578pdf001.pdf
- 5- Thuy NN. Atención al mayor desde la fisioterapia. *Artículos de Fisioterapia. eFisioterapia.* 2008, Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/atencion-al-mayor-la-fisioterapia>
- 6- Henriksson M. & Hirschfeld H. Physical active older adults display alterations in gait initiation. *Gait Posture.* 2005; 21(3):289-96. doi: 10.1016/j.gaitpost.2004.03.001. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/7973192_Physically_active_older_adults_display_alterations_in_gait_initiation
- 7- Ronsky JL, Nigg BM & Fisher V. Correlation between physical activity and the gait characteristics and ankle joint flexibility of the elderly. *Clin Biomech.* 1995; 10(1):41-9. doi:10.1016/0268-0033(95)90436-D. Disponible en: <http://www.clinbiomech.com/article/0268-0033%2895%2990436-D/abstract>
- 8- Sousa AS. Análise da marcha baseada em correlação multifactorial [dissertação]. Portugal: *Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.* 2009; Disponible en: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66761/1/000137514.pdf>
- 9- Ávila FJA, Gray-Donald K & Payette H. Medición de las capacidades físicas de adultos mayores de Quebec: un análisis secundario del estudio NuAge. *Salud pública Méx.* 2006;48(6). Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001762>
- 10- Abreus MJ, González CV, Del Sol SF. Abordaje de la capacidad física equilibrio en los adultos mayores. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Feb 12]; 6(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/424>
- 11- Arboleda FS. Perspectivas en la evaluación de la aptitud física y la funcionalidad en personas mayores. *Revista Actividad Física y Desarrollo Humano.*

2012; Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/270338611_PERSPECTIVAS_EN_LA_EVALUACION_DE_LA_APTITUD_FISICA_Y_LA_FUNCIONALIDAD_EN_PERSONAS_MAYORES

12- Centro de Estudios de Población y Desarrollo. El Envejecimiento de la Población Cuba y sus territorios. Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). 2010 Disponible en:
<http://www.one.cu/publicaciones/cepde/cuaderno4/Cuaderno4.pdf>

13- Gafas GC. Estrategia educativa en enfermería para el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso. Policlínico “José Martí”. Camagüey, 2008 –2009. La Habana. 2011; p12-15-16. Disponible en:
http://www.tesis.repo.sld.cu3891Tesis_completa_Doctorado_Carlos_Gafas.pdf

14- Rose DJ. Equilibrio y Movilidad con Personas Adultas. 1ra Ed. Ed. Paidotribo. Badalona. España. 2005. Recuperado de
<http://www.paidotribo.com/ficha.aspx?cod=01203>

15- Álvarez BAD, Guevara G, JA, Rosero BE A & Santacruz PC. D. Equilibrio de los adultos mayores antes y después del programa Fallproof. *Rev. Libros Editorial UNIMAR*. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/viewFile/1308/1268>

16- Rose DJ, Lucchese N, Wiersma LD. *Development of a multidimensional balance scale for use with functionally independent older adults. Arch Phys Med Rehabil.* 2006; 87:1478-85. Disponible en:
http://geriatrictoolkit.missouri.edu/fab/FullertonABS_Rose.pdf www.archives-pmr.org/article/S0003...9/abstract

17- González, GJ. Desarrollo de una batería de tests para la Valoración de la capacidad funcional en las Personas mayores (vacafun-ancianos), y su Relación con los estilos de vida, el bienestar Subjetivo y la salud. Memoria final del proyecto. Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de León. 2006. Disponible en:
<http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/vacafun.pdf>

18- Camila RG, Luz HL. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana *Rev. Colomb. Reumatol.* 2012; 19(4):218-233 Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcr/v19n4/v19n4a04.pdf>

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DEL CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LA CAVIDAD ORAL. CIENFUEGOS.

Autores: Dr. Alain Soto Ugalde, alain.soto@gal.sld.cu, Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba, Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral, Máster en Salud Bucal, Investigador Agregado, Profesor Asistente.

Dr. Bienvenido Mesa Reinaldo, bmesa@jagua.cfg.sld.cu, Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba, Especialista de Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial, Máster en Salud Bucal, Investigador Agregado, Profesor Consultante.

Dr. Julio Romero Rodríguez, julirom@jagua.cfg.sld.cu, Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba, Jefe de Departamento de Cirugía Maxilofacial, Especialista de Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial, Máster en Urgencias Estomatológicas, Investigador Agregado, Profesor Auxiliar.

Resumen.

Fundamento: En los últimos años, la incidencia mundial de Carcinoma Espinocelular (CE) se ha visto incrementada en proporciones epidémicas, nuestro país y provincia no escapan a dicho fenómeno.

Objetivo: describir las características del carcinoma espinocelular de la cavidad oral de los pacientes que acudieron a consulta del servicio de Cirugía Maxilofacial.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos, en pacientes con diagnóstico de Carcinoma Espinocelular de la cavidad oral, que acudieron a consulta del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", de Cienfuegos en el período comprendido entre Septiembre 2014 – Septiembre 2016. El universo estuvo conformado por 41 pacientes con diagnóstico de CE oral que acudieron a consulta.

Resultados: El mayor número de pacientes corresponde a la quinta década de vida y predominó el sexo masculino. Los municipios más afectados fueron Cienfuegos y Cumanayagua los de mayor población e industrializados de nuestra provincia y la procedencia urbana. La úlcera y el dolor fueron los principales síntomas que aparecen. El tabaco y el alcohol son los factores de riesgo prevalentes en los pacientes con Carcinoma Espinocelular oral. Las lesiones se localizan en suelo de boca y lengua, observándose como forma de presentación más común la úlcera o grieta infiltrante, aumentan los pacientes con grado de diferenciación moderadamente y con metástasis regional. El mayor porcentaje de pacientes se presentaron en Etapa Clínica IV de la enfermedad. Las modalidades terapéuticas más utilizadas fueron la radioterapia y la quimioterapia neoadyuvante, la cirugía y ambas combinadas con esta.

Palabras claves: carcinoma espinocelular, cavidad oral, características clínicas y epidemiológicas

Introducción.

El cáncer bucal es una neoplasia maligna de comportamiento agresivo, que se ha convertido en un grave problema de salud a nivel mundial, debido al aumento de su incidencia en los últimos años y su alta tasa de mortalidad. Más de 500 000 casos nuevos anuales se diagnostican en todo el mundo. ¹

El cáncer oral ocupa, a nivel mundial, el octavo lugar de incidencia en hombres y decimocuarto en mujeres, aunque según estudios de la Universidad de Barcelona en países menos industrializados es el quinto más frecuente en hombres y el séptimo en mujeres, representando el 3% de todos los cánceres con una tasa mundial de mortalidad de 8,3 por 100.000 habitantes, correspondiendo en un 94 % al Carcinoma Espinocelular (CE) sobre todo en países con economías emergentes. ²

En nuestro país desde 1982 se pone en práctica el programa nacional de detección precoz del cáncer bucal (PDCB), que respalda el Ministerio de Salud Pública, único en el mundo por su cobertura nacional y su acción radica en el examen del complejo bucal al 100 % de los sujetos que asistan a consulta estomatológica y a mayores de 15 años en el terreno. ²

El Carcinoma Espinocelular, Escamoso o Epidermoide es la neoplasia maligna de más incidencia en la boca (más del 95 %). Es un tumor maligno epitelial donde se infiltran hacia la profundidad los tractos irregulares de células espinosas atípicas anaplásicas. Consistente en nidos, columnas o riendas irregulares de células epiteliales malignas que se infiltran debajo del epitelio. Las células tumorales pueden semejar cualquiera de las capas del epitelio pavimentoso estratificado o a todas. Tras esta fase de infiltración y destrucción local se disemina por metástasis primero a las cadenas ganglionares cervicales, utilizando la vía linfática, cada región tiene selectividad inicial al provocar dicha diseminación, de un carácter más pausado se encuentra la diseminación por vía hematológica a órganos a distancia. ³

Desde comienzo del 2011 hasta el 2013, 71 pacientes fueron diagnosticados y atendidos por presentar Carcinoma Epidermoide de la cavidad oral en la provincia Cienfuegos lo cual demuestra un incremento en el número de casos reportados, de ahí el intento de nuestro estudio en conocer e identificar las características de los pacientes con Carcinoma Epidermoide oral.

Dado el incremento de nuevos casos con diagnóstico de Carcinoma Epidermoide en la cavidad oral y con el antecedente de estudios realizados sobre el tema en nuestro país y provincia pretendemos conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Espinocelular de la cavidad oral que acudan al servicio de cirugía maxilofacial del Hospital General Universitario Dr. "Gustavo Aldereguía Lima", ya que en los últimos años no se registran estudios que reporten las características de esta enfermedad específicamente en la cavidad oral en la provincia Cienfuegos.

Por ello, el objetivo de este estudio es describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con Carcinoma Espinocelular de la cavidad oral.

Métodos.

Se realizó un estudio descriptivo el cual incluyó aquellos pacientes diagnosticados con Carcinoma Espinocelular de la cavidad oral que acudieron a consulta del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (HGAL), de la provincia Cienfuegos en el período comprendido entre Septiembre 2014 a Septiembre del 2016. El universo estuvo conformado por todos los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Epidermoide oral que acudieron a consulta de la especialidad.

La recolección de los datos se realizó a través del llenado de un formulario según las variables de interés para analizar en este estudio. Los mismos se obtuvieron a partir la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta y de los que requirieron ingreso para realizar técnicas quirúrgicas complejas y de la base de datos del reporte de cáncer del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” en el periodo comprendido de septiembre del 2014 a septiembre del 2016.

Las variables analizadas fueron: edad, género, color de la piel, lugar de procedencia, municipio, grado de escolaridad, remisión por el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB), tiempo transcurrido (entre la aparición de los síntomas y el momento en que el paciente llegó a nuestra consulta), tratamiento anterior (según si el paciente había recibido o no tratamiento para el Carcinoma Espinocelular bucal antes de acudir a nuestra consulta), síntomas y signos, factores de riesgo, localización anatómica, tamaño (según la clasificación TNM internacional para tumores de labio, cavidad bucal y el tamaño de la lesión), forma de presentación (según la forma en que se presentó la lesión y teniendo en consideración las descritas por Santana Garay ⁴), tipo histológico, metástasis regional (según la evidencia clínica e imagenológica de la presencia o no de linfonódulos metastásicos de Carcinoma Espinocelular oral en cadenas ganglionares cervicales), metástasis a distancia (según la evidencia clínica e imagenológica de la presencia o no de metástasis de Carcinoma Espinocelular oral en órganos a distancia como pulmón, hígado o riñón), etapa clínica (según la clasificación TNM internacional para tumores de labio, cavidad bucal y la etapa clínica (Etapa I, Etapa II, Etapa III, Etapa IV)⁵), tratamiento médico (según el tratamiento médico aplicado de acuerdo con las guías prácticas clínicas de nuestro servicio)

Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis porcentual como medida de resumen para variables cualitativas.

Los datos recogidos en el formulario se introdujeron y procesaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 21.0.

Consideraciones éticas:

Se tuvo en cuenta los principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Consideramos innecesario la solicitud al paciente del consentimiento informado, ya que el dato primario se obtuvo a través de un formulario, previamente validado por una comisión de expertos entiéndase: psicólogo, bioestadístico y especialistas del tema, en el mismo se recogió la información contenida en la historia clínica y en el reporte de cáncer de nuestro hospital.

Resultados.

A continuación se exponen los principales resultados.

Analizamos la distribución de los pacientes con diagnóstico de Carcinoma Espinocelular oral según edad y sexo obteniendo que la mayor cantidad de pacientes se agrupan en el grupo de 50 a 59 años de edad con 46,3 % y el sexo masculino es el más afectado con 75,6 %, existiendo una proporción de hombres en relación con las mujeres de 3:1.

Según los aspectos sociodemográficos relacionados con los pacientes diagnosticados con Carcinoma Espinocelular de la cavidad oral se estudió la distribución de estos pacientes por el municipio donde residen, siendo Cienfuegos con 46,3 % el de mayor incidencia, seguido de Cumanayagua con 19,5 %, la procedencia urbana con 68,3 %. Según el color de la piel predominan los pacientes de piel blanca con 87,8 % y con respecto al grado de escolaridad los pacientes con primaria terminada con 34,1 %.

Los aspectos relacionados con la historia de la enfermedad arrojaron que los pacientes acudieron a nuestro servicio al haber transcurrido entre 2 y 6 meses de la aparición de los síntomas de la enfermedad con 43,9 %, entre los síntomas la ulcera representa el 65,9 % y el dolor el 53,7 % como los más frecuentes. El 85,4 % de los pacientes refieren no haber recibido tratamiento anterior para su enfermedad y el 56,1 % del total de pacientes no fue remitido por el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal.

En relación con los factores de riesgo el 82,9 % de los pacientes con Carcinoma Espinocelular practica el hábito de tabaquismo, el 48,8 % el alcoholismo, el 36,6 % sufre de algún traumatismo crónico sobre la mucosa bucal, el 34,1 % de estos pacientes presenta mala higiene bucal y el 24,4 % presenta sepsis bucal; siendo estos los factores de riesgo que más inciden sobre estos pacientes..

La distribución de los pacientes según las características clínicas de la enfermedad resulta que las lesiones que involucran el suelo de la boca son el 29,3 % del total de pacientes con Carcinoma Espinocelular Oral siendo el sitio anatómico más afectado, seguido de la lengua la parte móvil con 19,5 %, el reborde alveolar y trígono retromolar con 17,1 % para cada uno y el paladar con 14,6 %. Además según el tamaño de la lesión predominan las lesiones entre 2 y 4 cm con 29,3 % y las que invaden estructuras vecinas con 26,8 %. Según la forma de presentación predominan la ulcera o grieta infiltrante con 36,6 % y la ulcera plana 19,5 %.

Teniendo en cuenta las características anatomopatológicas de esta enfermedad el tipo histológico que predomina es el de moderadamente diferenciado con 51,2 %, el 58,5 % presenta metástasis en las cadenas ganglionares cervicales y solo el 4,9 % del total de pacientes con Carcinoma Espinocelular Oral presenta metástasis en órganos a distancia.

Según la etapa clínica de los pacientes, aplicando la clasificación TNM para Carcinoma Espinocelular de labio, cavidad oral y orofaringe en nuestro estudio predominan los pacientes en Etapa Clínica IV con 56,1 % de los casos seguido de las etapas II y III con 17,1 % en ambos casos.

Dentro de las variantes del tratamiento médico que se puede aplicar para tratar esta enfermedad de acuerdo con la Etapa Clínica en que la misma se presenta y teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente la radioterapia preoperatoria más la quimioterapia neoadyuvante es el que más se aplica con el 29,3 % de los casos, seguido de la cirugía con en el 17,1 % y la cirugía combinada con radioterapia postoperatoria y quimioterapia adyuvante en el 14,6 % de los pacientes.

Discusión.

Según grupos de edad predominaron los pacientes de 50 a 59 años con 46,3 %, seguido por los de 60 a 79 años 36.6 %, evidentemente nuestros resultados no coinciden con los de autores como Maendra Patrap⁶ en la India que predomina el grupo de edad de 40 a 49 años de edad seguido por el 30 a 39 y el de 60 a 69, sin embargo resultan coincidentes con los del estudio de Sun Q⁷ en China donde se realizó un estudio para comparar la enfermedad en pacientes menores y mayores de 40 años predominando los mayores de 40 años. En un estudio realizado en Holguín por Suarez García⁸ predominaron los pacientes de 60 a 79 años de edad con 43 %. Podemos decir entonces que existe una tendencia de la enfermedad de afectar a los pacientes en edades más tempranas de la vida en comparación con los estudios anteriores que se han realizado sobre el tema.

Existe una proporción en cuanto al género de 3:1 de hombres con respecto a las mujeres como resultado en nuestro trabajo, coincidiendo con resultados de otros estudios como los de Maendra Patrap⁶, Sun Q⁷ y Suarez García⁸ donde de forma general se ve más afectado el género masculino que el femenino en proporciones similares a las obtenidas en nuestro trabajo.

Actualmente, en la búsqueda de los factores de riesgo del cáncer bucal se recomienda hacer un diagnóstico profundo del perfil social y ambiental de los pacientes. En la caracterización epidemiológica de la población que padece cáncer bucal podemos hablar de estados que no pueden ser modificados mediante acciones o cambios de conducta, es decir son aquellos atributos biológicos, sociales y ambientales que son inherentes a la vida de las personas y pueden relacionarse con la aparición de una enfermedad, sin que sean agentes causales o factores de riesgo. Los marcadores de riesgo demográficos más relacionados con el cáncer bucal son la edad, el sexo, el color de la piel, además del contexto socioambiental.⁹

La mayor cantidad de pacientes afectados con esta patología pertenece a los municipios de Cienfuegos con 46,3 % y Cumanayagua con 19,5 % los más poblados e industrializados de nuestra provincia; el 68,3 % de los pacientes es de procedencia urbana resultados que coinciden con lo expresado en la literatura por Suarez García⁸ que relaciona la enfermedad con ambientes urbanos y zonas industrializadas; de igual forma el 34,1 % del total pacientes con Carcinoma Epidermoide oral alcanza el nivel escolar de primaria seguido por 29,3 % que presentaban secundaria como máximo nivel de escolaridad vencido datos que coinciden con los señalados por Suarez García⁸ en su estudio sobre el Carcinoma Espinocelular en Holguín que relaciona la enfermedad con bajos grados de escolaridad.

La mayor cantidad de pacientes acudió a nuestro servicio entre 2 y 6 meses de haber aparecido o notado los síntomas de la enfermedad lo que habla a favor de la rápida evolución del Carcinoma Espinocelular oral en corto periodo de tiempo; si comparamos que este dato coincide con el 56,1 % en Etapa IV mayor porcentaje del total de pacientes afectados por la enfermedad según la Etapa Clínica, lo que demuestra la necesidad de la detección temprana e inmediata del Carcinoma Espinocelular oral antes de la aparición de los síntomas y la importancia del tiempo como variable de oro en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del Carcinoma Espinocelular oral.

El 85,4 % no recibió tratamiento anterior, dato que evidencia la aparición de nuevos casos cada año aumentando la incidencia de la enfermedad.

Los síntomas que más sufren los pacientes incluidos en este estudio es la ulcera con 65,9 % seguido del dolor con 53,7 % resultados que coinciden con publicados en Atlas de Patología Bucal de Santana Garay⁴ cuyo resultado fue la ulcera con 75 %.

En cuanto a los factores de riesgo el tabaco es el que más afecta a los pacientes 82,9 % seguido del alcohol 48,8 % existen otros factores de riesgo como traumatismo crónico 36,3 %, mala higiene bucal 34,1 % y la sepsis bucal 24,4 %. En estudio de Maendra Patrap⁶ en la India 72,8 % son fumadores, en estudio de Sun Q⁷ 63,2 % y 42,1 % fumadores y bebedores respectivamente y según Suarez García⁸ en Holguín y de los pacientes incluidos en su estudio el 64,6 % son fumadores y el 9,83 % bebedores habituales, relacionándose y confirmándose que ambos hábitos perjudiciales para la salud, ya sea que se practiquen a la misma vez o por separado, son los factores de riesgo más relacionados con la aparición del Carcinoma Espinocelular en la cavidad oral demostrándose así con los datos reflejados en este estudio y en estudios antes mencionados.^{6, 7, 8.}

Existen estudios como el proyecto Carmen en la provincia de Cienfuegos que dentro de los aspectos que estudia están las personas que practican el hábito de fumar, donde se expone que a la pregunta, ¿actualmente fuma usted? el 31,4 % dijo que sí durante la primera medición CARMEN I (2001 – 2002) y el 37,7 % respondió de la misma manera durante la segunda CARMEN II (2009 – 2010) observándose que en nuestra provincia al haber un incremento en el número de pacientes fumadores, existe una mayor susceptibilidad a padecer de Carcinoma Epidermoide Bucal al estar afectados por el factor de riesgo tabaquismo.¹⁰

Se han encontrado diversos oncovirus, relacionados con determinados tipos de leucemias y linfomas, pero el más estudiado por su acción sobre los epitelios es el virus del papiloma humano (VPH). Hasta el momento se han identificado más de 77 tipos de VPH, que se han encontrado en las células de lesiones premalignas y malignas. En el complejo bucal, las cepas 16, 18, 33 y 39 han sido asociadas con los Carcinomas Espinocelulares, mientras que las cepas 5, 8 y 17 se han identificado el cáncer dermatológico incluido el del labio.¹¹

Nuestros resultados son similares a los obtenidos por Sun Q⁷ que refiere que el 75 % de sus pacientes con Carcinoma Espinocelular oral presenta las lesiones en la lengua, no así con Maendra Patrap⁶ donde el 49,8 % aparece en mucosa bucal y surco vestibular a la vez y solo el 29,8 % en la lengua; según estudio de Santana Garay⁴ 40 de sus pacientes con diagnóstico de Carcinoma Espinocelular bucal presentan lesiones localizadas en la lengua, seguido del labio con 25 pacientes y encía y suelo de boca solo fueron 15 y 13 pacientes respectivamente. Nuestros datos son similares a los obtenidos por Amar Alí¹² en un estudio realizado en Brasil que donde obtuvo como resultado que 78 pacientes presentan Carcinoma Espinocelular en suelo de boca y 65 pacientes en lengua. Estos sitios afectados donde se localizan con mayor frecuencia las lesiones suelo de boca y lengua están muy relacionados y coinciden con los factores de riesgo que más inciden en nuestros pacientes que son el tabaquismo y el alcoholismo, y el labio 12,2 % se ve menos afectado que coincide con los factores trabajo de riesgo 9,8 % y las radiaciones 7,3% que inciden con menor frecuencia en los pacientes de nuestro estudio.

Según el tamaño de la lesión predominan las lesiones entre 2 y 4 cm de diámetro con 29,3 %, seguido de los de más de 4 cm que invaden estructuras vecinas con 26,8 % no coincidiendo con resultados de estudio de Girardi Fabio¹³ en Brasil donde predominan

las lesiones menores de 2 cm con 44,4 % de los casos seguido de las de entre 2 y 4 cm 22 % y las mayores de 4 cm que invaden estructuras con 17 % de los casos, nuestros resultados son similares a los obtenidos por Sun Q⁷ en China con lesiones de entre 2 a 4 cm con 51,6 % y mayores de 4 cm que invaden estructuras vecinas con 30 %.

La forma de presentación que más predominó en nuestro estudio fue la úlcera o grieta infiltrante con 36,6 % seguida por la úlcera plana 19,5 % no coincidiendo los resultados de nuestro estudio con los que se refieren en Atlas de Patología del Complejo Bucal de Santana Garay⁴ donde predomina la úlcera de bordes evergentes con 29,2 % de los casos y solo el 5,3 % se presenta como úlcera o grieta infiltrante. La úlcera de bordes evergentes y la úlcera o grieta infiltrante son las formas de presentación más frecuentes coincidiendo con los sitios anatómicos más afectados por la enfermedad que fueron el suelo de la boca y la lengua dada las características anatómicas de estas estructuras donde existe gran cantidad de mucosa y de tejidos blandos que posibilitan las características clínicas de estas formas de presentación de la enfermedad y la infiltración de la misma a sitios adyacentes.

Según grado de diferenciación histológica predominaron los pacientes clasificados como moderadamente diferenciados con 51,2 % de los casos no coincidiendo con Sun Q⁷ que obtuvo 51,6 % bien diferenciado seguido de los pobremente diferenciados con 30 % de los casos. Nuestros resultados son similares a los de estudio de Girardi Fabio¹³ sobre Carcinoma Espinocelular oral con 53,8 % de los casos informados como moderadamente diferenciados; no así con Suarez García⁸ que obtuvo un predominio de los bien diferenciados con 54,1 % del total de pacientes incluidos en su estudio seguido de los moderadamente diferenciados con 32,1 %.

El 58,5 % de nuestros pacientes tuvo metástasis hacia las cadenas linfáticas y ganglionares regionales cervicales coincidiendo con Suarez García⁸ que como resultado expone que a menor grado de diferenciación hubo mayor número de metástasis regional, Amar Alí¹³ en su trabajo sobre Carcinoma Espinocelular realizado en Brasil tiene resultados similares a los nuestros donde el 93 % de sus casos presenta metástasis ganglionar regional.

En nuestro estudio coincidiendo con Suarez García⁸ predominan los pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad con 59,4 % en Etapa IV y 32,2 % en Etapa III, de igual forma Maendra Patrap⁶ obtuvo el mayor porcentaje de sus pacientes clasificados en Etapa Clínica IV.

La mayor cantidad de pacientes llega a nuestro servicio en Etapa Clínica IV de la enfermedad dato que habla acerca de la baja percepción del riesgo de los pacientes sobre este problema de salud por la falta de conocimientos de la agresividad, rápida evolución, las secuelas y la letalidad del Carcinoma Espinocelular Oral, de la falta del autocuidado por los pacientes al practicar hábitos de vida no saludables, del desconocimiento de los factores de riesgo asociados a la enfermedad, del desconocimiento o de no realizar de forma habitual el autoexamen bucal, de no visitar de forma periódica cada 6 meses al estomatólogo y de no llevar a término todo lo establecido en el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal por el personal de salud responsable de realizar el mismo, que dentro de sus objetivos principales está detectar los estados premalignos o lesiones premalignas de forma precoz y la enfermedad en etapas iniciales para garantizar la sobrevivencia de los pacientes operados¹.

El tratamiento más empleado fue la radioterapia preoperatoria y quimioterapia neoadyuvante con 29,3 % seguido de la cirugía con 17 % y la cirugía, radioterapia postoperatoria y quimioterapia adyuvante 14,6 % de los casos. La radioterapia preoperatoria y quimioterapia neoadyuvante como tratamiento aplicado más frecuente coincide con 56,1 % de los pacientes en Etapa Clínica IV, tratamiento que se aplica con el objetivo de lograr citorreducción de las lesiones en estos pacientes para disminuir el tamaño de las lesiones y posteriormente valorar realizar tratamiento quirúrgico, además de controlar la enfermedad metastásica regional según así se refiere en las Guías Prácticas de Cáncer Bucal de nuestra institución. Las principales modalidades terapéuticas utilizadas fueron las terapias oncoespecíficas combinadas con la cirugía, estos resultados coinciden con la literatura, en la que se defiende el empleo de terapias combinadas para lograr un mejor control de la patología oncológica y resultados efectivos en el tratamiento, no solo del tumor primario, sino también de las metástasis según así lo expresa Suarez García⁸ en su trabajo realizado en Holguín y coincidiendo con la literatura internacional consultada.

Se estima que la tasa de supervivencia de 5 años podría duplicarse si el tratamiento se iniciara cuando las lesiones tuvieran menos de 2 centímetros de diámetro, de ahí la importancia del pesquiasaje mediante el examen sistemático de la cavidad bucal por el odontólogo, médico de la familia así como la utilidad del autoexamen que puede realizar el paciente luego de ser orientado por los especialistas.^{1,2}

Conclusiones.

El Carcinoma Espinocelular de la cavidad oral es un problema de salud en nuestros días afectando a los pacientes a partir de la quinta década de vida, siendo esta la década de vida más afectada por lo que existe una tendencia de la enfermedad de aparecer en edades más tempranas. El sexo masculino se encontró más afectado en proporción tres veces superior al femenino. El ambiente urbano, las zonas más populosas e industrializadas fueron el escenario donde con mayor frecuencia se presentó la enfermedad. La ulcera sangrante que no cicatriza y el dolor fueron los principales síntomas y signos de alarma que se presentaron en este tipo de pacientes.

El tabaco y el alcohol fueron los factores de riesgo más asociados con la enfermedad. En el examen bucal los sitios anatómicos como suelo de boca y lengua fueron en los que más se localizaron las lesiones de la enfermedad, observándose como forma de presentación más común la ulcera o grieta infiltrante. En la mayoría de los pacientes atendidos por nuestra especialidad los resultados histológicos informaron el Carcinoma Espinocelular Oral moderadamente diferenciado como el más frecuente. Durante el examen físico y apoyo imagenológico se constató que existe un mayor número de pacientes con metástasis regional, no así en órganos a distancia.

La enfermedad se presentó en nuestros pacientes en etapas clínicas avanzadas Etapa IV permitiendo usar como modalidades terapéuticas radioterapia y quimioterapia neoadyuvante, la cirugía y ambas combinadas con la cirugía como los tratamientos más utilizados.

Referencias Bibliográficas.

1. MINSAP. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2009.

2. Lence Anta J, Rodríguez Salvá A, Santana Garay JC, Fernández Garrote L. Programa de diagnóstico precoz del cáncer bucal. Resultados y perspectivas. Rev Cubana Med Gen Integral 1994; 10(3):230-4. [citado Abril 2014]; Disponible en URL: bvs.sld.cu/revistas/est/indice.html.
3. Pindborg J. Cáncer y Precáncer Bucal. La Habana: Editorial Científico-Técnica. 1984. p 26.
4. Santana Garay J. Atlas de patología del complejo bucal. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2010; p 377.
5. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2016. pág. 26-30.
6. Mahendra Pratap Singh, Vijay Kumar, Akash Agarwal, Rajendra Kumar, M.L.B. Bhatt, Sanjeev Misra. Clinico-epidemiological study of oral squamous cell carcinoma: A tertiary care centre study in North India. *Journal of oral biology and craniofacial research* 6 (2 0 1 6) 3 1 – 3 4
7. Sun Q, Fang Q, Guo S. [A comparison of oral squamous cell carcinoma between young and old patients in a single medical center in China](#). *Int J Clin Exp Med*. 2015 Aug 15;8(8):12418-23. eCollection 2015.
8. Suarez García Rodolfo, Pérez Martínez Carmen Yanet, Fernández Rojas Lisset, Pérez Pupo Annarelis. Caracterización de adultos mayores con cáncer de cabeza y cuello. *CCM [revista en la Internet]*. 2013 Jun [citado 2016 Mar 09] ; 17(2): 119-129. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000200002&lng=es.
9. Rodríguez T, Altieri A, Chatenold L, Gallus S, Bosetti C, Negri E, et al. Risk factors goes oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral Oncology* 2014; 40:207-13.
10. Benet Rodríguez y col. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur* 2010; 8(2)
11. Hocking JS, Stein A, Conway EL, Regan D, Grulich A, Law M. Brotherton. Head and neck cancer in Australia between 1982 and 2005 show increasing incidence of potentially HPV-associated oropharyngeal cancers. *BJC*. 2011[citado abril 2014]; 104: 886 – 91 Disponible en: <http://hinariq.who.int/whalecomwww.nature.com>.
12. Amar Ali, Chedid Helma Maria, Rapoport Abrão, Cernea Claudio Roberto, Dedivitis Rogério Aparecido, Curioni Otávio Alberto et al . Significado prognóstico do número de linfonodos no esvaziamento cervical eletivo no câncer de língua e soalho de boca. *Braz. j. otorhinolaryngol. [Internet]*. 2012 Apr [cited 2016 Mar 09] ; 78(2): 22-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942012000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942012000200005>.
13. Girardi Fábio Muradás, Zanella Virgílio Gonzales, Kroef Ricardo Galicchio. Correlação entre dados clínico-patológicos e margens cirúrgicas em pacientes com carcinoma epidermoide da cavidade oral. *Braz. j. otorhinolaryngol. [Internet]*. 2013 Apr [cited 2016 Mar 09] ; 79(2): 190-195. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942013000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-8694.20130034>.

TÍTULO: “CARACTERIZACIÓN CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR FIBROMA UTERINO EN LA PROVINCIA DE CIENFUEGOS”

AUTORES:

Dra. Carmen Delia García García. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. carmend88@nauta.cu, Hospital GAL, Cuba.

Dra. Verónica Martins Morales. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia.veromartinsmorales@gmail.com, Hospital GAL, Cuba.

Dra. Zoraida Montero Padrón. Especialista II Grado de Ginecología y Obstetricia. Máster en atención integral de la mujer. Profesor asistente. Hospital GAL, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Los miomas uterinos son frecuentes en las mujeres en edad reproductiva, constituyendo la principal indicación de histerectomía. **Objetivo:** Caracterizar clínica y epidemiológica a las pacientes que se les realizó histerectomía por fibroma uterino en el Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía” de Cienfuegos, durante el año 2015. **Diseño metodológico:** Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo de serie de casos, la muestra constituida por 245 pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología. Se estudiaron variables como edad, raza, APP, síntomas y signos, complementarios, tratamiento previo, tipo de operación, diagnóstico histológico, complicaciones **Resultados:** Las mujeres tenían mayoritariamente entre 45 y 49 años, 91 % tenían uno o más hijos y el 66,5 % de raza blanca. El 60,9 % estaban menopáusicas. Un 49 % con comorbilidad asociada. El 64,5 % presentaban hemorragia uterina, y solo al 44 % se le realizó legrado diagnóstico previo. El ultrasonido fue la prueba diagnóstica más utilizada con 94,3 %. La localización intramural fue la más frecuente. En Cienfuegos se practicó en el año 2015 más gonadectomía que en el año 2006. **Conclusiones:** Las histerectomizadas por fibroma uterino se caracterizaron por ser blancas, multíparas, en edades perimenopáusicas. Se optó por la intervención quirúrgica, siendo la hemorragia la causa fundamental. El estudio endometrial no siempre se practica, a pesar de que la comorbilidad acompañó el padecimiento. La base para el diagnóstico fue clínica y ecográfica. Las complicaciones relacionadas con el proceder se comportan según estándares reportados, pero la gonadectomía es más frecuente.

Palabras claves: Fibroma uterino, leiomioma, histerectomía.

INTRODUCCIÓN

El mioma uterino es un tumor benigno de la serie mesenquimatosa formado por fibras musculares lisas y un estroma conjuntivo por donde discurren los vasos. En general son múltiples y su tamaño varía desde los pocos milímetros a masas de más de 20 centímetros. ⁽¹⁾

El sitio usual es el útero, pero pueden ser vistos en otros sitios, como ligamento redondo, ovario, e inclusive labios mayores. De crecimiento sólido, puede sufrir

degeneración de diferentes tipos presentado licuefacción adquiriendo características de tumor blando.

La *epidemiología* demuestra que 1 de cada 4 o 5 mujeres con más de 35 años tiene un mioma uterino y la frecuencia es mayor en la raza negra. ⁽²⁾

Microscópicamente son tumores poco vascularizados, firmes y rodeados de una pseudo cápsula comprimidos ante el crecimiento expansivo, son de un color blanco rozado brillante. ⁽³⁾

La implantación varia, puede ser pediculada, intracavitaria, Intramural, subseroso, submucoso o parasitaria cuando se adhiere a otra estructura. ⁽⁴⁾

Dentro de la *sintomatología* podemos decir que un 30% es asintomático, los trastornos menstruales, los síntomas de compresión, el dolor hipogástrico se acompañara de leucorrea y disminución de la fertilidad o paridad.

El tratamiento dependerá del tipo, tamaño y localización del mioma, además de los deseos de fertilidad futura de la paciente y la habilidad quirúrgica del cirujano.

La conducta será expectante en caso de miomas pequeños, pero podemos utilizar la hormonoterapia como los gestágenos, análogos de la GnRH, y varios otros.

Miomas pequeños menores a 1 cm pueden ser coagulados por corriente bipolar in situ sin extirpación. Los mayores a 1cm subserosos pueden ser extirpados después de incidir superficie con corriente mono polar y exponer el mioma con disección de adherencias y coagulación del pedículo para miomas sésiles menores a 6 cm; la mejor forma e incisión en losange con disección de bordes, extracción y coagulación de bordes. ⁽⁵⁾ Algunos autores recomiendan tratamiento hormonal preoperatorio agonista de la hormona liberadora de gonadotropina. ⁽⁵⁾

El tratamiento quirúrgico puede limitarse a una miomectomía o acompañarse de una histerectomía total.

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se practica la resección parcial o total del útero, ha evolucionado en el tiempo, gracias al adelanto técnico a nivel quirúrgico, de laboratorio, anestésicos y de cuidados pre y post-operatorios ⁽⁶⁾.

Es uno de los procedimientos quirúrgicos más empleados a nivel mundial para el tratamiento de patologías benignas y malignas del útero, así; como el procedimiento quirúrgico que se realiza con mayor frecuencia en ginecología ⁽⁷⁾. En los últimos años, ha disminuido su incidencia por el empleo de otros tratamientos menos invasivos: miomectomía histeroscópica o laparoscópica, empleo de mallas para el tratamiento de los prolapsos uterinos, uso del DIU con levonorgestrel y la ablación endometrial, entre otros.

Kovac, ha considerado a la histerectomía abdominal total (HAT) como la técnica de elección en los casos de úteros miomatosos sintomáticos que precisan una adecuada exploración abdomino-pélvica o que tienen limitaciones para realizar un abordaje vaginal: útero mayor de 280 gr. y con más de 12 cm de diámetro longitudinal, vagina estrecha, falta de movilidad uterina, presencia de patología anexial (endometriosis), antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, nuliparidad, cirugía pélvica previa y malignidad ⁽⁸⁾.

Se debe considerar que la HAT es un procedimiento quirúrgico, con morbimortalidad y riesgos de lesión de otros órganos íntimamente relacionados con el útero; por lo tanto, como toda cirugía, sólo debe realizarse cuando sea estrictamente necesaria ⁽⁹⁾.

El procedimiento, permite palpar los órganos pélvicos directamente. Sin embargo, esto puede aumentar la formación de adherencias y mayor dolor durante el postoperatorio.

Se estima que los miomas o también llamados leiomiomas, se encuentran entre el 20 - 30% de todas las mujeres, predominando de los 30 a 40 años; pudiendo presentarse a cualquier edad.

La miomatosis uterina sintomática, es el diagnóstico preoperatorio más común (> 65%), afecta a una de cada cuatro mujeres en edad reproductiva y se manifiesta por polimenorrea, dolor abdominal bajo y anemia ⁽¹⁰⁾.

Puede asociarse: infertilidad, síntomas urinarios y/o alteración del tránsito intestinal; dependiendo del tamaño, localización y número ⁽¹¹⁾.

Las principales indicaciones para realizar una HAT son: anatómicas, funcionales, infecciosas, neoplasias benignas, neoplasias malignas, y de urgencias obstétricas y traumáticas ⁽¹²⁾.

La técnica que se realiza con mayor frecuencia para la remoción total del útero, es la descrita por Richardson. La que puede asociarse a una serie de complicaciones mayores: hemorragia severa, lesión vesical, lesión intestinal, lesión ureteral, lesión vascular mayor, evento con riesgo de muerte, laparotomía no prevista, hematoma mayor y/o muerte.

Determinándose como complicación menor a: hemorragia leve, hematoma menor, dehiscencia de herida operatoria, infección del sitio quirúrgico, infección de vías urinarias, infección de cúpula vaginal, absceso pélvico, morbilidad febril y/o reingreso hospitalario ⁽¹³⁾.

El riesgo operatorio, está asociado a variables como: salud general de la paciente, edad, patología de fondo, patologías asociadas a enfermedades de fondo, riesgo de tromboembolismo, experiencia del cirujano, técnica operatoria y urgencia del procedimiento.

Resulta oportuno señalar que actualmente existen métodos diagnósticos disponibles para detectar estos tumores, entre los cuales figuran: ecografía transvaginal y abdominal, histeroscopia, histerosonografía e histerosalpingografía. También puede recurrirse a la resonancia magnética o la tomografía axial computarizada. Se trata de procedimientos indolores y tolerables (aunque algunos pueden ser molestos), mediante los cuales, las imágenes obtenidas brindan información acerca de los fibromas y de su relación con órganos vecinos. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

La transformación maligna de los miomas es extremadamente infrecuente. La malignización de estos tumores a leiomiosarcoma es extremadamente inusual, pues los leiomiosarcomas se encuentran en el 0,1% de las mujeres con leiomiomas grandes o de crecimiento rápido. Aunque se ha discutido si los miomas y los leiomiosarcomas son parte de un mismo espectro de enfermedad, los estudios citogenéticos han demostrado que los leiomiosarcomas surgen de novo, y que pueden no estar relacionados con los miomas benignos ^(17, 18). Sin embargo, estudios recientes con microarrays han identificado un raro subgrupo de miomas con deleciones del cromosoma 1 que presentan perfiles transcripcionales que se agrupan con los propios de los leiomiosarcomas ⁽¹⁹⁾, lo cual sugiere que algunos leiomiosarcomas infrecuentes pueden surgir de subgrupos específicos de miomas. El tamaño de algunos miomas uterinos puede ser significativo, y el ritmo de crecimiento, especialmente rápido. Este rápido crecimiento se ha definido

arbitrariamente como el incremento de tamaño equivalente a 6 semanas gestacionales o más en un intervalo igual o inferior a un año. En el pasado, el ritmo de crecimiento de un mioma fue considerado un criterio de riesgo para la transformación a leiomioma. Los datos recientes no han confirmado una asociación entre el crecimiento rápido de un mioma y un riesgo incrementado de malignidad. ⁽¹⁹⁾

Los miomas uterinos se encuentran entre las entidades más frecuentes de la práctica ginecológica, apareciendo en el 20-40% de las mujeres en edad reproductiva ⁽²⁰⁾. Son la quinta causa de hospitalización por problemas ginecológicos no relacionados con el embarazo en las mujeres entre 15 y 44 años ⁽²¹⁾. Constituyen la principal indicación de histerectomía, dando cuenta de más de 200.000 intervenciones anuales en Estados Unidos, un tercio de las histerectomías que anualmente se realizan en ese país, siendo la mayoría mujeres jóvenes entre 30 y 40 años. En la década de los años 1990, Farquhar y Steiner informaron que de más de 2.000.000 de histerectomías realizadas en los Estados Unidos el 40 % fue por leiomiomas. ⁽²²⁾

En un análisis sobre Algunos resultados de la histerectomía total abdominal e histerectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino realizado en el hospital "Ramón González Coro" solo el 22% fue por fibroma uterino ⁽²³⁾

Mientras que, en la provincia de Cienfuegos durante el año 2015 de las 415 histerectomías practicadas pertenecientes al servicio de ginecología, el 59,03 % (245) fueron por fibroma uterino, resultado este no acorde a lo encontrado en otras investigaciones a nivel nacional y a escala mundial, con valores superiores a lo reportado hasta el momento.

Problema científico:

El fibroma uterino es la primera causa de histerectomía en el servicio de Ginecología. ¿Cuáles son las características clínica-epidemiológicas de las pacientes histerectomizadas por fibroma uterino en la provincia de Cienfuegos?

Justificación del problema:

Conocer los factores que conducen a una histerectomía por fibroma uterino permitirá elevar los conocimientos sobre esta patología, además mejorías en la calidad de la atención médica de estas pacientes. El último estudio realizado en Cienfuegos fue en el año 2006, siendo clínico-patológico, describió que esta cirugía como tratamiento para la miomatosis es frecuente.

Desarrollo

Tipo de estudio: Descriptivo, longitudinal, retrospectivo de serie de casos.

Escenario: Servicio de Ginecología del Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de la Provincia Cienfuegos.

Periodo de estudio 1ro de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2015.

Muestra

La muestra estuvo constituida por las 245 pacientes a las que se les realizó histerectomía con el diagnóstico clínico de fibroma uterino en el periodo estudiado, atendidas en el Servicio de Ginecología.

Recolección de la información: Los datos se extrajeron mediante la revisión de las historias clínicas al egreso en la sala de ginecología por el autor.

Estadísticos Matemáticos. Se utilizó el paquete de programas estadísticos SPSS (Statistic Package for Social Science, Chicago Illinois, Versión 21), para el análisis y procesamiento de los datos del expediente clínico (Base de Datos). El análisis estadístico de los datos, comprendió estudios de frecuencia, los cuales son presentados en tablas de frecuencia. La distribución de frecuencia a las variables se realizó con métodos estadísticos descriptivos.

En la **tabla 1 (Anexo 1)** se presenta la Distribución de las pacientes según grupo de edades, encontramos que fue más frecuente la histerectomía por fibroma entre 45 y 49 años con 93 pacientes que representan el 38 % del total, seguido del grupo de edades comprendidos entre 40 a 44 años con 31,4% (77 pacientes). De más de 50 años se histerectomizaron 38 que representan el 15,5% del universo, con menor frecuencia se presentaron los grupos de edades de menos de 40 años con un 15% de las histerectomías. Señalar que más de la mitad de las mujeres estudiadas estaban próximas a la menopausia.

En la **Tabla 2 (Anexo 1)**, se puede apreciar la distribución de las pacientes según la paridad, se evidenció que de las 245 pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente por fibroma uterino 223 tenían hijos (múltiparas) que representaron el 91 %, y solo el 9 % se histerectomizaron sin hijos previos (nulíparas).

Al valorar los resultados obtenidos en relación con la distribución de las pacientes según raza presentados en la **tabla 3 (Anexo 1)** se encontró que el 66,5 % (163) fueron blancas y el 33,5 % (82) de raza negra.

En la **tabla 4 (Anexo1)** se muestran a las pacientes que refirieron cese definitivo de la menstruación de forma continua por 12 meses (menopausia), que representaron el 17,1 % (42) del total, mientras que el 82,9 % (203), presentaban ciclos menstruales. De las pacientes estudiadas teniendo en cuenta grupo de edades se les realizó el proceder quirúrgico a 80 (39,4 %) de las pacientes que no tenían menopausia entre 45 y 49 años, y 9 (4,4 %) con 50 años y más que al igual que las anteriores no referían menopausia, pero que fisiológicamente y teniendo en cuenta la edad de las mismas se encontraban próximas a dicho período (perimenopáusicas).

La distribución de las pacientes en relación con patologías asociadas al fibroma uterino (**Tabla 5) (Anexo 1)**, 192 (78,4 %) no presentaron asociación alguna. Relacionándose con mayor frecuencia al fibroma uterino la hiperplasia endometrial con un 19,2 % (47 pacientes), mientras que 4 de las pacientes se presentaron con comorbilidad oncológica, 2 de ellas (0,8 %) con Adenocarcinoma de endometrio y 2 (0,8 %) con Sarcoma de útero, igual se comportó la endometriosis 0,8 % representada por 2 pacientes.

El 70,6 % (173), no refirieron haber llevado algún tipo de tratamiento previo a la cirugía radical, sólo el 26,9 % usó tratamiento hormonal, y apenas el 2,4 % (6 pacientes) se les habían practicado cirugía conservadora previa. (**Tabla 6) (Anexo 1)**.

La hemorragia fue el síntoma referido y constatado que con mayor frecuencia se presentó en este estudio y por el que acudieron a consulta dichas pacientes 158 (64,5 %), seguido del dolor 63 (25,7 %), en menor porcentaje el tumor gigante (4,1 %) y la compresión (3,3 %), de forma asintomática encontramos 6 pacientes

histerectomizadas (2,4 %), quizás relacionado esto a una inadecuada confección de la historia clínica, ya que no existen criterios para practicar dicho proceder quirúrgico en pacientes sin sintomatología. **(Tabla 7) (Anexo 1)**.

En cuanto a la distribución de las pacientes a las que se les practicó legrado en relación con los síntomas y signos referidos presentado en la tabla 8, el 55,9 % (137) no se les realizó legrado diagnóstico mientras que el 44,1 % de las operadas se les efectuó dicho proceder, de las pacientes que refirieron hemorragia (158) como síntoma principal 68 (43 %) no se les realizó legrado previo y a un 57 % (90 pacientes) si se les realizó, mientras que de las que refirieron dolor, 63 pacientes, el 76,2 % (48) no se les practicó el proceder, por lo que teniendo en cuenta que tanto en el dolor como en la hemorragia, la comorbilidad oncológica no es excluible cuando estos son referidos como síntoma principal, no se explica que la mayoría de las pacientes histerectomizadas con este síntoma no se les estudió el endometrio. De las 18 pacientes con tumor gigante a 15 (83.3 %) no se les efectuó legrado y a 3 (16.7 %), en cuanto a este último caso la realización del proceder esta con indicación clara para su práctica. **(Tabla 8) (Anexo 1)**

En la **tabla 9 (Anexo1)** constatamos la distribución de las pacientes según métodos diagnósticos utilizados, el 94,3 %(231) se diagnosticaron por ultrasonido, seguido de la utilización de la tomografía 9 pacientes que representaron el 3,7 %, mientras que la laparoscopia fue el medio diagnostico menos utilizado con 5 pacientes para un 2 %.

La distribución de pacientes según localización del mioma uterino puede ser observada en la **tabla 10 (Anexo 1)**, en la misma se muestra que el mioma Intramural se presentó en el 42 % de los casos (con 103 pacientes), seguido del mioma subseroso 83 (33,9 %), los miomas submucosos representaron el 24,1 % (59 pacientes) de la muestra estudiada.

De las histerectomías el 90,6 % (222 pacientes) evolucionaron satisfactoriamente, mientras que el 5,3 % (13 pacientes) presentaron abscesos de pared abdominal, y un 3,7% (9 pacientes) abscesos de cúpula vaginal, una paciente tuvo lesión de asa intestinal que representó el 0,4 %, complicación esta poco frecuente. Las pacientes que presentaron complicaciones fueron 23, para un 9.4 %. **(Tabla 11) (Anexo 1)**

Se le practicó histerectomía total abdominal al 97,1 %, mientras que la histerectomía subtotal se le realizó al 2,9 % de las pacientes estudiadas, en cuanto a la realización de anexectomía relacionado con el proceder remitirse a la tabla 13 para ver discusión de los resultados. **(Tabla 12) (Anexo 1)**

Al caracterizar la Distribución de las pacientes con anexectomía según rangos de edades **Tabla 13 (Anexo 1)**, encontramos que a un total de 133 pacientes se les realizó dicho proceder que representó el 54,3 % del universo estudiado, de ellas 106 bilaterales (79,7%) y 27 unilaterales (20,3%), el grupo de edades comprendido entre 45 y 49 años fue el que con mayor frecuencia se observó la realización de anexectomía con 57 pacientes que representaron el 42,9 %, siendo 46 (80,7 %) de ellas bilaterales y 11(19,3 %) unilaterales, con 50 años y más la anexectomía asociada a histerectomía representó el 24,8 %, de ellas una unilateral y 32 bilaterales, en el grupo de edades de menos de 45 años la anexectomía se le practicó a 43 pacientes, que representa el 32, 3 % de las realizadas, de ellas 15 unilateral (34,9%) y 28 bilateral (65, 1%), constituyendo la histerectomía con

anexectomía en este rango de edades el segundo en frecuencia en este estudio, superando al porcentaje encontrado en las pacientes con 50 años o más. En todas las pacientes histerectomizadas con anexectomía predomina el proceder bilateral independientemente de la edad.

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que con mayor frecuencia se realiza a escala mundial, en prácticamente la mayoría de los estudios, los miomas uterinos son habitualmente la primera indicación de histerectomía lo cual varía con la edad de la paciente.

Se revisaron varios trabajos encontrándose resultados similares a los presentados en este estudio.

Crum, señala que los miomas se encuentran en al menos un 25 % de las mujeres en edades de reproducción activa ⁽²⁴⁾. Otros afirman una prevalencia del 20 % al 40 % en mujeres mayores de 35 años, siendo excepcionales antes de la pubertad y después de la menopausia ⁽²⁵⁾. Estas prevalencias son obtenidas de otros países como Estados Unidos y España. Podemos citar los estudios de José Moreno, quien encontró en su estudio de histerectomía en 321 casos de fibromatosis uterina, que de 558 histerectomías realizadas el 57 % tenía diagnóstico macroscópico e histopatológico de fibromatosis ⁽²⁶⁾. López, presentó que, de 283 histerectomías, 165 casos (58 %) fueron por fibromatosis uterina ⁽²⁷⁾. De allí, la importancia de investigaciones como esta, que permitan suministrar información para actuar frente a esta lesión, considerada un problema de salud pública en otros países.

En referencia a este tópico, es conocida la relación que guardan los miomas y la ausencia de hijos en algunas pacientes, autores ⁽²⁸⁾ señalan que la frecuencia de esterilidad en pacientes con mioma uterino se ha estimado que alcanza hasta el 40 % cuando la miomatosis es múltiple.

La paridad condiciona el riesgo de padecerlo, según González Merlo en las mujeres que han tenido un hijo vivo, el riesgo es de un 20-55 % menor que en las que no tuvieron hijos, y el número de hijos disminuye el riesgo, de forma que si ha tenido 4 o 5 hijos tiene un riesgo de un 70 a un 80 % más bajo que la nulípara. ⁽²⁹⁾

Las mujeres negras tienen un riesgo entre dos y tres veces superior de presentar miomas que las blancas, de modo que 2 de cada 4 mujeres negras padecerán miomatosis, contra 1 de cada 4 mujeres blancas, y a edades más tempranas en el momento del diagnóstico, así como más numerosos y sintomáticos. ^(30, 31, 32) La frecuencia se incrementa con la edad, a lo largo de los años de la vida reproductiva; tiene su pico en los años de la perimenopausia, declinando después de la misma. ⁽³³⁾

Según Botella el más frecuente de todos los síntomas que presentan estos tumores es la alteración menstrual que puede aparecer en forma de hemorragias continuas (metrorragias) o en forma de menorragia, que es esta última la más frecuente, a veces también hipermenorreas y polimenorreas. Resume diciendo que los síntomas más frecuentes son las hemorragias, el dolor y la compresión, siendo además el tumor gigante un signo frecuente ⁽³⁴⁾, lo cual coincide con el presente estudio.

González Merlo describe igual frecuencia de síntomas y signos en su libro. ⁽³⁵⁾

El diagnóstico es eminentemente clínico, se soporta en los exámenes paraclínicos como la ultrasonografía y en la histerosalpingografía como métodos de elección. ⁽³⁶⁾

La ecografía ha cambiado completamente la clínica de los miomas, pudiéndose operar y tratar más precozmente, la histeroscopia es un medio diagnóstico importante para los miomas submucosos pequeños, muchos de ellos se descubren por este procedimiento, antes que por la ecografía. ⁽³⁷⁾

En los tiempos actuales, en el que los progresos de la anestesia, hemotransfusión, antibioticoterapia y otros, han disminuido mucho los riesgos operatorios, la histerectomía es una operación mayor, con morbilidad y riesgos de lesión de otros órganos íntimamente relacionados con el útero, por lo tanto, como toda cirugía, solo debe realizarse cuando sea estrictamente necesaria. ⁽³⁸⁾

Conclusiones

Las histerectomizadas por fibroma uterino en el hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos durante el año 2015 se caracterizaron por ser blancas, multíparas, en edades perimenopáusicas. Se opta por la intervención quirúrgica, siendo la hemorragia la causa fundamental, el estudio endometrial no siempre se practica, a pesar de que la comorbilidad acompañó el padecimiento. La base para el diagnóstico fue clínica y ecográfica. Las complicaciones relacionadas con el proceder se comportan según estándares reportados, y la gonadectomía es más frecuente.

Referencias bibliográficas

1. Procesos Benignos del útero Cáp. 23 Ginecología de Carlos Calatroni Ed. Panamericana España 2001 Pág. 249-254.
2. Lavastida. R., Buxadeiras. Ch Patología Obstetricia Mioma y embarazo. En: José Carrera Macia Protocolo de Obstetricia 3ª Ed Universidad de Dexeus Barcelona. Madrid 2003. Pág. 260-263
3. E.Wallach Leiomioma Uterino K.Bernard En: Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia Ed. Marban 2005 Pg389-398
4. Carlos Santos, Manuel Fernández, Nilda Butrino. Neoplasia del útero; En: José Pacheco Romero Ginecología y Obstetricia. Lima Perú 3ª Ed 2002 pg672-673
5. Trastornos del Cuerpo Uterino J.Scott, P.Disaia, y col. En: Danforth Manual de Obstetricia y Ginecología 3ª.Ed 2000 México Pág 523-528.
6. Solà D, Ricci A, Pardo S, Guiloff F. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil ObstetGinecol 2006; 71(5): 364-372.
7. Merino O, Doren V, Sáez O, Valenzuela M, Etchegaray B, Gejman E, et al. Distribución de la patología quirúrgica del cuerpo uterino en mujeres chilenas sometidas a histerectomía en un hospital clínico universitario. Rev Chil ObstetGinecol 2009; 74(1): 15-29.
8. Berek J. Ginecología de NOVAK. 14ª edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México; 2007.
9. Rodríguez H, Vera F. Comentarios y reflexiones sobre la histerectomía abdominal simple (total vs subtotal). Rev Cubana Obstet Ginecol 2009; Sep; 35(3).
10. Rodríguez M, Castro A, Pascual S, Juárez B, Solís M, et al. Cirugía ginecológica mayor de corta estancia y mínima invasión: histerectomía vaginal con Biclamp

- termofusion en pacientes sin descenso uterino vs hysterectomía total abdominal. *Rev Esp Med Quir* 2009; 14: 121-124.
11. Felipe O, Martínez V, Martín R MD, Herrera de la Muela M, López Salvá A. Histerectomía abdominal vs vaginal en el tratamiento quirúrgico del útero miomatoso. URL disponible en: <http://www.earchivosorg/e-AGO200902/HV.pdf> (fecha de acceso: 4 de febrero del 2011).
 12. Parra P, Sedano M, Corvalán J, Roos A, Bezama P, y col. Histerectomía laparoscópica. *Rev Obst Ginecol Hosp S Oriente* 2007; 2(3): 203- 208.
 13. Carpio L, Garnique M. Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2009; 55:266-272.
 14. Viswanathan M, Hartmann K, McKoy N, Stuart G, Rankins N, Thieda P, Lux LJ, Lohr KN. Management of uterine fibroids: an update of the evidence. *Evid Rep Technol Assess.* 2007;154: 1-122.
 15. Loyola S, Fava M, Macaya R, Meneses L. Embolización de arterias uterinas en el tratamiento de miomas uterinos sintomáticos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007;72(4):236-40.
 16. Valle RF. Office hysteroscopy. *Clin Obstet Gynecol.* 1999;42(2):276-89.
 17. Rein MS, Friedman AJ, Barbieri RL, et al. Cytogenetic abnormalities in uterine leiomyomata *Obstet Gynecol* 1991; 77:923-6
 18. Levy B, Mukherjee T, Hirschhorn K. Molecular cytogenetic analysis of uterine leiomyoma and leiomyosarcoma by comparative genomic hybridization. *Cancer Genet Cytogenet* 2000; 121: 1-8
 19. Montague AC, Swartz DP, Wooddruff JD. Sarcoma arising in a peimyoma of the uterus; factors influencing prognosis. *Am J Obstet Gynecolo* 1965; 92: 421-7
 20. Wallach EE, Vlahos NF. Uterie myomas: an overview of development, clinical features and management. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 393-406.
 21. Velebil P, Wingo PA, Xia Z, et al. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive age women in the united states- *Obst Gynecol* 1995; 86: 764-9.
 22. Walker CL, Stewart EA. Uterine fibroids: the elephant in te room, *Science* 2005; 308:1589-92
 23. Hernández D, Ferreiro RM, Rodríguez Hidalgo N, Díaz D, et al. Algunos resultados de la hysterectomía total abdominal e hysterectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010.*
 24. Crum C. Aparato genital femenino. En: Robbins S, editor. *Patología estructural y funcional.* 5ª edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1995.p.1167-1169
 25. Vidal J. Mioma uterino. En: Usandizaga J, editor. *Tratado de Obstetricia y Ginecología. II Ginecología.* 2ª edición. Barcelona, España: McGraw-Hill Interamericana; 1998.p.73-87.
 26. Moreno J. Histerectomía en 321 casos de fibromatosis uterina. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1992;52:173-174
 27. López L. Histerectomía abdominal por procesos benignos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1961;21:491-517.
 28. Crisosto C, Cheviacoff S. Esterilidad conyugal. En: Pérez A, editor. *Ginecología.* 2ª edición. Santiago (Chile): Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1995.p.391.

29. González Merlo J., González Bosquet J., González Bosquet E. Patología benigna del cuerpo uterino. Ginecología tomo II, 2007, capítulo 24 pagina 490.
30. Day Baird D, Dunson DB, Hill MC, et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. Am J Obst Gynecol 2003; 188: 100-7
31. Kjerulff KH, Langenberg P, Seidman JD, et al. Uterine leiomyomas: racial differences in severity, symptoms and age diagnosis. J Reprod Med 1996; 41: 483-90.
32. Marshall LM, Spiegelman D, Barbieri RL, et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. Obstet Gynecol 1997; 90: 967-73
33. Flake GP, Andersen J, Dixon D. Etiology and pathogenesis of uterine leiomyomas: a review Environ Health Perspect 2003; 111: 1037-54
34. Botella Llusia J, Clavero Núñez José A. Tratado de ginecología. Tumores mesenquimales del útero. Leiomioma y sarcoma. 14 edición, 1993 capítulo 73 página 915
35. González Merlo J., González Bosquet J., González Bosquet E. Patología benigna del cuerpo uterino. Ginecología tomo II, 2007, capítulo 24 página 495-496
36. MI Mata, SP Jaramillo, EL Mata, TD Martínez. Frecuencia de miomatosis uterina en pacientes de consulta externa. Hospital universitario central tipo iv "Dr. Antonio maría pineda". Barquisimeto, estado Lara. RFM v.28 n.2 Caracas jun. 2005
37. Botella Llusia J, Clavero Núñez José A. Tratado de ginecología. Tumores mesenquimales del útero. Leiomioma y sarcoma. 14 edición, 1993 capítulo 73 página 918
38. Rodríguez Hidalgo N. Cirugía Ginecológica y Obstétrica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1993.

Anexo 1

Tabla 1. Distribución de las pacientes según grupo de edades. Enero – Diciembre 2015.

Edad	Número de pacientes	Porcentaje
Menor o igual a 29	2	0,8
30-34	5	2,0
35-39	30	12,2
40-44	77	31,4
45-49	93	38,0
50 o más	38	15,5
Total	245	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 2. Distribución de las pacientes según paridad. Enero - Diciembre 2015.

Paridad	Número de pacientes	Porcentaje
Nulípara	22	9,0
Multípara	223	91,0
Total	245	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 3. Distribución de las pacientes según raza. Enero - Diciembre 2015.

Raza	Número de pacientes	Porcentaje
Blanca	163	66,5
Negra	82	33,5
Total	245	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 4. Distribución de las pacientes en relación con la menopausia. Enero - Diciembre 2015.

Grupo de edades	Menopausia			
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje
29-34	0	0	7	3,4
35-39	0	0	30	14,8
40-44	0	0	77	38
45-49	13	31	80	39,4
50 o más	29	69	9	4,4
Total	42	100	203	100
Porcentaje		17,1%		82,9%

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 5. Distribución de las pacientes en relación con patologías asociadas. Enero - Diciembre 2015.

Patologías Asociadas	Número de pacientes	Porcentaje
Fibroma uterino	192	78,4
Fibromas uterino + hiperplasia endometrial	47	19,2
Fibromas uterino + adenocarcinoma de endometrio	2	0,8
Fibromas uterino + endometriosis	2	0,8
Fibromas uterino + sarcoma de útero	2	0,8
Total	245	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 6. Distribución de las pacientes en relación con tratamientos previos realizados. Enero - Diciembre 2015.

Tratamientos	Número de pacientes	Porcentaje
Hormonal	66	26,9
Quirúrgicos	6	2,4
No	173	70,6
Total	245	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 7. Distribución de las pacientes según síntomas y signos presentados. Enero - Diciembre 2015.

Síntomas y signos	Número de pacientes	Porcentaje
Tumor gigante	10	4,1
Dolor	63	25,7
Compresión	8	3,3
Hemorragia	158	64,5
Asintomático	6	2,4
Total	245	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 8. Distribución de las pacientes a las que se les practicó legrado en relación con los síntomas y signos referidos. Enero - Diciembre 2015.

Síntomas y signos	Legrado				Total
	Si		No		
	No	%	No	%	
Tumor gigante	3	16,7	15	83,3	18
Dolor	15	23,8	48	76,2	63
Hemorragia	90	57	68	43	158
Asintomático	0	0	6	100	6
Total	108		137		245
	44,1 %		55,9 %		100 %

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 9. Distribución de las pacientes según métodos diagnósticos utilizados. Enero - Diciembre 2015.

Métodos diagnósticos	Número de pacientes	Porcentaje
Ultrasonido	231	94,3
Laparoscopia	5	2,0
TAC	9	3,7
Total	245	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 10. Distribución de las pacientes según localización del mioma uterino. Enero - Diciembre 2015.

Localización	Número de pacientes	Porcentaje
Intramural	103	42,0
submucoso	59	24,1
subseroso	83	33,9
Total	245	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 11. Distribución de las pacientes en relación con complicaciones asociadas. Enero – Diciembre 2015.

Complicaciones	Número de pacientes	Porcentaje
Absceso de pared abdominal	13	5,3
Absceso de cúpula vaginal	9	3,7
Lesiones de asas delgadas o gruesas	1	0,4
No	222	90,6
Total	245	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 12. Distribución de las pacientes según Operación realizada. Enero - Diciembre 2015.

Operación realizada	Número de pacientes	Porcentaje
Histerectomía subtotal	1	0,5
Histerectomía subtotal + doble anexectomía	6	2,4
Histerectomía subtotal + anexectomía unilateral	0	0,0
Histerectomía total abdominal	111	45,3
Histerectomía total abdominal + anexectomía unilateral	27	11,0
Histerectomía total abdominal + doble anexectomía	100	40,8
Total	245	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 13. Distribución de las pacientes con anexectomía según rangos de edades. Enero - Diciembre 2015.

Grupos de edades	Unilateral		Bilateral		Número de pacientes	
	Número de pacientes	Porcentaje	Número de pacientes	Porcentaje	Total	Porcentaje
<45	15	34,9	28	65,1	43	32,3
45-49	11	19,3	46	80,7	57	42,9
50 o más	1	3,0	32	97,0	33	24,8
Total	27	20,3	106	79,7	133	100

Fuente: Historias Clínicas

TÍTULO:**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y SU REPERCUSIÓN MATERNA-PERINATAL. CIENFUEGOS. 2014 - 2015****AUTOR:**

- Dr. Yoan Hernandez Cabrera, Correo electrónico: yoan.hernandez@gal.sld.cu, institución donde labora: Hospital general universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos, país: Cuba, cargo: Jefe de servicios de Obstetricia del Centro materno Infantil Cienfuegos. Máster en atención integral a la mujer.

COAUTORES:

- Dra. Mileidys Hernández Díaz. Correo electrónico: mileydis.hernandez@gal.sld.cu, institución donde labora: Hospital general universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos, país: Cuba
- Dra. Marioly Ruiz Hernandez. Correo electrónico: mariolisrh@jagua.cfg.sld.cu, institución donde labora: Hospital pediátrico universitario “Paquito Gonzalez Cueto” Cienfuegos, país: Cuba. Máster en atención integral a la mujer.
- Dr. Lisan Iglesias Cruz. Correo electrónico: lisan.iglesias@gal.sld.cu, institución donde labora: Hospital general universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos, país: Cuba.
- Dr. Jorge Luis Diaz Puebla Correo electrónico: jorge.diaz@gal.sld.cu, institución donde labora: Hospital general universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos, país: Cuba.

RESUMEN

Introducción: Existe un incremento de embarazos en adolescentes en los últimos años que conlleva a un aumento de la morbi-mortalidad perinatal en adolescentes.

Objetivo: Caracterización clínica de la gestante adolescente y su repercusión materna perinatal en el Hospital Gustavo Aldereguía Lima Cienfuegos 2014-2015.

Diseño Metodológico: Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal en una serie de casos. El universo lo forman todas las gestantes adolescentes ingresadas en la maternidad donde se les asistirá el parto.

Resultados fundamentales: 1 de cada 10 parturientas son adolescentes, representadas mayoritariamente por la adolescencia tardía. La mayoría son nulíparas. La morbilidad está representada por la sepsis vaginal, la Rotura prematura de membranas(RPM) y la restricción del crecimiento intrauterino(RCIU). El parto culmina mayoritariamente en gestantes a término y espontáneamente. El parto eutócico predomina sobre la distocia. Aparecen complicaciones maternas como: Anemia, sepsis puerperal, hemorragia, hipertensión gravídica; las fetales y neonatales son la alteración del bienestar fetal, el bajo peso y la Macrosomía.

Conclusiones: El comportamiento de la gestante adolescente fue del 13,6% de las parturientas. Un alto número de gestantes requiere de inducción. Existe alta incidencia de la eutocia del parto. Las complicaciones maternas y feto-neonatales aparecen en una parte no despreciable de las gestantes.

PALABRAS CLAVES: adolescencia, morbilidad.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia supone una época de la vida especialmente difícil y conflictiva que se caracteriza fundamentalmente porque constituye el período en el que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y alcanzan la madurez sexual, y supone el proceso de maduración psicológica que marca el paso de la infancia a la edad adulta.^(1,2)

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, aquella que ocurre en las mujeres desde la menarquía hasta los 19 años de edad con independencia de la edad ginecológica.^(3,4)

El incremento del embarazo y el parto en edades tempranas de la vida constituye un problema universal, en los países subdesarrollados es donde la magnitud de este representa un problema por su alta incidencia y el limitado acceso a los servicios de salud.

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos.⁽⁵⁾

En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica (4), pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos. (5) Cuba como país del tercer mundo no está libre de esta situación, por el contrario, parece ir creciendo a pesar de los avances logrados en el campo de la salud, muestra un indicador del 17% y se halla entre las naciones con un índice elevado, por lo cual constituye un motivo de preocupación de nuestro Ministerio de Salud Pública. (6,7)

Justificación

La decisión de enfrentar como línea de investigación, estuvo influenciada por el incremento de embarazos en adolescentes evidenciado en los últimos años y los riesgos que esto conlleva, su relación a una mayor posibilidad de complicaciones maternas y neonatales, lo que se traduce en un aumento de la morbi-mortalidad perinatal.

Existen investigaciones previas en el Hospital Provincial Universitario "Gustavo Aldereguía Lima" relacionadas con el embarazo en la adolescencia, pero ninguna describe los resultados perinatales y complicaciones a la que pueden estar sometidas estas gestantes y su recién nacido. Por lo que pretendemos buscar alternativas que nos permitan conocer los resultados perinatales en la gestación de las adolescentes, para de esta manera enfocar las acciones medicas necesarias sobre este grupo vulnerable.

A partir de lo previamente expuesto, surge la siguiente pregunta científica: ¿Cuales son las características de las gestantes adolescentes y su repercusión materna-perinatal?.

OBJETIVOS:

Objetivos General:

Caracterización clínica de la gestante adolescente y su repercusión materna perinatal en el "Hospital Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos 2014-2015.

Objetivos Específicos:

1. Describir a las gestantes adolescentes según edad materna, paridad y edad gestacional.
2. Determinar afecciones obstétricas que repercuten en el bienestar materno fetal de la gestante adolescente.
3. Determinar forma de terminación del embarazo, y tipo de parto.
4. Identificar las complicaciones maternas, fetales y neonatales más frecuentes en el periparto y el puerperio.

DESARROLLO:

I. DISEÑO METODOLÓGICO:

Tipo de Estudio: observacional descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en una serie de casos.

Escenario: el hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" se encuentra ubicado en la región centro sur de la provincia de Cienfuegos. En la vice dirección materno infantil.

Periodo de estudio: de enero 2014 hasta el 31 de diciembre del año 2015.

Universo: total de mujeres embarazadas comprendidas en el grupo de edad entre 10 y 19 años que ingresaron y se les realizó el parto en la maternidad de Cienfuegos.

Variables del estudio: edad materna, edad gestacional, paridad, , forma de terminación del embarazo, tipo de parto, afecciones obstétricas, complicaciones maternas y feto neonatales.

Técnica: para recoger la información se creó un cuestionario, donde se arrojaron todos los datos necesarios para complementar los objetivos de la investigación.

Procedimiento: la información se obtuvo del libro de partos del servicio de parto y parto de la maternidad de Cienfuegos. Posteriormente se realizó una revisión minuciosa de las historias clínicas que se solicitaron al departamento de archivos del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos, se registraron en una base de datos y a partir de esa información se analizaron todas las variables definidas para el estudio.

Métodos Científicos Utilizados: Métodos del nivel teórico y empírico

De obtención de la Información: Matemático Estadístico, los datos que se obtuvieron se procesaron mediante el paquete de programas estadísticos SPSS versión 15,0. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos Como medida de resumen se utilizó el porcentaje para variables cualitativas.

Aspectos éticos: En la investigación se considerarán los 4 principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

II. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En Cienfuegos, el embarazo en la adolescencia representó el 13,9% de las parturientas en el período estudiado. De ellas, 1169 gestantes pertenecían al grupo de la adolescencia tardía que representan el 96,4% y solo 44 para un 3,6%, al grupo de la adolescencia precoz. (Anexo1. Tablas No 1 y 1.1)

Los datos obtenidos en la actual investigación, coinciden con estudios realizados por Peraza G en el mismo escenario en el año 2012, reportando una incidencia del 14,4% de embarazo en la adolescencia, y que el 98% de ellas tenían edad mayor de 14 años. Otro estudio realizado en el año 2013 en la provincia de Matanzas publicó que el 17,4% de las gestantes eran adolescentes y el 91,7% pertenecían al grupo de la adolescencia tardía. De igual forma investigaciones realizadas en

Holguín y Camagüey, reportan el 18% y el 16,7% respectivamente del total de nacimientos en gestantes adolescentes. ^(3,8,9)

Al relacionar **la paridad** de las pacientes y los grupos etarios, se evidenció que el grupo predominante fueron las nulíparas para ambos grupos que representan el 86,1%, seguidos en orden de frecuencia por las primíparas y multípara con un 13,0% y 0,9% respectivamente; Sin embargo, al analizar los estándares de manera independiente, se puede apreciar que en la adolescencia precoz, fué más frecuente la nuliparidad con un 93,2% del total adolescentes, siendo la primiparidad y la multiparidad más frecuente en la adolescencia tardía. (Anexo 1, Tabla No. 2)

Estos resultados son coincidentes con estudios realizados por Peraza G, donde el 85,6% representan a las gestantes nulíparas y solo el 14,4% enfrentaban el parto por segunda vez. De igual forma estudios realizados por Marín C y colaboradores en la provincia de Matanzas, reportan que el 86,4% de las adolescentes eran nulíparas, siendo más frecuente esta condición en la adolescencia precoz. Reportes realizados por Valdés DS y colaboradores evidencian igual comportamiento de la nuliparidad otras provincias de Cuba ^(3,9,10, 11)

Al analizar **la morbilidad durante el embarazo**, se pudo observar que la entidad de mayor incidencia fué la sepsis vaginal en un 44,0 % de las gestantes estudiadas; seguida por R con 15,3 % y el RCIU con 14,7 %. Según grupos etarios se evidencia que la sepsis urinaria, la RPM y la amenaza de parto pretérmino, son las más frecuentes en la adolescencia precoz, representando el 43,0%, el 18,2% y el 6,8% respectivamente, siendo el resto de las patologías más frecuentes en la adolescencia tardía. (Anexo 1, tabla No 3)

En el estudio realizado por Peraza G en el 2012 se constata que el 54% de las gestantes adolescentes presentaron sepsis vaginal con predominio de la adolescencia precoz, lo cual no coincide con el actual estudio; de igual forma difieren del estudio en cuestión ya que se constata una mayor incidencia de la sepsis urinaria y de EHE, sobre el número de adolescentes afectadas con RPM y RCIU. ⁽¹⁰⁾ Por otra parte, los estudios realizados en Guatemala no coinciden con este estudio, ya que de forma general se describe que, en la gestación de las adolescentes, aparecen con más frecuencia la enfermedad hipertensiva representada por un 30% del total de gestantes, seguida por la Gestorragia con un 19,4%, el riesgo de prematuridad con un 16,6%, y la RPM con 9,4%. ⁽¹²⁾

Al analizar **la edad gestacional al parto**, se encontraban a término el 89,8% de las gestantes; no existiendo diferencias significativas entre los dos grupos etarios estudiados; seguido por el parto pretérmino con 6,2% y la prolongación del embarazo con 3,4%. La razón de prevalencia, con las variables edad de menos de 20 años y prematuridad, Odds ratio, fue de OR: 0,87 (IC 95 %: [0,68; 1,11], X²: 1,19 p: 0,2; lo que indica la no existencia de una asociación entre el factor de riesgo y el daño. (Anexo 1, Tabla No 4)

Resultados similares fueron encontrados en otros estudios nacionales. El 90% de las gestantes estudiadas por Garrido R en la Habana eran a término y otro realizado

por Marín C y colaboradores en la provincia de Matanzas el embarazo a término se presentó en el 88,3%.^(3, 13) De igual forma concuerdan con los resultados obtenidos en la actual investigación, el realizado en Argentina por Carvajal J en el año 2015, donde las pacientes en su mayoría se encontraban al término en el momento del parto, alrededor del 15%, presentaron parto pretérmino y solamente el 9% culminaron la gestación con 42 semanas o más.⁽¹⁴⁾

En relación con la distribución de las gestantes adolescentes según **la forma de terminación del embarazo**, se constató que más de la mitad, con 52,8%, iniciaron labor de parto espontáneamente; sin embargo, existe un alto índice de inducción con 35,5%, y como dato revelador se aprecia que las menores de 15 años, tienen mayor porcentaje de inducción con un 38,6%, en relación con las pacientes entre 15 y 19 años con un 35,4%. Un menor número de gestantes requirieron cesárea electiva como forma de terminación del embarazo, representando 11,7%. (Anexo1, Tabla No. 5)

En estudio realizado por Agüero O y colaboradores en Venezuela durante un período de 3 años coincide con los resultados obtenidos en el actual trabajo, ya que informa que el inicio espontáneo del trabajo de parto fue más frecuente en las gestantes adolescentes;⁽¹²⁾ por su parte, Borrell R y colaboradores en México se concluyó que alrededor del 50% de las adolescentes iniciaban labor de parto espontáneamente, pero más del 40% necesitaban inducción, resultados similares a los obtenidos en el presente trabajo^(4,15)

Según **el tipo de parto** de las gestantes adolescentes, se constató que el 67,2% de las embarazadas tuvieron parto eutócico. En la adolescencia tardía predominó el parto eutócico con el 67,6%, mientras que en la adolescencia precoz predominó el parto distócico que representa el 43,2%. De igual manera se confirma que dentro del parto distócico, la cesárea primitiva, mostró un alto índice con un 80,9%, seguido por la cesárea iterada con un 10,3% y por último la instrumentación con 8,8%.

La razón de prevalencia, con las variables edad de menos de 20 años y realización de cesárea, Odds ratio, fue de OR: 11,7 (IC 95 %: [9,93; 13,85], lo que indica la existencia de una asociación entre ambos; con p: 0,0000 resultado este con significación estadística demostrada. (Anexo1, Tablas No. 6 y 6.1)

Resultados semejantes se ven reflejados en el estudio del 2012 de Peraza G, donde se muestra que la mayoría de las adolescentes tuvo parto eutócico con un 72,1% del total de nacimientos. El parto distócico estuvo representado por 27,9%, donde la cesárea fue también una práctica generalizada, en las que se incluyó más de la quinta parte de la distocia siendo en menor medida los partos instrumentados. Otros estudios realizados en Cuba, muestran que más del 40% de los embarazos en adolescentes culminan en distocia, cifra superior a la encontrada en el actual estudio.^(3,9,10) De igual forma Villamontes W en Guatemala, constata que se practican el menor número de cesáreas a las gestantes adolescentes, pudiendo obedecer este hecho a la existencia de una postura más conservadora, por parte de los médicos, ante mujeres con muchos años de fertilidad posterior.⁽¹²⁾

Las complicaciones maternas en el periparto más frecuentes fueron la anemia con 169 pacientes que representaron el 36,5 %, seguida por la sepsis puerperal

19,7%; se comportan de manera similar la enfermedad hipertensiva agravada con 14,9% y la hemorragia obstétrica con 14,3%. Ya con menor incidencia, encontramos el parto disfuncional con 9,0%, seguido por la sepsis ovular con 4,8% y el trauma obstétrico con solo 0,8%. Como dato significativo, se evidencia una mayor incidencia de complicaciones maternas en el periparto en las adolescentes mayores de 15 años, exceptuando la Anemia, la sepsis puerperal y el trauma obstétrico que son más frecuentes en la adolescencia precoz. (Anexo1, Tabla No 7)

Estudios del contexto nacional coinciden con los resultados obtenidos en esta investigación. Tal es el caso del estudio realizado por Peraza G donde estas patologías representan más del 70 % de las complicaciones descritas. Otro estudio realizado por Borrell y colaboradores, encontraron que la mayoría de las adolescentes presentaron algún tipo de complicación para el 18.1% del total estudiado. La anemia fue la más representada con 50 pacientes con un 7,0%, continúan con la sepsis con 36 pacientes lo que representó el 5.0%. y la hemorragia post-parto ocurrió en 30 de estas pacientes para un 4.2%,^(4,15.) El colegio americano de Ginecología y Obstetricia en estudio realizado sobre los cuidados del parto el año 2014, mostró como principales complicaciones del periparto a la Hemorragia Obstétrica y la Anemia en las gestantes adolescentes con un 16,3% y un 35,7% respectivamente.⁽¹⁶⁾

Las complicaciones fetales y neonatales en el periparto, son frecuentes en las gestantes adolescentes. De ellas, 145 presentaron alteraciones del bienestar fetal, para un 36,0% con una mayor incidencia en menores de 15 años. Por otra parte 101 gestantes tuvieron un recién nacido con bajo peso al nacer para un 25,1%, en 59 pacientes el peso del recién nacido fue de más de 4000 gramos, en ambos casos se vieron afectadas con más frecuencia las gestantes entre 15 y 19 años. Sin embargo, un 13,2% presentó íctero, seguido por el apgar bajo con 5,0 % y la sepsis con 1,5%; que predominaron en las menores de 15 años. De igual manera se constató que la muerte neonatal con solo 1,5%, reveló como dato significativo, tener mayor incidencia en menores de 15 años, para 6,3% en relación con las adolescentes entre 15 y 19 años con 1,0%.

Estos datos coinciden con los obtenidos en la investigación sobre adolescentes realizada en Matanzas en el año 2013, donde se evidencia que las complicaciones perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 19 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, Apgar bajo, traumatismo al nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, que es dos veces mayor que en el caso de hijos de mujeres mayores, así como otros riesgos a largo plazo.^(3,10)

Estudios realizados en Santiago de Chile en años diferentes sobre la mortalidad neonatal, muestran resultados que difieren con los del actual trabajo ya que los fallecidos de madres adolescentes representan un 13.6% de la mortalidad general. El pretérmino y el bajo peso al nacer estuvo presente en el 42,8% y el 54,2%.^(17,18)

III. **RESULTADOS FUNDAMENTALES:**

1. Este estudio ha contribuido a visibilizar que 1 de cada 10 parturientas, son adolescentes en la maternidad de Cienfuegos en el año 2013 al 2015, y que la mayor incidencia es representada por la adolescencia tardía.
2. Se demostró, a partir de los resultados obtenidos, que existe relación directa de la adolescencia y los resultados perinatales de la gestación en cuanto a:
 - Morbilidad: Estuvo representada con mayor frecuencia por entidades como la sepsis vaginal, la RPM y la RCIU, con mayor incidencia en menores de 15 años.
 - Edad gestacional al parto: Se presenta en su gran mayoría en las gestantes a término comportándose de igual manera en ambos grupos etarios.
 - Terminación del embarazo: Ocurrió de forma espontánea en más de la mitad de las gestantes adolescente y presentó una mayor frecuencia la inducción en la adolescencia precoz.
 - Tipo de Parto: El parto eutócico se realizó aproximadamente en las 2/3 partes de las adolescentes en ambos grupos etarios y la distocia obstétrica presentó alta incidencia de partos a expensa de la cesárea primitiva, con mayor incidencia en menores de 15 años.
 - Complicaciones maternas: Las más frecuentes ocurridas en el periparto y puerperio, fueron la anemia, la sepsis puerperal, la hemorragia obstétrica y la enfermedad hipertensiva gravídica, evidenciándose mayor afectación en la adolescencia precoz en las dos primeras entidades.
 - Complicaciones fetales y neonatales: La complicación fetal más significativa fué la alteración del bienestar fetal y las neonatales fueron el bajo peso al nacer y la Macrosomía, presentándose con mayor frecuencia en la adolescencia tardía.

CONCLUSIONES:

- El embarazo en la adolescencia en provincia de Cienfuegos tuvo un comportamiento similar a periodos precedentes, siendo más frecuente pacientes comprendidas en la adolescencia tardía, nulíparas, con afecciones obstétricas que repercuten en el bienestar materno fetal, que arriban al parto al término de la gestación y que terminan la misma de manera espontánea con un predominio de la eutocia.
- Las complicaciones maternas, fetales y neonatales aparecen en un número no despreciable de gestantes adolescentes, siendo las más frecuentes la Anemia, la sepsis puerperal, la hemorragia obstétrica, la enfermedad hipertensiva gravídica, las alteraciones del bienestar fetal, el bajo peso al nacer y la Macrosomía fetal.

Bibliografía:

1. OMS/FNUAP/UNICEF. Higiene de la reproducción en la adolescencia. Estrategia de acción. 2009.
2. Mendoza SH, Carreón VJ, Pérez HC, Gil AI, Soler HE, González SR. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos de medicina Familiar 2004, 6(3): 70-73.
3. Marín C y col. Embarazo en la adolescencia, morbilidad (Matanzas). 2014.
4. Agüero O, Avilán RJ. Edad, paridad, embarazo y parto. Revista de Obstetricia y Ginecología Venezolana 2016,61 (3).
5. Andersen NE, Smiley DV, Flick LH, Lewis CY: Missouri rural adolescent pregnancy project (MORAPP). Public Health Nurs 2008; 17(5): 355.
6. Bondevik GT, Lie RT, Ulstein M, Kvale G: Maternal hematological status and risk of low birth weight and preterm delivery in nepal. Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 80(5): 402-8.
7. Southwick RD, Wigton TR: Screening for gestational diabetes mellitus in adolescent hispanic Americans. J Reprod Med 2016; 45(1): 31-4.
8. Fernández LS, Carro PE, Osés FD, Pérez PJ. Caracterización de la gestante adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2009; 30(2).
9. Valdés DS, Essien J, Bardales J, Saavedra MD, Bardales E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2012;28(2).
10. Peraza G. Estrategia de intervención educativa: una estrategia para evitar el embarazo precoz. 2012.
11. Chio Naranjo J, Pouymiro Beltrán T, Pérez Felpeto R, Echevarría Puente A, Vargas Torres J - Mortalidad Perinatal en embarazadas adolescentes. Rev. cabana Obst. Ginecol. 2008; 14 (2): 31-38.
12. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo de la gestante adolescente. Instituto Materno Perinatal. Ginecol Obstet (Guatemala). 2011; 47(2): 112-116.
13. Garrido Riquenes C. Medicina General Integral. 2 ed. La Habana, Ciencias Médicas 2008:515
14. Carvajal J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Buenos Aires. Rev Argent Obstet Ginecol 2015; 56:216-24.
15. Borrell R y Col. Morbilidad de la Adolescente embarazada. Ginec. Obst Méx. 2012; 70: 320-27.
16. American College of Obstetrician and Gynecologists; EE.UU. (2014: Antepartum care. En an update in obstetrics and gynecology. (V. precis, ed), ACOG, Washington, p.124.
17. Toledo V, Molina R, Caris L, Luengo X, González E. Adolescente embarazada. Aspectos psico-psiquiátricos. En: Diagnóstico: Adolescentes embarazadas. CEMERA Facultad Medicina, Universidad de Chile 2012.
18. Vera G, Gallegos M, Varela M. Salud Mental y embarazo en adolescentes: Contexto de la gestación y consecuencias biodemográficas tempranas. Rev med Chile 2014.

Anexo 1:

Tabla No 1: Distribución de gestantes según la edad materna.

Grupo de Edad	No.	%
Adolescentes (10-19 años)	1213	13,9
no Adolescente (más de 20 años)	7482	86,0
Total	8695	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Tabla No 1.1: Distribución de gestantes según etapas de la adolescencia.

Etapas de la adolescencia	No.	%
Entre 10-14 años	44	3,6
Entre 15-19 años	1169	96,4
Total	1213	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Tabla No. 2: Distribución de las gestantes adolescentes según paridad.

Paridad	de 10 a 14 años		de 15 a 19 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nulíparas	41	93,2	1003	85,8	1044	86,1
Primíparas	3	6,8	155	13,1	158	13,0
Multíparas	0	0,0	11	0,9	11	0,9
Total	44	100	1169	100	1213	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Tabla No. 3: Entidades obstétricas prenatales que repercuten en el bienestar materno fetal de las gestantes adolescentes.

Afecciones Obstétricas	Edad Materna					
	de 10 a 14 años		de 15 a 19 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sepsis Vaginal	12	27,3	469	44,8	481	44,0
RPM	8	18,2	159	15,2	167	15,3

RCIU	4	9,1	156	14,9	160	14,7
EHE	2	4,6	136	12,9	138	12,6
Sepsis urinaria	15	43,0	98	9,3	113	10,4
Diabetes Gestacional	0	0,0	16	1,5	16	1,5
Amenaza de parto pretérmino	3	6,8	6	0,6	9	0,8
Gestorragia	0	0,0	8	0,8	8	0,7
Total	44	100	1048	100	1092	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Tabla No. 4: Distribución de las gestantes adolescentes según edad gestacional al parto.

Edad Gestacional	Edad Materna					
	de 10 a 14 años		de 15 a 19 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 28 semanas	0	0,0	8	0,7	8	0,6
Entre 28 a 36.6 semanas	3	6,8	72	6,2	75	6,2
Entre 37 y 41.6 semanas	40	90,9	1049	89,7	1089	89,8
42 semanas o más	1	2,3	40	3,4	41	3,4
Total	44	100	1169	100	1213	100

Fuente: Cuestionario aplicado. **OR: 0,87 (IC 95 %: [0,68; 1,11] X²: 1,19 p: 0,2**

Tabla No. 5: Distribución de las gestantes adolescente según forma de terminación del embarazo.

Terminación del embarazo	Edad Materna					
	de 10 a 14 años		de 15 a 19 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Espontáneo	23	52,3	617	52,8	640	52,8
Inducido	17	38,6	414	35,4	431	35,5
Cesáreas Electivas	4	9,1	138	11,8	142	11,7

Total	44	100	1169	100	1213	100
--------------	-----------	------------	-------------	------------	-------------	------------

Fuente: Cuestionario aplicado.

Tabla No. 6: Distribución de las gestantes adolescentes según tipo de parto.

Tipo de parto	Edad Materna					
	de 10 a 14 años		de 15 a 19 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Eutócico	25	56,8	790	67,6	815	67,2
Distócico	19	43,2	379	32,4	398	32,8
Total	44	100	1169	100	1213	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Tabla No. 7: Complicaciones maternas en el periparto y puerperio de las gestantes adolescentes.

Complicaciones Maternas	Edad Materna					
	10 a 14 años		15 a 19 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Anemia	21	47,7	148	36,2	169	36,5
Sepsis Puerperal	13	29,6	68	16,6	91	19,7
EHE agravada	4	9,1	65	15,9	69	14,9
Hemorragia Obstétrica	2	4,5	64	15,7	66	14,3
Parto disfuncional	3	6,8	39	9,5	42	9,0
Sepsis ovular	0	0,0	22	5,4	22	4,8
Trauma Obstétrico	1	2,3	3	0,7	4	0,8
Total	44	100	409	100	463	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

Tabla No. 8: Complicaciones fetales y neonatales en el periparto de las gestantes adolescentes.

Edad Materna	
--------------	--

Complicaciones Fetales y neonatales	de 10 a 14 años		de 15 a 19 años		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Alteración bienestar fetal	10	31,2	135	36,5	145	36,0
Bajo peso	3	9,4	98	26,5	101	25,1
Macrosomía	1	3,1	58	15,7	59	14,7
Íctero	11	34,4	42	11,4	53	13,2
Apgar bajo	1	3,1	19	5,1	20	5,0
Otras	3	9,4	9	2,4	12	3,0
Sepsis	1	3,1	5	1,4	6	1,5
Muerte neonatal	2	6,3	4	1,0	6	1,5
Total	32	100	370	100	402	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

“CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER EN EL ÁREA V. 2011-2015.

Autores:

Lic. Miriam Costa Cruz. miriamcc@jagua.cfg.sld.cu , Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos, Cuba, MsC.

Dra. Indiana Norelys Ferrer Diaz. Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos.

Dra. Belkis M. Vicente Sánchez. belkisvi67@gmail.com , Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos. MsC.

Dra. Alina Esther Gonzalez Hermida. alinagh671222@minsap.cfg.sld.cu , Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos. MsC.

Dr. Pavel Noa Rodriguez. direccion@polcfa5.cfg.sld.cu , Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos.

Dra. Rosa Maria Acosta Rodriguez. rosaar@jagua.cfg.sld.cu , Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos.

RESUMEN

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en todas las edades para la población cubana desde hace más de tres décadas, y la primera de años potenciales de vida perdidos. Objetivo: Caracterizar de forma clínica y epidemiológica a los pacientes diagnosticados de cáncer en el Policlínico Área V de Cienfuegos 2011-2015. Método: Estudio observacional descriptivo de corte transversal en el período de enero del 2011 a diciembre del 2015. El universo lo formaron 812 pacientes diagnosticados de cáncer, siendo la muestra final seleccionada mediante programa EPIDAT 3.0 seleccionándose 158. Se analizaron las variables: Edad, sexo, ocupación, color de piel, escolaridad, tiempo de evolución de la enfermedad, localización anatómica, estadio clínico, tratamiento recibido. Los resultados fueron llevados a tablas de números absolutos y por cientos. Obteniéndose como Conclusiones:

Palabras claves: Cáncer, diagnóstico, tratamiento, localización anatómica

INTRODUCCIÓN:

CÁNCER: La mera palabra sigue inspirando un miedo ante ese silencioso asesino que nos invade subrepticamente. El cáncer evoca una desesperación tal que se ha convertido en una metáfora del sufrimiento y el dolor, un azote que pone a prueba nuestros recursos intelectuales y emocionales. ⁽¹⁾

La prevención y el control del cáncer figuran entre los retos científicos y de salud pública más importantes de nuestra época. ⁽¹⁾ El cáncer es un factor importante de la carga mundial de morbilidad, y lo será cada vez más en los decenios venideros. ⁽¹⁾

En los próximos años, el número de casos nuevos se duplicará y el 75 % ocurrirá en países en desarrollo. Se prevé que, debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición a los factores de riesgo, más de dieciséis millones de personas morirán por esta causa en el 2030. ^(2, 3)

En Francia se diagnostican 250 000 nuevos casos y más de 145 000 fallecidos por esta patología. En los otros estados de Europa Occidental las cifras son parecidas. Sin embargo, en Europa Oriental la situación es peor, en cuanto a la frecuencia de tumores como también a la mortalidad resultante. Según estudios realizados se debe, por una parte, a una mayor exposición a factores de riesgo. Rusia, en los últimos 20 años, el promedio de expectativa de vida en los hombres ha descendido en 8 años y en las mujeres en 6, significando que actualmente fallecen cada año, 1 millón de personas más que antes de la caída del muro de Berlín. ⁽⁴⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa que las neoplasias malignas son la segunda causa principal de muerte en las Américas. ⁽⁴⁾ Las tasas de mortalidad por cáncer más elevadas se observan en Argentina, Barbados, Chile, Perú y Uruguay. Existe una tendencia hacia el aumento de la mortalidad en la mayoría de los países ^(6, 7) una de las razones lo constituye el envejecimiento de la población, independientemente de si las personas estuvieron mayormente expuestas a uno u otro factor de riesgo. ⁽²⁾

En Cuba constituye la segunda. Sin embargo, desde el año 2011 esta enfermedad es la primera causa de muerte en diez de las provincias del país, además de constituir la

primera causa de pérdida de años potenciales de vida con una tasa de 218.5 x 100 000 habitantes. ⁽⁶⁾ El municipio Cienfuegos es el tercero de la provincia con mayor tasa de prevalencia de cáncer y el primero en tener el mayor número de pacientes dispensarizados por esta causa. ⁽⁷⁾

Por todo lo anterior y las revisiones realizadas nos trazamos como objetivos:

General: Caracterizar de forma clínica y epidemiológica los pacientes diagnosticados de cáncer en el Área V, 2011-2015.

Específico.

1. Identificar las variables clínico epidemiológicas de la muestra seleccionada, consideradas de interés para este estudio.
2. Determinar el tipo de tratamiento recibido, estadio al diagnóstico, clasificación clínica, años de sobre vida al diagnóstico.

DESARROLLO

Diseño metodológico: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en aras de caracterizar desde el punto de vista clínico epidemiológico a los pacientes con diagnóstico de cáncer, del Policlínico Universitario Manuel Piti Fajardo Área v: Municipio Cienfuegos, en el período de enero 2011 a diciembre 2015.

Universo: Estuvo integrado 812 pacientes con diagnóstico clínico, previa revisión de la base de datos registro de cáncer del área de salud.

La selección de la muestra se realizó mediante el programa EPIDAT 3.0, para el tamaño de la muestra y precisión de la estimación de una proporción poblacional, donde el tamaño poblacional fue de 812 pacientes con diagnóstico de cáncer, para una proporción de 15,000 %, un nivel de confianza de 95%, una precisión aproximadamente de un 5 %, quedando conformada por 158 individuos. Teniéndose como *criterios de inclusión*:

- Paciente con diagnóstico de cáncer que residan en la comunidad.
- Todo fallecido incluido en la muestra de estudio en el período analizado, cuya muerte sea directa o asociada a esta patología.

Para la obtención de la información fue revisada la base de datos de cáncer de la

Dirección Provincial de Salud, identificándose los casos con diagnóstico por consultorio médicos y su estado actual vivo o fallecido. Para los fallecidos se revisaron las historias clínicas y en el caso de los vivos se les aplicó el cuestionario para la obtención de variables sociodemográficas, clínicas y años de evolución de la enfermedad.

Operacionalización de las Variables.

La variable edad de Tipo Cuantitativa continua, con una descripción de según año de edad cumplido. Referencia por documento oficial, Carne de identidad. Posteriormente se conformaron los siguientes grupos: Menos de 20, 20-24, 25-30, 31-40, 41-60, 60 y más años.

Sexo de tipo cualitativa nominal dicotómica, con una descripción de según el determinado biológicamente. Con una escala: Masculino y femenino.

Ocupación de tipo cualitativa nominal, con descripción de las categorías que se relacionan a continuación: Trabajador, Estudiante, Jubilado, Desocupado, Ama de casa.

Color de la piel de tipo cualitativa nominal. Con escala: Blanco y Negro.

Escolaridad de tipo cualitativa nominal, con descripción de nivel de instrucción que recibe una persona, participa y vence. Con una escala: Primaria, Secundaria, técnico Medio, Pre- Universitario, Universitario. Antecedentes Patológicos Familiares de cáncer de tipo cualitativa nominal politómica, descripción de antecedentes de familiares de primera y segunda línea con diagnósticos de cáncer, referido por el paciente: Primera Línea (Padres, hermanos) y Segunda línea (Abuelos maternos y paternos, tíos.) y No tiene

Localización anatómica de tipo cualitativa nominal determinada por el órgano afectado o localización primaria del cáncer. Escala: Mama, Próstata, Pulmón, bucal, estómago, Cérvico-uterino, Colon- Recto, Hemolinfopoyético, Laringe, Otros

Tiempo evolución de la enfermedad de tipo cualitativa ordinal que describe tiempo de transcurrido el diagnóstico y hasta el momento del estudio o fallecimiento del paciente. Con una escala: Menos de 1 año, 1 a 5 años, 6 a 10 años, Más de 10 años.

Estadios del tumor de tipo cualitativo ordinal, describe la gravedad del cáncer que aqueja a una persona basándose en el tamaño o en la extensión del tumor original (primario) y si el cáncer se ha diseminado en el cuerpo o no. Estadio 0, Estadio I, Estadio II, Estadio III, Estadio IV

Tratamiento recibido de tipo cualitativo nominal politómica, describe el tratamiento indicado en dependencia de estadio y tipo histológico de la enfermedad. Quirúrgico, Radioterapia, Citostático, Vacuna, Combinado, Cuidados paliativos

Evolución (evolución natural de la enfermedad) de tipo cualitativo nominal, que describe evolución que da la enfermedad en su curso natural. Con escala de: Curación, Recidiva, Metástasis, Muerte.

Procesamiento y Análisis: Los datos obtenidos serán llevados a una base de datos extendida en el programa estadístico SPSS en su versión 18.0. Para resumir la información de los resultados se presentarán en tablas y gráficos expresados en números, por cientos

Se cumplió con los principios éticos que rigen la investigación científica a través de la toma del consentimiento informado ofreciéndolo por escrito, a los sujetos susceptibles de participar, dándoles a conocer, además, su derecho a abandonar la investigación en el momento que lo estimen pertinente sin perjudicar las relaciones con el investigador, los datos obtenidos relacionados con su persona y su enfermedad, no serán utilizados en estricto cumplimiento a las normas éticas internacionales

ANÁLISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En el grafico 1 se muestra la distribución de los pacientes según variables epidemiológicas, predominaban el grupo de edad de 60 a 79 años con un 50,0%, la raza blanca con un 65,2%, ocupación jubiladas para un 38,5%, el grado de escolaridad de preuniversitario con un 42,4% y el sexo femenino 51,3%.

Para muchos investigadores no es de gran relevancia ser hombre o mujer para padecer de cáncer en general sino los factores asociados a los que se está expuesto, no descartándose la relación de algunos tipos específicos de neoplasias malignas con un sexo más que con el otro y el desarrollo de los mismos en ciertas etapas de la vida. Sin

embargo, está demostrado en investigaciones recientes que ataca a las personas de cualquier edad, pero se tiene más probabilidad de desarrollar cáncer a medida que se envejece aun si nadie en la familia ha sufrido esa enfermedad. ⁽⁶⁾

En el grafico 2 se muestra la distribución de los pacientes oncológicos según localización anatómica, del total de pacientes predomina el cáncer de piel con un 26,6%. Según estudios anteriores los pacientes diagnosticados de cáncer que realizan actividades con exposición ambiental a agentes identificados como cancerígenos, desarrollan procesos neoplásicos aun cuando el tiempo de exposición fue breve.

El grafico 3 muestra la distribución de los pacientes oncológicos según variables clínicas, predominó el estadio I con 28,5% seguido del estadio el IV con 23,4% lo que demuestra el diagnóstico tardío de estos pacientes y una falla en el pesquisaje. Según el tiempo de evolución de la enfermedad el 48,1 % tenían de 1 a 5 años al diagnóstico, el 75,1 % recibió tratamiento quirúrgico, el 66,5 Radioterapia y el 44, 7% quimio.

En la Tabla 1 se observa la distribución de los pacientes oncológicos según el Antecedente patológico familiar de cáncer, 49 de ellos presentaban consanguinidad de primer orden en la herencia de cáncer representando un 31,0 %, seguido de los que no presentan consanguinidad con 40 pacientes para un 25,2%. Es oportuno señalar que 10 pacientes con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de segundo orden; Amadeu⁽⁵⁾ en su investigación destaca la herencia de este tipo de neoplasias en tías maternas y abuelas.

En investigación realizada en revista de Ciencias Médicas el autor Reyes⁽³⁾ alega que son más frecuentes las Enfermedades oncológicas en pacientes de la Tercera Edad y sin antecedentes de herencia familiar, entre las patologías que destaca hace alusión al cáncer cervico-uterino, de ovario para las féminas relacionándolos con el período posmenopáusico y antecedente de padecimiento del papiloma humano y para los hombres el cáncer de pulmón con relación directa a historia del tabaquismo desde la infancia.

En el grafico 4 se analiza la distribución de los pacientes según evolución de la enfermedad donde 64 pacientes sufrieron metastasis para un 40,5%, 57 pacientes curaron para un 36,1% este dato corresponde al diagnóstico en estadios iniciales y tratamiento precoz del cáncer de piel que tienen una sobrevida al diagnóstico mayor a

los 10 años.

Los años de sobrevivencia después del diagnóstico que están determinados además por la localización anatómica de la neoplasia, factores propios del individuo y del medio; los años de vida perdidos por muerte prematura por enfermedad oncológica y los años de vida perdidos por padecimiento de cáncer con una calidad de vida por debajo de la óptima son aspectos determinantes para evaluar el tiempo de evolución de un paciente oncológico. En estudios realizados por la OPS⁽¹⁾ relacionan el sexo con la supervivencia después del diagnóstico, el sexo femenino tiene más de probabilidad de sobrevivir a cualquier tiempo posterior al diagnóstico que el masculino, según estudios la probabilidad de llegar con vida al tercer año en las mujeres es de un 50 %, mientras que la de los hombres está por debajo del 30 %.

CONCLUSIONES:

Este estudio identificó que de los pacientes con diagnóstico de cáncer predominaron las mujeres con neoplasias de piel, mama y cervico-uterino. El cáncer de próstata, mama, colon-recto, pulmón y laringe refirieron antecedentes familiares de cáncer de primera y segunda línea. La sobrevivencia fue de uno a cinco años para las localizaciones de Piel y mama en los estadios clínicos. Los tipos de tratamiento más aplicados fueron el quirúrgico y Radioterapia. El mayor número evolucionó hacia la metástasis

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

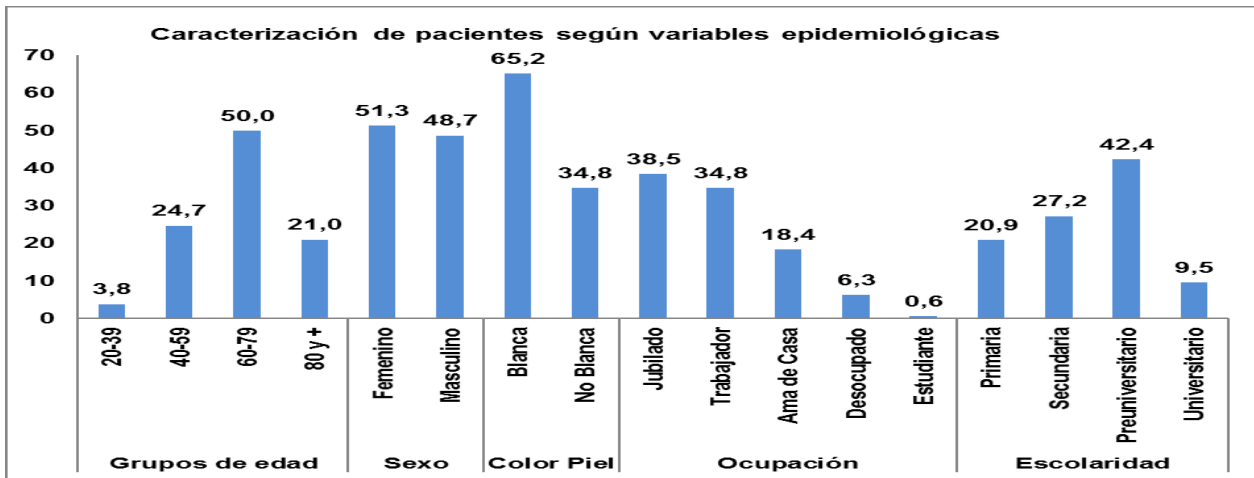
1. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de lucha contra el *cáncer* [Internet] Ginebra 2002 mayo [Actualizado 31 mayo 2010; citado 12 mar. 2014]. Disponible en: <http://www.mun.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-stakeholders-08.htm>
2. Rebellón Sánchez David E, Parra Morales Tania Julieth, Moreno Alba Juan Sebastián, Castro Guerrero Juan Sebastián, Bernal Gómez Bibiana Matilde. Alteraciones moleculares implicadas en la fisiopatogenia del cáncer y su utilidad para la investigación en medicina. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2014 [citado 2016 Jun 02]; 17(2): 44-52. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200010&lng=es

3. Reyes Zuñiga Yesika I, Sanabria Negrín José G, Marrero Fernández R. Incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Oct [citado 2016 Mar 08]; 18(5): 753-766. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500005&lng=es
4. Rossato Silva D, Valentini Junior DF, Mânica Müller A, de Almeida Podalirio Borges C Paulo de Tarso Roth Dalcin P. Pulmonary tuberculosis and lung cancer: simultaneous and sequential occurrence J. Bras. Pneumol. 2013 July/Aug [citado 2016 Mar 08]; 39 (4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000400484&lang=pt
5. Amadou A, Torres-Mejía G, Hainaut P, Romieu I. Breast cancer in Latin America: global burden, patterns, and risk factors. Salud pública Méx [Internet]. 2014 Oct [citado 2016 Jun 02]; 56(5): 547-554. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500022&lng=es
6. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cáncer statistics CA Cancer. J Clin. [Internet] 2011 Mar-Apr. [Citado 2013 Feb 27]; 61(2): 5 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20610543>
7. Cienfuegos. Dirección Provincial de Salud. Vice dirección de Asistencia Médica y Social. Programa Cáncer. Informe Anual; 2015

ANEXOS

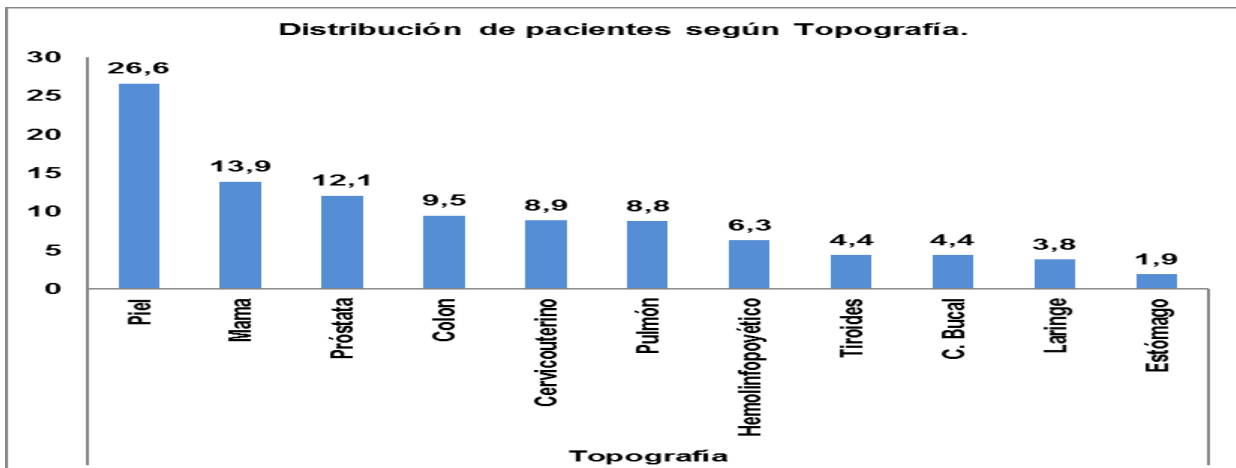
Gráfico1: Distribución de los pacientes oncológicos según variables epidemiológicas,

policlínico área v. 2011-2015.



Fuente: Historias clínicas, cuestionario.

Gráfico 2: Distribución de los pacientes oncológicos según localización anatómica, policlínico área v. 2011-2015.



Fuente: Historias Clínicas, cuestionario

Gráfico 3: Distribución de los pacientes oncológicos según variables clínicas seleccionadas, policlínico área v. 2011-2015.

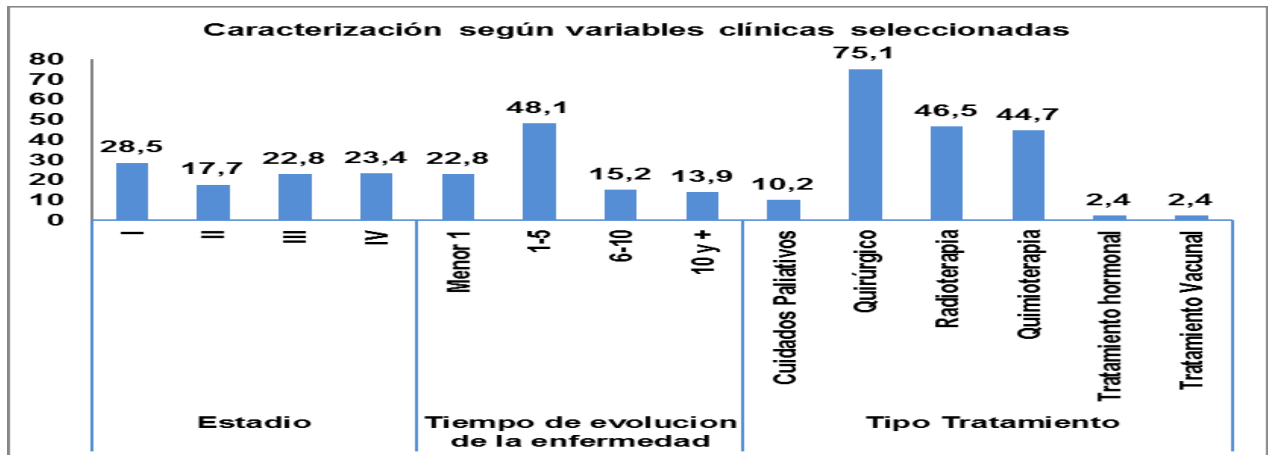
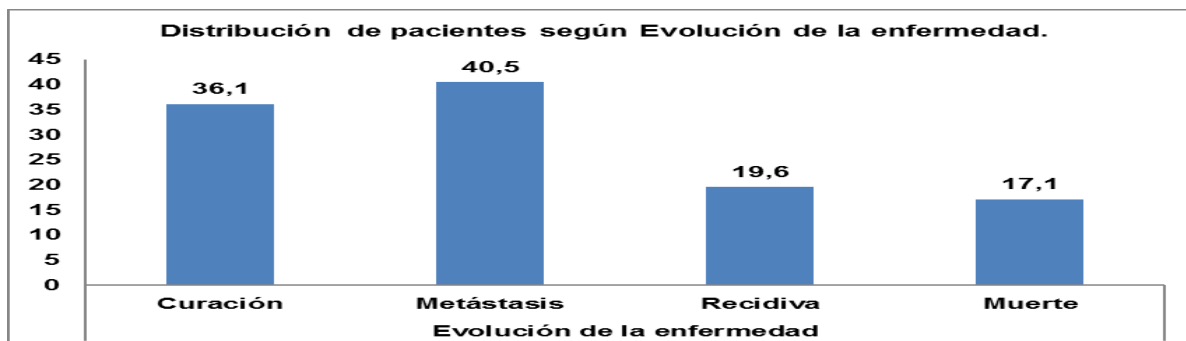


Tabla 1: Distribución de los pacientes oncológicos según Antecedente patológico familiar de cáncer y la localización anatómica, policlínico área v. 2011-2015.

Localización anatómica	Familiares con diagnóstico de Cáncer						Total	
	1 ^{era} línea		2 ^{da} línea		no tiene			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Piel	13	8,22	9	5,70	20	12,7	42	26,6
Cérvico-uterino	8	5,06	1	0,6	5	3,16	14	8,9
Pulmón	4	2,53	2	1,26	8	5,06	14	8,9
Mama	4	2,53	10	6,32	8	5,06	22	14,0
Colon-Recto	5	3,16	6	3,80	4	2,53	15	9,50
Próstata	6	3,80	7	4,43	5	3,16	18	11,3
Laringe	2	1,26	0	-	4	2,53	6	3,80
Hemolinfopoyético	3	1,90	2	1,26	5	3,16	10	6,32
Estomago	1	0,6	2	1,26	0	-	3	1,90
Bucal	0	-	0	-	7	4,43	7	4,4
Otros	3	1,90	1	0,6	3	1,90	7	4,4
Total	49	31,0	40	25,2	69	43,7	158	100,0

Fuente Historias Clínicas. Entrevista médica

Gráfico 4: Distribución de los pacientes oncológicos según evolución de la enfermedad. Policlínico área v. 2011-2015.



TÍTULO: “CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LA REPRODUCCIÓN EN MUJERES DE 35 AÑOS Y MÁS. CIENFUEGOS 2016”

AUTORES:

Dr. Lisan Iglesias Cruz. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor. lisan.iglesias@gal.sld.cu, Hospital GAL, Cuba

Dra. Elizabeth Suárez Castillo. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor. Hospital GAL, Cuba

Lic. MSc. Ana Esther Rivero del Sol. Profesora Auxiliar. Consultante. arivero@jagua.cfg.sld.cu, Hospital GAL, Cuba

Yaneri Vega Romero. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor. Hospital GAL, Cuba.

Dra. Belkis Pérez Hernández. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Hospital GAL, Cuba.

Dra. Aymara Rodríguez Márquez. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor. Hospital GAL, Cuba

RESUMEN

Introducción: La edad materna se ha considerado un factor de riesgo para un mal resultado obstétrico. En la actualidad, se aprecia un incremento en la frecuencia de gestantes con edad materna avanzada (EMA) **Objetivo:** Caracterización clínico epidemiológica de la reproducción en mujeres de 35 años y más de enero a diciembre de 2016, en el Hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

Diseño Metodológico: Estudio descriptivo, retrospectivo, de serie de casos. Muestra constituida por las 392 pacientes con 35 años y más. **Resultados**

fundamentales: El 9,2 % de las parturientas tenían 35 años y más. El 82,4 % tenían hijos anteriores, y solo el 2,5 % fueron grandes multíparas. La prematuridad se presentó en el 8,4%. Se practicó cesárea al 60 % de las pacientes. La muerte fetal tardía se presentó en el 2,6 %. El 2,8 % tuvieron morbilidad materna extremadamente grave. Al 1,3 % se les practicó histerectomía obstétrica.

Conclusiones: La reproducción en mujeres con 35 años y más en Cienfuegos se mantuvo con valores poco variables en la última década. Las cienfuegueras posponen el nacimiento de sus segundos hijos y es poco frecuente la gran multiparidad. La EMA eleva la probabilidad de parto pre término, muerte fetal tardía, morbilidad materna extremadamente grave e histerectomía obstétrica. La eutócica obstétrica se reduce a más de un cuarto en la última década.

PALABRAS CLAVES: Edad materna avanzada, embarazo, cesárea, recién nacido, morbilidad materna extremadamente grave, histerectomía obstétrica.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas los cambios en relación a anticoncepción y tasa de natalidad han llevado a la tendencia de retrasar la edad de concebir hasta lograr mejores condiciones de vida de las parejas. La edad materna se ha considerado un factor de riesgo para un mal resultado obstétrico ¹. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en 1958, proporcionó la primera definición de la paciente obstétrica de mayor edad, indicando aquella mayor de 35 años para la primigrávida añosa o edad materna avanzada (EMA) ². En la actualidad, se

aprecia un incremento en la frecuencia de gestantes con edad materna avanzada. Algunos autores han asociado el embarazo en edad materna avanzada con un incremento en los malos resultados fetales ³; sin embargo, en la literatura revisada ⁴⁻⁸ existe controversia acerca de si hay asociación entre la gestante de 35 años o más, y una mayor morbilidad y mortalidad materna y fetal, y si el riesgo se incrementa a partir de los 35 años, o más bien desde los 40. De hecho, algunos autores definen la EMA después de los 40 años. ⁹

El incremento de la fertilidad en las mujeres de más de 35 años se relaciona, desde el punto de vista social, con que este grupo de edad coincide con la estabilidad laboral, la independencia económica; así como la consolidación de los vínculos de pareja, la creación de un nuevo hogar, con vivienda propia; factores todos ellos condicionantes de la toma de decisión sobre la creación o ampliación de la familia. A pesar de estas conveniencias sociales, de las cambiantes tendencias demográficas y las pruebas de salud materna entre las mujeres contemporáneas >35 años, el embarazo en este grupo de edad ha de enfrentar problemas médicos crónicos a los que se le añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar, enfermedades crónicas y envejecimiento del sistema reproductor ¹⁰, lo que trae consigo la posibilidad de enfrentar complicaciones como hipertensión arterial, leiomiomatosis uterina, Preeclampsia, diabetes y presentaciones anormales. ¹¹⁻¹³ La edad materna avanzada continúa asociada a pobres resultados del recién nacido entre ellos: restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, parto pretérmino, muerte fetal inexplicable; asociación que ha cambiado poco en los últimos 20 años. ¹⁴

Los estados hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de APGAR, muerte perinatal y el peso bajo al nacer son ejemplos de eventos adversos que son asociados con la edad avanzada. Es necesaria una captación temprana de estas gestantes para una detección de los posibles riesgos y un control estricto del embarazo, y así obtener un recién nacido saludable. ¹⁵

La tasa de mortalidad materna en mujeres de edad materna avanzada fue 142,8/100.000 NV, con un riesgo de muerte 7,13 veces mayor que el grupo de mujeres de 20 a 34 años (20,1/100.000 NV). ¹⁶

El retraso de la maternidad se ha convertido en un fenómeno común en el mundo desarrollado como resultado de factores sociales, educacionales y económicos; la frecuencia varía entre el 9,6 y el 7,1 %. ¹⁷

En los Estados Unidos de América el número de primeros nacimientos por 1 000 mujeres de 35 a 39 años se ha incrementado en un 36 % entre el año 1991 y el 2001, y la tasa entre las de 40 a 44 años ha llegado al 70 %. En el 2002 fueron reportados 263 nacimientos entre 50 y 54 años. ¹⁸

En Cuba existe un fenómeno peculiar, y es que aunque es un país en vías de desarrollo sus estadísticas sobre el embarazo en la mujer de avanzada edad son similares a países desarrollados. ¹⁹, durante la revisión de estudios publicados sobre el tema observamos que concurren diferencias significativas entre los diferentes publicaciones, Hernández Cabrera y col ²⁰ en el año 2001 plantea un **5,2 %** de mujeres de 35 y más años en los 3 292 nacimientos ocurridos en Matanzas, en un estudio similar en igual provincia durante los años 2011- 2012 se encontró un aumento al **24,7%** ²¹, García Alonso I. y col, reportaron entre 2005 -

2007 un 11,93 % ²², mientras que en Cienfuegos se recoge un 9 % durante el 2016.

Así es entendible la tendencia de las adultas cienfuegueras a posponer el nacimiento de sus hijos y a tener una prole limitada a 1 o 2 miembros. Si bien las oportunidades sociales, las bajas tasa de mortalidad materno-infantil, las garantías del Sistema Nacional de Salud y las elevadas expectativas de vida al nacer justifican estas conductas; no deja de ser cierto que después de los 35 años se corren mayores riesgos de sufrir complicaciones obstétricas, así como una mayor morbimortalidad perinatal. ²³

Justificación y Fundamentación

El análisis hasta aquí realizado, del comportamiento obstétrico en gestantes de más de 35 años de edad, demuestra que históricamente ha sido una labor de discusión y análisis, siendo considerado un problema que impacta en los indicadores de salud. Por otra parte, encontrar que en el mundo alrededor del 10% de los embarazos se producen en mujeres mayores de 35 años y que en Cuba, específicamente en Cienfuegos estas cifras han ido en ascenso hace indispensable la necesidad de investigar: ¿Qué sucede cuando las mujeres son mayores y además padecen alguna enfermedad crónica?; riesgos de complicaciones, y morbimortalidad perinatal asociadas.

La necesidad de identificar la asociación entre edad materna como factor de riesgo y resultados perinatales adversos determinaron la realización de una investigación cuidadosa del comportamiento de los diferentes indicadores que hablan de los resultados perinatales, por lo que nos planteamos la siguiente interrogante: **¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de la reproducción en pacientes mayores de 35 años de edad en Cienfuegos durante el año 2016?**

DESARROLLO

Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo, de serie de casos. **Escenario:** Servicios de Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de la Provincia Cienfuegos. **Periodo de estudio:** 1ro de enero del 2016 hasta el 31 de diciembre del 2016. **Universo:** Estuvo constituido por los 4278 pacientes que presentaron parto en el servicio de obstetricia, durante el periodo de estudio comprendido. **Muestra:** La conformaron las 392 pacientes con 35 años y más que presentaron parto durante el período de estudio. **Recolección de la información:** Los datos se extrajeron del registro de nacimientos y de la revisión de las historias clínicas al egreso en la sala de Obstetricia por el autor. **Estadísticos Matemáticos.** Se utilizó el paquete de programas estadísticos SPSS (Statistic Package for Social Science, Versión 21.0), para el análisis y procesamiento de los datos del libro de partos (Base de Datos). El análisis estadístico de los datos, comprendió estudios de frecuencia, los cuales son presentados en tablas de frecuencia, y que permitieron el cumplimiento de los objetivos correspondientes de la investigación. La distribución de frecuencia de las variables se realizó con métodos estadísticos descriptivos. Se calculó chi cuadrado, Odds ratio como medida de asociación entre dos variables, en nuestro caso, para algunas de las variables; al resto resultó imposible aplicar éstas medidas de asociación.

En la **tabla 1 (Anexo 1)** se presenta la distribución de las pacientes según grupo de edades, se encontraron 3293 pacientes con edad óptima para la reproducción que representan el 77 %, las menores de 20 años se reportaron en un 13,8 % de los nacimientos, mientras que con 35 años y más 392 para un 9,2 %, lo que suma un total de 4278 nacimientos durante el 2016 en Cienfuegos.

En cuanto al comportamiento de la paridad (**Tabla 2) (Anexo 1)**, un 15,1 % de pacientes eran nulíparas. La multiparidad presentó los valores más altos del estudio con 323 para un 82,4 %, mientras que la gran multiparidad reportó un 2,5 % del total de pacientes.

De las 392 pacientes un total de 226 para un 57,7 % no tenían morbilidad crónica asociada, y si un 42,3 %, de las cuales el 12,5 % correspondieron a pacientes con Diabetes; un 9,9 % hipertensión arterial; el 7,7 % correspondió a pacientes con infección urinaria; y un 1 % a hepatopatías crónicas, mientras que el 11,2 % a otras patologías. (**Tabla 3) (Anexo 1)**

En la **tabla 4 (Anexo 1)** se puede apreciar la distribución de las pacientes según edad gestacional al momento del parto, mostrando una frecuencia del 90,1 % de los nacimientos en pacientes que se encontraban con edades gestacionales entre las 37 y 41,6 semanas, con 42 semanas y más el 1,5 % de los nacimientos, mientras que entre las 22 y las 36,6 semanas, se encontraron el 8,4 % del total con 33 pacientes.

En el 77 % de las pacientes (302) no presentó morbilidad, y si en el 23 % (90), de las cuales la preeclampsia – eclampsia presentó el mayor número de casos con un 12,5 %, seguido del Polihidramnios con 4,6 %; la placenta previa y el hematoma retroplacentario se presentaron con un 2,0 % y 2,6 % respectivamente, el embarazo gemelar reportó el 1,3 % del total. (**Tabla 5) (Anexo 1)**

Un 51,5 % de los neonatos presentó peso adecuado de entre 2500 y 3499 gramos, mientras que entre 3500 y 4199 gramos el 37,5 %. El menor de 2500 gramos representó el 7,4 % de los nacimientos para este grupo de edad; con peso al nacer superior a los 4200 gramos hallamos un 3,6 % del total. (**Tabla 6) (Anexo 1)**

El parto eutócico fue asistido en un 39,5 % (155) de los casos, presentado la cesárea un índice global del 59,2 %, de ellas el 32,7 % cesáreas primitivas 26,5 % de cesáreas iteradas. El parto instrumentado representó el 1,3 % del total de nacimientos. (**Tabla 7) (Anexo 1)**

En la **tabla 8 (Anexo 1)** se evidencia el comportamiento del apgar en el recién nacido, realizado al primer y quinto minuto de vida posparto, mostrando que, de los 392 partos, 382 fueron neonatos y 10 (2,6 %) muertes fetales tardías, de los nacidos vivos 380 para un 96,8 % con apgar normal, mientras que con apgar bajo, moderadamente y severamente deprimido 1 en cada caso para un 0,6 %.

La Morbilidad Materna Extremadamente Grave (**MMEG) (Tabla 9) (Anexo 1)** fue del 2,8 %, siendo la sepsis la principal causa de ingreso en UCI-P, con un 27,3%; seguido de la preeclampsia y las patologías respiratorias con un 18,2% cada una; la anafilaxia, el hematoma retroplacentario, la enfermedad tromboembólica y la hemorragia con un 9,1% en cada caso.

La histerectomía obstétrica se practicó en 5 (1,3 %) a 387 que representan el 98,7 % no se les realizó. (**Tabla 10) (Anexo 1)**

El embarazo en edad materna avanzada se ha convertido en un tópico de amplio interés médico. Existe un incremento definitivo del número de mujeres que presentan parto después de los 35 años.²⁴⁻²⁵

En la actualidad existe una tendencia mundial a postergar el embarazo, sobre todo en países desarrollados. Se revisaron varios trabajos encontrándose resultados similares a los presentados en este estudio, y otros que difieren dependiendo de la región en el que fue realizado, así, por ejemplo, en Suecia en 2003, el 19% de las embarazadas correspondía a las mayores de 35 años.²⁶⁻²⁷

El porcentaje de mujeres que dan a luz con 35 años o más en comunidades europeas es del (24,39%), discretamente superior al publicado por la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO en la encuesta nacional de 2004 (23,32%).²⁸

Chile informó un 10% del total de embarazos en 1990, un 14% en 1999, y un 16% en el 2006.²⁹

En Cienfuegos en 2003 y 2010 se reportaron valores de 8,2 % y 10,6 %.³⁰

García Alonso I., en su estudio sobre riesgos del embarazo en la edad avanzada entre 2005 y 2007, encontró que el 61,9 % de los partos fueron de pacientes nulíparas, un 33,34 % de múltiparas, y un 4,76 % de grandes múltiparas, deducciones que discrepan con los recogidos en Cienfuegos durante 2016, donde se observó un predominio de la multiparidad.³¹

Resultados similares a los encontrados en este estudio fueron los reportados por Valls Hernández y colaboradores en la Habana, con un 19,3 % y un 80,6 % de pacientes nulíparas y múltiparas respectivamente.³²

Es bien conocida la repercusión de las enfermedades crónicas y la asociación que tiene con la edad. La hipertensión arterial durante el embarazo constituye una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal, representando una incidencia del 6-10%.³³

En cuanto a la asociación entre Edad Materna Avanzada y parto pretérmino, los hallazgos de este estudio fueron similares a los reportados por Wang et al.³⁴ y Berkowitz et al.³⁵ en Estados Unidos, y Lemor³⁶ y Heras³⁷ en Perú.

Se debe tener presente que las causas complejas y multifactoriales de parto pretérmino difieren de acuerdo con la edad gestacional³⁸⁻³⁹. Senesi et al.⁴⁰, encuentran asociación entre parto pretérmino y edad mayor de 35 años especialmente en múltiparas; Tipiani- Rodríguez encontró asociación significativa entre la Edad Materna Avanzada y la prematuridad (en especial, menor de 34 semanas)⁴¹. Carolan y Frankowska, en su revisión, también encontraron que la mayoría de los autores reportan asociación entre la Edad Materna Avanzada y la prematuridad; solo uno de ellos no la encontró.⁴²

Torres Fuentes CI en su estudio encontró que en el 25 % de los partos se presentaba una edad gestacional al nacer de menos de 37 semanas, con un 72.5 % entre 37 y 41,6 semanas, y un 2,5 % de 42 semanas y más.⁴³

El aumento de la prematuridad en las gestantes de edad avanzada ha sido documentado por otros autores⁴⁴⁻⁴⁶ siendo la frecuencia publicada del 8-12%, rango en el que se encuentra la población de estudio presentada. Este hecho está muy probablemente influenciado por la mayor frecuencia de patología gestacional asociada que precipita en unos casos y determina en otros la finalización de la gestación.

En el salvador durante el 2009 se reportó en 27,5% el recién nacido con peso menor a 2500 gramos y en 70 % el neonato con peso adecuado, mientras que el 2,5 % tuvo un peso mayor a los 4000 gramos, ⁴⁷ resultados estos que discrepan de lo observado en Cienfuegos durante 2016.

Si se considera la vía del parto, es unánime la referencia a que las pacientes por encima de los 35 años, presentan mayor tasa de cesárea ⁴⁸⁻⁵⁰, particularmente si son nulíparas, lo cual se haya además muy relacionado con el número de factores de riesgo que tiene este grupo. ⁵¹⁻⁵²

Esto responde tanto a indicaciones efectuadas antes del trabajo de parto, así como a indicaciones de emergencia ⁵³. Sin embargo, aun considerando las patologías más frecuentes en estas pacientes, que contribuyen a aumentar dicha tasa, existiría un factor no bien identificado relacionado con la edad e independiente de estas patologías, como podría ser una menor tolerancia al stress, una disminución de la funcionalidad miometrial y de la flexibilidad articular, todos éstos, elementos vinculados a la edad ^{54, 55}. Además, a menudo este incremento refleja la angustia de la paciente y el médico en cuanto a los resultados obstétricos. La literatura consultada muestra que las mujeres de más de 35 años tienen mayores tasas de cesárea y de intervención en trabajo de parto. Las nulíparas >35 años son especialmente propensas a resolver el embarazo vía cesárea. ⁵⁶ Las mujeres mayores son más propensas a tener un parto por cesárea sin trabajo de parto (<25 años, el 3,6%, ≥ 40 años, 21,1%) ⁵⁷

Un gran cuerpo de literatura indica un vínculo absoluto entre edad materna avanzada y los resultados perinatales adversos, mientras que otros cuestionan estos hallazgos y sugieren que los buenos resultados se pueden esperar entre mujeres sanas. Diversos autores han descrito los efectos desfavorables en edades superiores a los 35 años y han reconocido los riesgos a que se exponen las mujeres que deciden embarazarse en esta época de la vida, con múltiples complicaciones, aparición de enfermedades asociadas que entorpecen una favorable evolución de la gestación, ponen en peligro la vida de la madre y el feto. Se convierten en pacientes de alto riesgo obstétrico y clasifican como grupo de riesgo de la edad extrema de la vida. ⁵⁸⁻⁶¹

Conclusiones

La reproducción en mujeres con 35 años y más en Cienfuegos se mantuvo con valores poco variables en la última década y comparativamente bajos en relación a países europeos. Las cienfuegueras posponen el nacimiento de sus segundos hijos y es muy poco frecuente la gran multiparidad; de ellas la mayoría presentaban enfermedades al momento de gestarse o las desarrollaron durante el proceso de la gestación.

La edad materna avanzada eleva la probabilidad de padecer parto pre término, muerte fetal tardía, morbilidad materna extremadamente grave e histerectomía obstétrica. La eutócica obstétrica se reduce a más de un cuarto en la última década cuando se trata de mujeres de 35 años y más.

Referencias bibliográficas

1. Yogeve Y, Melamed N, Bardin R, Tenenbaum-Gavish K, Ben-Shitrit G, Ben-Haroush A. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203:558.e1-7.
2. Wang Y, Tanbo T, Abyholm T, Henriksen T. The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284:31-7.
3. Yogeve Y, Melamed N, Bardin R, Tenenbaum-Gavish K, Ben-Shitrit G, Ben-Haroush A. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203:558.e1-7.
4. Hoffman MC, Jeffers S, Carter J, Duthely L, Cotter A. Pregnancy at or beyond age 40 years is associated with an increased risk of fetal death and other adverse outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196:e11-e13.
5. Obregón L. Primigesta de edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007;67:152-66.
6. Donoso E, Villarroel L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. *Rev Méd Chile.* 2003;131:55-9.
7. Suzuki S, Miyake H. Obstetric outcomes in nulliparous women aged 35 and over with singleton pregnancies conceived by in vitro fertilization. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277:225-7.
8. Oleszczuk JJ, Keith LG, Agnieszka K. The paradox of old maternal age in multiple pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005;32:69-80.
9. Almeida NK, Almeida RM, Pedreira CE. Adverse perinatal outcomes for advanced maternal age: a cross-sectional study of Brazilian births. *J Pediatr.* 2015;pii:S0021-7557(15)00067-4. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.12.002
10. Cabero LI, Martínez de la Riva A. Identificación y control ante parto de las pacientes con embarazo de alto riesgo. En: Cabero Roura LI, editor. *Riesgo elevado obstétrico.* España: Editorial Masson S.A; 2000;1:3-31.
11. Donoso E, Villarroel L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 55-9.
12. Heffner L. Advanced maternal age. How old is too old? *N Engl J Med* 2004;351 (19): 1927-9.
13. Hook EB, Cross PK, Schreinemachers DM. Chromosomal abnormality rates at Amniocentesis and in live-born infants. *JAMA* 1983;249:2034-2038
14. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2009;74(6):331-338.
15. Andorno M, Bello E, Martearena RE, Abreo GI. Embarazos en los extremos de la vida y resultados perinatales. *Revista de Posgrado de la 6ª Cátedra de Medicina.* Jun 2011;207:6-10.
16. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2009;74(6):331-338.
17. Bardin R, Melamed N, Tenebaum-Gavish K, Arbid N, Meyerovitch T, Ben-Haroush A, et al. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(6)Supl 1:80-8.
18. Heffner LJ. Advanced maternal age - How old is too old? *N Engl J Med.* 2004 Nov 4;351(19):1927-9.

19. Benzie KM. Advanced maternal age: Are decisions about the timing of childbearing a failure to understand the risks? CMAJ. 2008;178(2):183-4.z
20. Hernández Cabrera J, García León L, Hernández Hernández D, Rendón García S, Dávila Albuerne B, Suárez Ojeda R. Resultados perinatales y maternos de las embarazadas en edad madura. Rev cuba obstet ginecol 2001; 27 (3): 208-13
21. Zuaznabar Hernández JA et al. Estudio comparativo de embarazos en edades extremas de la vida en el municipio Colón. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Eusebio Hernández Pérez. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/estudio-comparativo-embarazos-edades-extremas-vida-municipio-colon/estudio-comparativo-embarazos-edades-extremas-vida-municipio-colon2.shtml>
22. García Alonso I et al.; Alemán Mederos II MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010.
23. Rigol Ricardo O, Pérez Carballa F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. El médico general como especialista. La educación sexual. En: Medicina General Integral TI. 2 ed. La Habana: Editorial Pueblo y educación, 1987: 224-7.
24. Stein A. Pregnancy in Gravidas Over Age 35 Years. Nurse Midwife 1983; 2:1 7-20.
25. Grimes DA. Pregnancy Outcomes in Black Women Aged 35 and Older. Obstet Gynecol 1981; 58: 614- 620.
26. Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. Obstet Gynecol 1999;93(1):9-14.
27. Chamy Veronica, Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años REV CHIL OBSTET GINECOL 2009; 74(6): 331 – 338
28. Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol. 2011:1-6.
29. Ministerio de Salud de Chile. Nacidos vivos según edad de la madre: Chile 1990 - 2006. Hallado en: http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/graficos/web_natatlidad2/CHI_NV_edMAMA_9004.htm. Consultado 25 de febrero de 2009.
30. Selva Clarence KF., Resultados obstétricos en edades extremas de la vida reproductiva. Cienfuegos 2006.
31. García Alonso I; Alemán Mederos II MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010.
32. Valls Hernández M., Safora Enriquez O; Rodríguez Izquierdo A; Lopez Rivas J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana Obstet Ginecol v.35 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2009.
33. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. The Perinatal Effects of Delayed Childbearing. Obstetrics & Gynecology Jun 2005;105(6):1410-1418.
34. Wang Y, Tanbo T, Abyholm T, Henriksen T. The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. Arch Gynecol Obstet. 2011;284:31-7.
35. Berkowitz TZ, Skovron ML, Lapinski RM, Berkowitz RL. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. N Engl J Med. 1990;322:659-64.

36. Lemor A. Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Enero-Octubre del 2012. *Horiz Méd.* 2012;14:22-6.
37. Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Prog Obstet Ginecol.* 2011;54:575-80.
38. Aref-Adib M, Freeman-Wang T, Atallah I. The older obstetric patient. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2007;18:43-8.
39. Rajae M, Amirzadeh S, Mirblook F, Soltani M. The effect of maternal age on pregnancy outcome. *Asian J Med Sciences.* 2010;2:159-62.
40. Senesi LG, Gomes E, Pereira R, Kraiden ML, De Oliveira F, Nascimento DJ. Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas a idade materna igual ou superior a 35 años, segundo a paridade. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26:477-82.
41. Tipiani-Rodríguez O. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales? *Rev Per Ginecol Obstet.* 2006;52:179-85.
42. Carolan M, Frankowska D. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: A review of the evidence. *Midwifery.* 2011;27:793-801. doi:10.1016/j.midw. 2010.07.006
43. Torres Fuentes CI. Resultado perinatal y obstétrico en embarazadas mayores de 35 años en el hospital nacional de maternidad en el periodo de enero a diciembre de 2009. El Salvador.2009.
44. Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstet Gynecol.* 1999; 93:9—14.
45. Belaisch-Allart J, Lafay-Pillet MC, Taurelle R. Les grossesses apres 40 ans. *Reprod Hum Horm.* 1991;4:176—80.
46. Luque Fernández MA. Evolución del riesgo de mortalidad fetal tardía, prematuridad y bajo peso al nacer, asociado a la edad materna avanzada, en España (1996-2005). *Gac Sanit.* 2008; 22:396—403.
47. Torres Fuentes CI. Resultado perinatal y obstétrico en embarazadas mayores de 35 años en el hospital nacional de maternidad en el periodo de enero a diciembre de 2009. El Salvador.2009
48. Muhieddine A, Seoud F, Nassar A, Usta I, Melhem Z, Zazma A et al. Impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *American Journal of Perinatology,* 2002; 19:1-7.
49. Romero S, Quezada C, Lopez M, Arroyo L. Efecto de riesgo en el hijo de madre con edad avanzada (estudio de casos y controles). *Ginecología y Obstetricia de Mexico,* 2002; 70: 295-302.
50. Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years and older. *Human Reproduction,* 2000; 15: 2433-2437.
51. Bianco, Stone, Linch. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol,* 1996; 87:917-921.
52. Chan B, Lao T. Influence of parity on the obstetric performance on mothers aged 40 years and above. *Human Reproduction,* 1999; 14: 833-837.
53. Belaisch-Allart J. Embarazo y parto a partir de los 40 años. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale.* E-5-016-B-10; 1-6.

54. Van Katwijk C, Peeters L. Clinical aspects of pregnancy after the age of 35 years: a review of the literature. *Human Reproduction Update*, 1998, 4: 185-194.
55. Shellhaas C, Sonek J. Comienzo y final de la edad reproductora. In: *Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo*. Gleicher. 3a. Edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana; 2000: p.128-135.
56. Gaitán H, Eslava J, Garzón C, Rubio J, M.D, Forero J. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el instituto materno infantil de Bogotá, Colombia. 2002 – 2003. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005;56(1):18-27.
57. Carolan M. Maternal age >45 years and maternal and perinatal outcomes: A review of the evidence. *Midwifery* 2013; 29:479-489.
58. Fayad Saeta Y, López Barroso R, San Pedro López MI, Márquez Capote E. Materna crítica durante el período 2004-2008. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2009 [citado 9 abril 2013];35(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin03409.htm
59. Amaro Hernández F, Ramos Pérez MY, Mejías Álvarez NM, Cardoso Núñez O. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, parto y el puerperio. *Archivo Médico de Camagüey*. [Internet] 2006 [citado 9 abril 2013];10(6): [aprox. 6 p]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n6-2006/index.htm>
60. Álvarez Tosté M, Salvador Alvarez S, López Barroso R, Carbonell García I, González Rodríguez G. Características de la morbilidad materna extremadamente grave en tres provincias de Cuba. *Rev Cubana Hig. Epidemiol* vo.50 no.3 Ciudad de La Habana sep-dic. 2012
61. Álvarez Toste M y cols. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Rev Cubana Hig Epidemiol* vol.49 no.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2011

Anexo 1

Tabla 1. Caracterización clínico epidemiológica de la reproducción en mujeres de 35 años y más. Cienfuegos 2016.

Grupo de edades	Número	Porcentaje
Menores de 20 años	593	13,8
Entre 20 y 34 años	3293	77
Mayores de 35 años	392	9,2
Total	4278	100

Fuente: Registro de nacimientos.

Tabla 2. Comportamiento de la paridad en gestantes de 35 años y más.

Paridad	Número de pacientes	Porcentaje
Nulípara	59	15,1
Multípara	323	82,4
Gran Multípara	10	2,5
Total	392	100

Tabla 3. Distribución de las gestantes según enfermedades crónicas asociadas.

Morbilidad	Número de pacientes	Porcentaje
Hipertensión arterial	39	9,9
Diabetes	49	12,5
Hepatopatías Crónicas	4	1,0
Infección urinaria	30	7,7
Otras	44	11,2
Subtotal	166	42,3
No morbilidad	226	57,7
Total	392	100

Tabla 4. Distribución de las pacientes según edad gestacional al momento del parto.

Edad Gestacional	Total de recién nacidos	Porcentaje	Número de pacientes	Porcentaje	Estadígrafo OR IC [95 %] X² p
Entre 22 y 36,6 semanas	317	7.4	33	8,4	OR: 1.16 [0.80; 1.69] X²: 0.63 p: 0,42 OR: 0.98
Entre 37 y 41,6 semanas	3857	90.2	353	90,1	X²: 0.005 p: 0,94 OR: 0.60
42 semanas y más	104	2.4	6	1,5	[0.26; 1.37] X²: 1.47 p: 0,22
Total	4278	100	392	100	

Tabla 5. Distribución de las pacientes según morbilidad obstétrica ante parto.

Morbilidad	Número de pacientes	Porcentaje
Preeclampsia-eclampsia	49	12,5
Placenta previa	10	2,6
Hematoma retroplacentario	8	2,0
Polihidramnios	18	4,6
Embarazo gemelar	5	1,3
Subtotal	90	23
No morbilidad	302	77,0
Total	392	100

Tabla 6 Comportamiento del peso al nacer en pacientes de 35 años y más.

Peso al nacer en gramos	Total de recién nacidos	Porcentaje	Número de recién nacidos	Porcentaje	Estadígrafo OR IC [95 %] X² p
Menos de 2500 gramos	262	6.1	29	7,4	OR: 1.25 [0.83; 1.86] X²: 1.21 p: 0,26
Entre 2500 – 3499 gramos	2484	58.1	202	51,5	OR: 0.74 [0.60; 0.92] X²: 0.005 p: 0,94
Entre 3500 – 4199 gramos	1381	32.3	147	37,5	OR: 1.28 [1.03; 1.59] X²: 5.37 p: 0,02
Más de 4200 gramos	151	3.5	14	3,6	OR: 1.01 [0.57; 1.77] X²: 0.002 p: 0,96
Total	4278	100	392	100	

Tabla 7. Distribución de las gestantes según tipo de parto.

Inducción	Total de recién nacidos	Porcentaje	Número de pacientes	Porcentaje	Estadígrafo OR IC [95 %] X² p
Eutócico	2316	54.1	155	39,5	OR: 0.52 [0.42; 0.64] X ² : 37.03 p: 0,0000
Cesárea primitiva	1273	29.8	128	32,7	OR: 1.16 [0.92; 1.44] X ² : 1.73 p: 0,18
Cesárea iterada	620	14.5	104	26,5	OR: 2.35 [1.85; 3.00] X ² : 50.46 p: 0,0000
Espátula	35	0.8	2	0.5	OR: 0.59 [0.14; 2.50] X ² : 0.50 p: 0,47
Fórceps	34	0.7	3	0,8	OR: 0.95 [0.29; 3.15] X ² : 0.004 p: 0,94
Total	4278	100	392	100	

Tabla 8. Comportamiento del apgar en el recién nacido.

Apgar	Número	Porcentaje
Normal (7-10)	380	96,8
Moderadamente deprimido (4-6)	1	0,3
Severamente deprimido (1-3)	1	0,3
Apgar 0	10	2,6
Total	392	100

Tabla 9. Distribución de las pacientes con Morbilidad Materna Extremadamente Grave (MMEG).

Morbilidad	Número	Porcentaje
Preeclampsia	2	18,2
Sepsis	3	27,3
Anafilaxia	1	9,1
Patologías Respiratorias	2	18,2
Hematoma Retroplacentario	1	9,1
Enf. Tromboembólica	1	9,1
Hemorragia	1	9,1
Total	11	2,8

Tabla 10 Distribución de pacientes según realización de Histerectomía Obstétrica.

Morbilidad	Número	Porcentaje
Se practicó Histerectomía Obstétrica	5	1,3
No se practicó Histerectomía Obstétrica	387	98,7
Total	392	100

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA EN FÉMINAS DEL POLICLÍNICO ÁREA II. CIENFUEGOS.2016

Autor: MsC Dra. Grissel Utrera Diaz griselud@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico Dr. Cecilio Ruiz De Zárate Cienfuegos, Cuba

Coautores:

Dra. Lianet Pérez Rodriguez lianetpr@jagua.cfg.sld.cu, Dirección Municipal de Salud Cienfuegos, Cuba.

Dr. Pedro L. Toledo Yanes Policlínico Dr. Cecilio Ruiz De Zárate Cienfuegos, Cuba

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal correlacionar de serie de casos con el objetivo de describir las características clínico epidemiológicas del cáncer de mama en féminas del Policlínico. Dr. “Cecilio Ruiz De Zarate” Municipio Cienfuegos año 2005-2015, el universo estuvo constituido por 63 féminas con diagnóstico de cáncer de mama donde predominó el grupo de edad por encima de los 65 años, color de la piel blanca, los factores de riesgo que prevalecen son la edad mayor de 40 años, el antecedente familiar de cáncer de mama y el hábito de fumar, a la mayoría de las pacientes se les diagnóstico la enfermedad en etapas tempranas (estadios I y II), el mayor por ciento del tumor fue detectado por la propia paciente, el tiempo de evolución fue de menos de 5 años , el seguimiento solo se realiza en las consultas de mastologías municipal y provincial y pocas pacientes se encuentran incorporadas a la rehabilitación.

DeCS: Cáncer de mama. Características clínico epidemiológicas del cáncer de mama.

Introducción

Actualmente, el cáncer continúa siendo una incógnita para el hombre. A escala mundial, esta afección constituye una de las principales causas de muerte. Así, la neoplasia mamaria se ha incrementado en incidencia y mortalidad en las mujeres de la región de Latinoamérica y el Caribe. En Cuba, también ha sido una de las primeras causas de muerte. ⁽¹⁾

En el año 2016 los tumores malignos pasaron a ocupar la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, con un total de 24 303 defunciones por

esta causa, para una tasa de 216,3 por cada 100 000 habitantes; cifra que cada año va en aumento. ⁽²⁾

En Cienfuegos la situación epidemiológica coincide con la Nacional, con unas tasas de incidencia y mortalidad con tendencia al aumento, En el 2016 se reportaron 1525 casos nuevos de cáncer de mama y en el Municipio hubo 22 mujeres fallecidas por esta afección y en nuestra área de salud hubo 5 fallecidas además el comportamiento de esta patología no difiere del resto del país, pues se presenta como la principal neoplasia que afecta al sexo femenino. ⁽³⁾

Teniendo en cuenta la cantidad de vidas que cobra a diario el cáncer de mama no solo en nuestro país también en el mundo siendo en estos momentos la segunda causa de muerte de los tumores malignos en nuestra población femenina constituyendo esto un problema para la salud de nuestra población es que queremos en la siguiente investigación profundizar sobre los factores de riesgo y la manera en que influyen en la población además de como poder integrar aquellas pacientes que son operadas de cáncer de una forma temprana y oportuna a la rehabilitación, para ello nos proponemos como objetivo general : Describir las características clínico epidemiológicas del cáncer de mama en féminas del Policlínico. Dr. “Cecilio Ruiz De Zarate” Municipio Cienfuegos año 2005-2015

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo observacional de corte transversal correlacionar de una serie de casos con las pacientes portadoras de cáncer de mama en el Policlínico área II Municipio Cienfuegos, durante el periodo 2005-2015.

Universo: Estuvo conformado por 63 pacientes con diagnóstico de Cáncer de Mama en este período., que dieron su consentimiento de participar en la investigación.

La recogida de los datos se realizó a través de encuesta epidemiológica del cáncer de mama y que recoge variables: socio-demográficas y clínico epidemiológicas (grupo de edad, color de la piel, factores de riesgos asociados, estadio clínico en el momento del

diagnóstico), tiempo de evolución de la enfermedad, vía y medio para el diagnóstico, así como el seguimiento y la incorporación a la rehabilitación

Se utilizó para el análisis e interpretación de los datos que resultan de los instrumentos aplicados, el programa SPSS, versión 15.0, para Windows utilizándose un microcomputadora. Los resultados se ilustran en tablas en forma de por cientos.

Resultados

El grupo de edad que prevaleció fue de 65 y más años para un 20 %, predominando la raza blanca en un 41.2%. Aunque debemos analizar que los grupos de edad por debajo de los 55 años tiene una incidencia de 37 pacientes, para un 60.6 %.(Anexo No. 1)

Con relación al comportamiento de los factores de riesgos (tabla No.2) observamos que el mayor por ciento (76.1) de los factores de riesgos, corresponde a la edad mayor de 40, seguido del antecedente familiar de cáncer de mama con un 48.3 %. y el hábito de fumar en un 45 % (Anexo No. 2)

De un total de 63 pacientes, se diagnosticó el cáncer en etapas tempranas: O, I, IIa y IIb (83.8 %) y solo el 15.8 % en etapas tardías de la enfermedad y con factores de riesgos asociados en el 77.7 % de las pacientes, además podemos apreciar que el 52.3 % de las pacientes se detectaron el tumor a partir del autoexamen de mama, seguido del 44.4 % por el personal de salud. (Anexo No. 3)

Se obtuvo además que al mayor por ciento (60%) se le fue realizado el diagnóstico en la Consulta de Mastología del área, solo el 23.3 % fue detectado por los especialistas de MGI en los CMF. (Anexo No. 4)

Se muestra que el mayor por ciento de las pacientes llevan seguimiento (45), para un 71.4 %, de ellas con un periodo menor de 1 año de evolución, seguidas de las que llevan un tiempo de evolución de 1-3 años. El 28.5 % no tiene seguimiento. (Anexo No. 5) y la mayoría de las pacientes tienen seguimiento en las consulta de Mastología Provincial y del área en un 93.3 y 62.2 % respectivamente (Anexo No. 6), y solo el 6.3 % de las pacientes operada de cáncer de mama se encuentran en rehabilitación. (Anexo No. 7)

Discusión

La preponderancia de las féminas mayores de 65 años está relacionada con el envejecimiento demográfico de la población cubana, propio de países en vías de desarrollo donde son más frecuentes las enfermedades crónicas, entre de ellas el cáncer.

Hernández Duran en su estudio ⁽⁴⁾ señala que es extremadamente raro entre las mujeres menores de 20 años y poco común en mujeres menores de 30 años.

Asimismo, varias investigaciones confirman el predominio de la enfermedad después de los 40 años ⁽¹⁾

Sin embargo en estudio realizado en zona rural en Santiago de Cuba, ⁽⁵⁾ se muestra que las lesiones mamarias con mayor incidencia se presentaron en las féminas de 31 a 50 años, y disminuyeron en la medida que avanzaba la edad.

Según estudios epidemiológicos las mujeres de piel blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de mama que las de color negro ⁽⁴⁾, comportamiento que se corresponde en nuestros resultados en el 41.2 % de nuestras pacientes

Los factores de riesgo son las características o atributos de la mujer que incrementan la probabilidad de desarrollar el Cáncer de Mama,

La no realización de ejercicios físicos (84,2 %), sobrepeso u obesidad (50,0%) y no ofrecimiento o menos de 4 meses de lactancia materna (37,1 %), fueron los factores de riesgos detectados en el estudio de Santiago de Cuba ⁽¹⁾ y reporta que Investigaciones realizadas en Estados Unidos muestran que existe un aumento de la incidencia en los países en desarrollo, donde se encontraron mujeres con una mejor situación socioeconómica y mayor libertad, pero con factores de riesgo de cáncer, tales como cambios en la dieta, sedentarismo, menor cantidad de hijos, poco tiempo de lactancia y terapia hormonal y que en en Cuba, Argote *et al* hallaron un predominio de la menopausia por encima de los 50 años, relacionado con un mayor número de ciclos

ovulatorios y de estímulos estrogénicos durante la vida, lo cual favorece la aparición de tumores mamarios. ⁽¹⁾

Torres Aja. Muestra en su estudio resultados iguales a los nuestros, donde el antecedente familiar de cáncer de mama por línea materna se encuentra por encima del 50 % de las pacientes estudiadas ⁽⁶⁾

En Cuba y especialmente en nuestra provincia de Cienfuegos ha aumentado la sobrevivencia por cáncer de mama, debido a los grandes avances en la detección de casos en estadios cada vez más tempranos atribuido a la municipalización de las consultas de mastologías en cada área de salud.

La vía de detección del tumor aún continúa siendo en el mayor por ciento de los casos por la propia paciente ⁽⁷⁾ y otro porcentaje es detectado por el personal de salud

Las probabilidades de supervivencia de las mujeres fueron mejores cuando sus tumores se detectaron pronto, informaron los investigadores en la edición del 6 de octubre de la revista de medicina *BMJ*. ⁽⁸⁾

El estudio de casi 174,000 pacientes holandesas de cáncer de mama encontró que las tasas de supervivencia mejoraron entre 1999 y 2012, y eso incluyó a mujeres con un cáncer más avanzado. Su equipo encontró que en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre 2006 y 2012, la tasa de supervivencia a cinco años fue de un 88 por ciento y que cuanto más pequeño era el tumor de una mujer en el momento del diagnóstico, mejor era el pronóstico. ⁽⁸⁾

En Estados Unidos, las directrices sobre las mamografías varían. La Sociedad Americana Contra El Cáncer (American Cancer Society) y otros grupos sugieren mamografías anuales a partir de los 40 años de edad. Pero el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF) sugiere que las mujeres inicien las mamografías a los 50 años, y que continúen cada dos años. ⁽⁸⁾

La supervivencia de más de 5 años se detectó en el 20.6 % , el resto fueron diagnosticados antes de los 5 años, apreciándose aumento en su incidencia en los últimos años, debiéndose a la detección cada vez más temprana y aplicándose lo que establece el programa nacional de diagnóstico precoz para el cáncer de mama, y

siguen siendo las consultas especializadas de mastologías las que realizan el seguimiento de estas pacientes, tanto provinciales como municipales, no así en los consultorios médicos de la familia

Conclusiones

Los resultados de este estudio evidencian la necesidad de una mayor atención consensuada en todas las áreas para consolidar el Programa nacional del cáncer de mama principalmente en la Atención primaria de Salud.

Referencias bibliográficas

- 1- Cuenca Rodríguez Coralia, Despaigne Biset Ana Esther, Beltrán Mayeta Yumaile. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí". MEDISAN [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 17 Jun 2014] ;17(9): 4089-4095. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900005&lng=es
- 2 - Cuba. Dirección Nacional de Registros médicos. Anuario estadístico 2017 [Internet] 2016. La Habana: Minsap [citado 12 Ene 2018] Disponible en: <http://www.files.sld.cu/bvscuba/files/2017/05/anuario-estadistico-de-salud-2017.pdf>
- 3 -Cienfuegos. Informe Estadístico: Dispensarización de enfermedades no transmisibles. Policlínico Área II: Departamento Estadístico; 2016.
4. Hernández Durán D. Un análisis de largo plazo del comportamiento de la cirugía conservadora del cáncer de mama. Rev Cubana Obstet Ginecol 2012; 38(1).<http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100014&lng=es&nrm=iso> [consulta 22 de julio de 2016].
5. Ricardo Ramírez José, M. Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud rural. MEDISAN 2012; 16 (7) [consulta 26 de julio de 2016].

6. Torres Aja L. Repercusión de la implementación del Diplomado de Mastología en la provincia de Cienfuegos. 2011. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1414/757>

7. Open label trial for post-menopausal women with newly diagnosed operable breast cancer. ClinicalTrials.gov 2013 [citado 30 jul 2016]. Disponible en: <http://www.clinicaltrials.gov/ct/gui/show/NCT00161291>

8. Tilanus-Linthorst M. La detección temprana sigue siendo clave para la supervivencia al cáncer de mama. HealthDay News Oct. 2015.

Anexos

Anexo No. 1: Relación grupo de edad y color de la piel en féminas con Cáncer de Mama. Policlínico área II “Dr. Cecilio Ruiz De Zarate”. Municipio Cienfuegos.

Grupo edad	Color de la piel							
	Blanca	%	Negra	%	Mestiza	%	Total	%
30-35	1	4.3	2	10	3	17.6	6	10
36-40	3	13.0	3	15	3	17.6	9	15
41-45	3	13.0	3	15	2	11.8	8	13.3
46-50	5	7.9	2	10	2	11.8	9	14.2
51-55	2	8.7	2	10	1	5.9	5	8.3
56-60	4	17.4	3	15	1	5.9	8	13.3
61-65	3	13.0	2	10	1	5.9	6	10
Más 65	5	21.7	3	15	4	24	12	20
Total	26	41.2	20	31.7	17	26.9	63	100

Fuente: Formulario de datos.

Anexo No. 2: Factores de Riesgo asociados en féminas con Cáncer de Mama. Policlínico área II “Dr. Cecilio Ruiz De Zarate”. Municipio Cienfuegos.

Factores de Riesgos	No	%
Más de 40 años	48	76.1
APF de cáncer de mama	29	48.3
APP de afecc. Mamarias ant. (Hiperplasia. Con atipia).	24	40
Menarquía precoz	26	43.3
Menopausia tardía	20	33.3
Dietas inadecuadas	24	40
Obesidad	26	43.3
Escasa lactancia materna	18	30
Hábitos tóxicos(fumar)	27	45
Primer parto después de los 30 años	14	23.3
Nulípara	14	23.3
Uso de anticonceptivos orales	25	41.6

Fuente: Formulario de datos.

Anexo No. 3: Relación entre la etapa clínica de la enfermedad y medios diagnósticos con la presencia de factores de riesgos en féminas con Cáncer de Mama. Policlínico área II “Dr. Cecilio Ruiz De Zarate”. Municipio Cienfuegos

Variables	Presencia de factores de riesgos				Total	
	Si	%	No	%	No	%
Etapa o estadio						
E 0	2	3.1	-	-	2	3.1
E I	7	11.1	1	1.5	8	12.6
E II a	15	23.8	2	3.1	17	26.9
E II b	17	26.9	9	14.2	26	41.2
E III a	5	7.9	2	3.1	7	11.1
E III b	3	4.7	-	-	3	4.7
E IV	0	-	-	-	-	-
Total	49	77.7	14	22.2	63	100
Medios Diagnósticos						
Auto-examen de mama	30	47.6	3	4.7	33	52.3
Examen clínico por personal de salud	17	26.9	11	17.4	28	44.4
Mamografía	2	3.1	-	-	2	3.1

Total	49	77.7	14	22.2	63	100
-------	----	------	----	------	----	-----

Fuente: Historia Clínica Individual y Formulario de datos.

Anexo No. 4: Distribución del escenario de detección del tumor por personal de salud en féminas con Cáncer de Mama. Policlínico área II “Dr. Cecilio Ruiz De Zarate”. Municipio Cienfuegos

Lugar de detección del tumor	No	%
Examen clínico por personal de salud(CMF)	7	23.3
Consulta de Mastología del área	18	60
Consulta de Mastología provincial	5	16.6
Total	30	100

Fuente: Formulario de datos.

Anexo No. 5: Relación entre el tiempo de evolución y el seguimiento en las féminas con Cáncer de Mama. Policlínico área II “Dr. Cecilio Ruiz De Zarate”. Municipio Cienfuegos

Tiempo de Evolución	Seguimiento					
	Si	%	No	%	Total	%
Menos de 1 año	17	26.9	3	4.7	20	31.7
1-3 años	12	19.0	4	6.3	16	25.3
4-5 años	11	17.4	3	4.7	14	22.2
Más de 5 años	5	7.9	8	12.6	13	20.6
Total	45	71.4	18	28.5	63	100

Fuente: Formulario de datos.

Anexo No. 6: Identificación del lugar donde realizan el seguimiento las pacientes estudiadas. Policlínico área 2 “Dr. Cecilio Ruiz De Zarate”. Municipio Cienfuegos.

Lugar	No.	%
Consultorio Médico Familiar	0	0
Consulta de Mastología del área	28	62.2
Consulta de Mastología provincial	42	93.3
Otras	7	15.5

Fuente: Formulario de datos.

Anexo No. 7: Incorporación al servicio de rehabilitación después de un año del diagnóstico.

Incorporadas a Rehabilitación	No.	%
Si	4	6.3
No	59	93.6
Total	63	100

Fuente: Formulario de datos.

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD POR CÁNCER DE MAMA. MUNICIPIO CIENFUEGOS. 2007-2013

AUTORES.

Montenegro Calderón, Tamara¹
Martínez Navarro, Virgen Yasmín²
Valdés Gómez, María Lina³

¹ tamaramc710811@minsap.cfg.sld.cu, Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología, Cienfuegos, Cuba.

² tamaramc710811@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Abreus, Cienfuegos, Cuba, Vicedirector de Higiene y Epidemiología.

³ marilin100fuegos@yahoo.com, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba. Máster en Salud Pública

RESÚMEN

El cáncer de mama constituye un problema médico, social y económico de gran importancia, por su frecuencia, género y etapa de la vida que afecta. Se realizó un estudio descriptivo, con el objetivo de caracterizar la morbilidad por este tipo de cáncer en el municipio Cienfuegos en el periodo 2007-2013, describiendo la morbilidad según variables seleccionadas, definiendo estratos de riesgo y precisando las variables sociodemográficas en pacientes pertenecientes a consejos populares de alto riesgo. La población estuvo constituida por 111 pacientes diagnosticados con cáncer de mama. Las variables fueron; edad, sexo, color de la piel, consejo popular y estado civil antecedentes patológicos personales (enfermedades benignas de la mama) y familiares (de primera línea de cáncer de mama), historia ginecológica e historia obstétrica. Los datos se obtuvieron del Registro Provincial de Cáncer y de la encuesta aplicada. Se utilizaron como medidas matemáticas el porcentaje y tasas. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0. Los resultados se presentaron en tablas y mapas. Se detectaron 4 áreas geográficas que se clasificaron de alto riesgo. La morbilidad por esta enfermedad, aunque continúa presentándose en edades avanzadas de la vida muestra cifras aún preocupantes.

Palabras claves: Riesgo, cáncer de mama, morbilidad, estratificación.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema de salud para Cuba y el mundo. Dentro de ellas el cáncer es una enfermedad conocida desde la antigüedad. La descripción más antigua del cáncer proviene de Egipto, y es del 1600 a.n.e. aproximadamente. El Papiro Edwin Smith describe ocho casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, utilizando una herramienta llamada "la orquilla de fuego". Su nombre fue dado por Hipócrates años después, deriva de la palabra griega kankros, que significa cangrejo y que demuestra la similitud con que este animal atrapa y destroza sus presas. Es un crecimiento invasivo, poderoso, que puede consumir y destruir el proceso de vida, si no se realiza un diagnóstico precoz en torno a él. ^(1,2,3)

Según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cáncer es la principal causa de mortalidad a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en 2008. Más del 70 % de las defunciones por cáncer, se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando, y pasarán de los 11 millones en 2030. ⁽⁴⁾

Existen varios tipos de cáncer. Uno de los más frecuentes mundialmente es el cáncer de mama, constituyendo un problema de Salud Pública, además de un problema médico ⁽⁵⁾, social y económico de gran importancia, por su frecuencia, género y etapa de la vida que afecta, donde se tienen grandes responsabilidades familiares y económicas.

El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es durante el tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como la cirugía. ⁽⁶⁾

El cáncer de mama es conceptualizado como un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido. Es la proliferación acelerada y no controlada de células con genes mutados, que se caracterizan por presentar particularidades propias de las células embrionarias: son células diferenciadas que han aumentado sus capacidades reproductivas enormemente y que se han vuelto inmortales, es decir, no pueden envejecer. Tampoco suelen madurar, aunque con frecuencia se diferencian adoptando características propias de estirpes celulares diferentes a las de las células de las que proceden. ⁽⁷⁾

En el Municipio de Cienfuegos al cierre del 2013, la tasa de incidencia fue de 19.5 y la de mortalidad de 15.3 x 100000 mujeres, algo por encima de la provincial. Al cierre del 2014 (34 fallecidos) con tasas de incidencia y mortalidad de 13,9 y 19,9 X 100000 habitantes respectivamente.

¿Cuáles serán las principales características de la morbilidad por cáncer de mama en el municipio Cienfuegos así como los factores de riesgo en consejos populares clasificados de alto riesgo en el período de tiempo analizado?

MÉTODO

Diseño: Se realizó un estudio observacional descriptivo, para caracterizar la morbilidad por cáncer de mama en el municipio Cienfuegos en el período 2007-2013.

Población de estudio: Pacientes vivos o fallecidos diagnosticados con cáncer de mama pertenecientes a los Consejos Populares del municipio de Cienfuegos en el periodo de tiempo analizado.

Incidencia: 111 casos

Incidencia: Se trabajó con el registro de cáncer de la provincia, en el cual estaban notificados 164 casos. Por dificultades detectadas en las direcciones de los

pacientes (53 deficientes) quedó la misma constituida por 111 pacientes. Se realizó con estos la estratificación por consejos populares, considerándose los consejos populares con valores incluidos en el intervalo de mayor numeración como de alto riesgo, en el intervalo intermedio de mediano riesgo y el intervalo con los valores más bajos se ubican los consejos populares de bajo riesgo.

No se tomaron en cuenta para la estratificación los consejos populares de: Rancho Luna, Guaos y Paraíso, por no poder ubicar las direcciones de los mismos no incluyéndolos en la investigación.

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes con diagnóstico positivo de cáncer de mama, pertenecientes al municipio Cienfuegos cuyos datos estén incluidos en el registro de cáncer de la provincia en el período de tiempo analizado.
- ✓ Pacientes con cáncer de mama, vivos, que residan en Consejos Populares clasificados de alto riesgo del municipio Cienfuegos y que deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que no estén de acuerdo a participar en la investigación, que se encuentren fuera del país o de la provincia en el momento de la entrevista o que hallan fallecido.

Para efectuar la estratificación por consejos populares, primeramente se calcularon las tasas de incidencia por consejo popular por año y luego se calculó la media del período de estudio. Para realizar la escala tomamos en cuenta todos los valores contemplados entre el valor máximo y el mínimo de esas medias.

Valor máximo: 21,6

Valor mínimo: 2,9

Quedando definidos tres intervalos de clases por ser el número que necesitamos para estratificar (alto, mediano y bajo riesgo), luego calculamos la amplitud de la clase de la siguiente forma:

Al valor máximo se le resta el mínimo, que fue 18.7. Este valor lo dividimos entre 3 porque es el número de intervalos que necesitamos, cuyo resultado fue 6.23 que sería la amplitud de cada clase.

Calculando:

$$6,23+2,9=9,13$$

$$9,1+6,23=15,31$$

$$15,3+6,23=21,6$$

Quedando conformados los intervalos:

Alto riesgo: 21,6-15,3

Mediano riesgo: 15,2-9,1

Bajo riesgo: 9,1-2,9

Una vez identificados los consejos populares de alto riesgo se seleccionaron los pacientes pertenecientes a estos, que cumplieron con los criterios de inclusión (35) y se les aplicó una encuesta previamente diseñada por las autoras del trabajo y validada por un grupo de expertos, que fue aplicada en el 100% de los pacientes pertenecientes a estos consejos populares, en sus viviendas, estableciendo rapport con el mismo y un ambiente de seguridad, respeto y garantía de confidencialidad de la información. Esta se aplicó con el objetivo de precisar los principales factores de riesgo, en pacientes pertenecientes a consejos populares de alto riesgo, teniendo en cuenta variables como: edad, sexo, color de la piel, estado civil, antecedentes patológicos personales (enfermedades crónicas y enfermedades benignas de la mama) y familiares (de primera línea de cáncer de mama), historia ginecológica, historia obstétrica.

DESARROLLO:

En la tabla número 1 se muestran los consejos populares con mayores tasas de incidencias medias los que fueron: Tulipán, La Gloria, San Lázaro y Centro Histórico con tasas de 21.6, 19.9, 18.5 y 17.8 x 100 000 habitantes respectivamente, coincidiendo con que estos consejos populares fueron los que tuvieron mayor número de casos. Esto se debe a factores que pueden ser individuales relacionados fundamentalmente con la percepción de riesgo así como mitos y creencias comunes sobre el cáncer de mama y a otros propios del sistema de salud gracias a los avances en cuanto a la implementación del Programa Nacional para el Control del Cáncer (PNCC).

En el mapa que presentamos podemos observar como quedan distribuidos los consejos populares según tasa de incidencia media del período de estudio:

Alto riesgo: Los consejos populares de San Lázaro, Centro Histórico, La gloria y Tulipán.

Mediano riesgo: Los consejos populares de Reina, Punta Gorda, Pueblo Griffó, Junco Sur, Juanita I y Barreras.

Bajo riesgo: Los consejos populares de Pepito Tey, Caunao, Pastorita, Castillo-Cen, Buena Vista y Juanita II.

En la tabla número 2 se observa que el mayor número de pacientes encuestados se encuentra en el grupo de 61-70 años con un 28.8%, predominó el sexo femenino en el 97.1%. El color de la piel predominante fue la blanca en el 62.9% de los pacientes. Hubo un predominio de los casados en el 45.7% de los pacientes. De acuerdo a los consejos populares a los cuales pertenecen los pacientes encuestados tenemos que Tulipán, La Gloria y Centro Histórico tienen 9 casos cada uno representando el 25.7% respectivamente y el consejo popular San Lázaro con un 22.9%. El 25.7% de los pacientes encuestados se encontraban trabajando actualmente, y el 74.3% no encontrándose jubilados el 61.5% y en el caso de la mujeres amas de casa el 38.5%, lo que lo que está en correspondencia con el número de casos en el grupo de edad más frecuente.

Es evidente que luego de la menopausia el riesgo de padecer este tipo de cáncer aumenta, justificado por el hecho de que en este período de la vida de la mujer, los ciclos ováricos se hacen anovulatorios con predominio de los estrógenos sin la oposición de la progesterona, frente a un epitelio mamario agotado o en vías de ello, además de que a medida que aumenta la edad aumenta la suma de factores de riesgo para padecer dicha afección. En la presente investigación esto se pone de manifiesto debido al grupo de edad predominante ⁽⁸⁾.

La ocupación tiene gran impacto psicosocial en aquellas mujeres que sobreviven al cáncer de mama. En el área laboral, las mujeres pueden también experimentar cambios. La reincorporación laboral puede verse alterada, identificándose mayores tasas de desempleo entre supervivientes de cáncer de mama. Se han observado también problemas de discriminación laboral como despidos injustificados, ser transferido a trabajos menos deseables o limitación de responsabilidades laborales, aspectos que llevan a que las supervivientes se retiren anticipadamente del mundo laboral por sentirse infravaloradas. ⁽⁹⁾

La tabla número 3 muestra que el que el 48.6% de los pacientes encuestados refirieron haber tenido como antecedentes patológicos personales una hiperplasia benigna de la mama diagnosticada. El 42.9% de los pacientes refirió tener antecedentes patológicos familiares de primera línea de cáncer de mama y el 14.3% de segunda línea. Predominaron las multíparas en el 70.6% de las pacientes. Las mujeres que tuvieron su primer hijo después de los 35 años de edad estuvieron representadas por el 8.8% del total de encuestadas.

Dentro de los factores de riesgo primario es importante mencionar los antecedentes patológicos familiares, teniendo en cuenta que del 15% a 20% de los pacientes tiene historia familiar. Los más frecuentes son: en familiares de primer grado (madre, tías maternas, hermanas) especialmente si hay más de un familiar con ese antecedente, este factor aumenta mientras más joven fue el familiar con historia de este cáncer, en especial si apareció antes del climaterio. Los familiares paternos y de segunda línea también tienen influencia en la descendencia, aunque más baja. La historia familiar de cáncer de mama bilateral o con múltiples focos primarios, la historia de otros tipos de cáncer (ovario, endometrio y colon), donde existan las mismas mutaciones genéticas que en el cáncer mamario y el cáncer de mama en hombres de la familia son otros de los elementos a tener en cuenta.

De forma similar a la descrita para la nulípara, se comporta la influencia hormonal sobre las mamas en la mujer que tiene su parto producto de un embarazo a término después de los 30 años. Se conoce que, si el primer parto ocurre antes de los 18 años, las probabilidades de tener cáncer de mamas es solo la tercera parte que la de la población, por lo que es un factor protector, mientras que todo lo contrario ocurre en la primiparidad tardía, donde la prolongada acción estrogénica se convierte en riesgo similar al de la nuliparidad. Las mujeres que pasan de los 40 años y no lograron tener su primer hijo, se convierten en serias candidatas de tener un cáncer de mama, al parecer en relación con la influencia hormonal estrogénica que condiciona la infertilidad, por ser esta una causa frecuente de nuliparidad. Se sabe además que la estrona y el estradiol ejercen acción proliferativa sobre las

mamas, mientras el estriol, que tiene especial aumento durante el embarazo, actúa de forma contraria en su capacidad estimulante.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama constituye un problema de salud en el municipio Cienfuegos con tasas de incidencia que van en aumento, detectándose 4 áreas geográficas que se clasificaron de alto riesgo: San Lázaro, Centro Histórico, La Gloria Y Tulipán, el grupo etáreo predominante en las pacientes de estos consejos populares fue el de 51-60 años, con predominio del sexo femenino así como el color de la piel blanca. Por lo que se hace necesario una especial atención en la optimización de acciones de control individual, familiar y social.

REFERENCIAS

(1)Alonso Triana L. Estrategia de intervención psicoeducativa en pacientes mastectomizadas. Matanzas abril del 2009 a abril del 2010 [Tesis]. Matanzas: Universidad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener; 2010.

(2)Sanz Pupo NJ, Fernández Sarabia PA, Barreto Fiu EE. Relación entre los factores socioeducacionales y la etapa clínica del diagnóstico de cáncer de mama en adultas mayores. Correo Científico Médico de Holguín [Internet]. 2011 [citado 13 Oct 2013];15(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no151/no151ori10.htm>

(3)Rodríguez Pérez Alfredo. Afecciones benignas de la mama. La Habana: ECIMED; 2010.

(4) Apodaca Pérez EC. Enfoque comunitario y preventivo de las mastopatías. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Ene.-Mar 2012 [citado 12 Dic 2013];28(1):[aprox 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100010&lng=es&nrm=iso

(5)Gobierno de Aragón [Internet]. Día Mundial contra el Cáncer 2015. Informe preliminary. 4 Feb 2015. [Citado 18 Jun 2015]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13_SaludPublica/17_Informacion_sobre_enfermedades/DIA_CANCER_2015.pdf

(6)Martínez Basurto AE, Lozano Arrazola A, Rodríguez Velázquez AL, Galindo Vázquez O, Alvarado Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. Gaceta Mexicana de Oncología [Internet]. Ene - Feb 2014 [Internet];13(01). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-90327879>

(7)Aapro MS. bAdjuvant therapy of primary breast cancer: a review of key findings from the 7th international conference, St. Gallen. The Oncologist [Internet]. 2001 Feb [citado 31 Ago 2015];6(4):376-385. Disponible en: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/6/4/376>

doi: 10.1634/theoncologist.6-4-376

(8) Romaní F, Gutiérrez C, Ramos-Castil J. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). An. Fac. med. [Internet]. Mar 2011 [citado 1 Sep 2015];70(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832011000100005

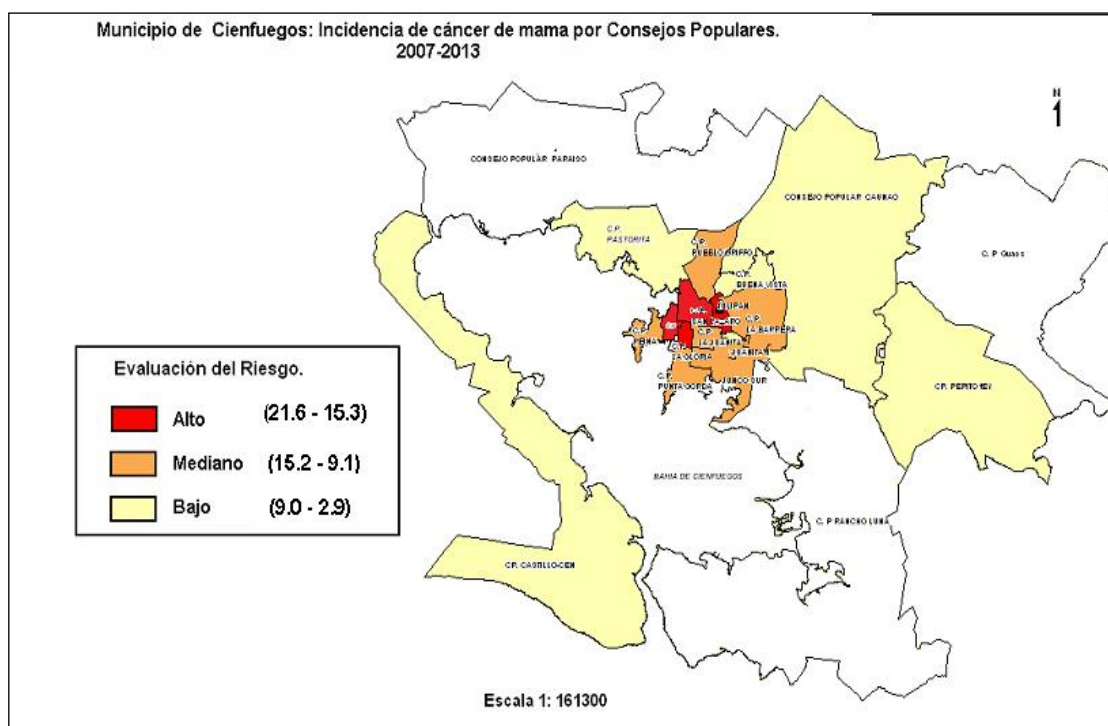
(9) Cancer Facts and Figures 2014 [Internet]. Atlanta: Asociación Americana del cáncer. [Actualizado 12 Ene 2014; citado 18 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/breast-cancer-therapy.pdf>

ANEXOS:

Tabla N° 1: Tasas de incidencia media de cáncer de mama por consejo popular. Municipio Cienfuegos. Años 2007-2013

Consejos populares	Tasa de incidencia media del período
Reina	11,9
Centro Histórico	17,8
Punta Gorda	9,6
Junco Sur	8,1
Juanita-I	7,8
La Gloria	19,9
Juanita-II	6,7
San Lázaro	18,5
Pueblo Griffo	11
Buena Vista	2,9
Tulipán	21,6
La Barrera	9,6
Castillo-Cen	3,1
Pastorita	5,7
Pepito Tey	3,3
Caonao	3,8

Fuente: Registro de cáncer. Dirección Provincial de Salud.



Fuente: Tabla N° 1

Tabla N° 2: Caracterización de pacientes pertenecientes a consejos populares de alto riesgo según variables seleccionadas. Municipio Cienfuegos. 2007-2013.

Variables	No.	%
Pacientes (No.)	35	100
Grupos de edades		
Menos de 30 o 40	1	2,9
41 a 50	1	2,9
51 a 60	8	22,9
61 a 70	11	31,4
71 a 80	8	22,9
81 y más	6	17,1
Sexo		
Femenino	34	97,1
Masculino	1	2,9
Color de piel		
Blanco	22	62,9
No blanco	13	37,1
Estado civil		
Casado	16	45,7
Divorciado	3	8,6
Viudo	9	25,7
Soltero	3	8,6
Unión estable	4	11,4
Consejo popular		
C. Histórico	9	25,7
San Lázaro	8	22,9
La gloria	9	25,7
Tulipán	9	25,7
Ocupación		
Trabaja	9	25,7
No trabaja	26	74,3

Fuente: Encuestas

Tabla N° 3: Pacientes con cáncer de mama pertenecientes a consejos populares de alto riesgo según factores de riesgo primarios. Municipio Cienfuegos. 2007-2013.

Variables	No.	%
Pacientes (No.)	35	100
Antecedentes patológicos personales de Afecciones Benignas de las mamas		
Sí	17	48,6
No	18	51,4
Antecedentes patológicos familiares de Cáncer de Mamas		
Primera línea	15	42,9
Segunda línea	5	14,3
No tiene	15	42,9
Número de partos		
Nulípara	4	11,8
Primípara	6	17,6
Múltipara	24	70,6
Edad del primer parto después de los 35 años		
Sí	3	8,8
No	27	79,4
No procede	4	11,8

Fuente: Encuestas

TITULO: CARACTERIZACION DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA. CIENFUEGOS 2016-2017

AUTORES:

Hilda María Delgado Acosta, jdsalud@ucm.cfg.sld.cu, Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Jefe Departamento Salud Pública, MSc

Sonia Monteagudo Díaz, csi@hecf.cfg.sld.cu, Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Jefe Departamento Control Sanitario Internacional, Cienfuegos, Cuba,

Resumen: Introducción: La introducción de las arbovirosis (chikungunya y zika) ha creado un nuevo desafío para la salud pública en las Américas. **Objetivo:** Caracterizar la enfermedad por virus zika en la provincia de Cienfuegos durante el 2016 y hasta la semana 28 del año 2017. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo. Las unidades de análisis fueron las áreas de salud de Cienfuegos y los 8 municipios de la provincia. Se trabajó con los 614 casos de zika reportados hasta la semana 28 del año 2017. Las variables fueron: semana estadística del reporte, área y municipio de procedencia, focos de *Aedes aegypti*, signos, síntomas y tiempo entre inicio de síntomas, diagnóstico e ingreso. Los resultados se presentan en gráficos y se expresaron en porcentos y tasas. **Resultados:** Se describió un patrón epidémico a partir de la semana 21 del 2017. Los casos se concentraron en la zona urbana del municipio cabecera. El índice de infestación provincial fue de 0,68. Predominó el sexo femenino con un 65,4% y los mayores de 18 años con un 86,2%. Los síntomas más reportados fueron: rash con un 93,4% artralgias y fiebre con un 48,5 y 38,1%. Más del 80% acudió a tiempo a los servicios de salud. **Conclusiones:** La enfermedad mostró un patrón epidémico con afectación en todas las áreas de salud del municipio cabecera y municipios aledaños. La extensión de la enfermedad se relacionó con altos índices de infestación de *Aedes aegypti*. La expresión clínica estuvo acorde con lo descrito en la literatura.

Palabras clave: zika, arbovirosis

INTRODUCCIÓN

El 7 de mayo del 2015 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) alertó sobre la introducción del virus del zika en la Región. Su transmisión local fue confirmada rápidamente en Brasil y a finales de enero del 2016 al menos 28 territorios y Estados Miembros habían confirmado la circulación autóctona del virus; hasta el 24 de febrero, 31 países y territorios habían confirmado la transmisión, y el 21 de abril 35 países y territorios tenían confirmado casos autóctonos. Ya al cierre de marzo de 2017 se habían reportado 4883 casos de zika en 61 países. (1,2)

Han transcurrido diecisiete años dentro del siglo XXI y se continúa fallando colectivamente en la prevención y control de las enfermedades causadas por mosquitos del género *Aedes* dada su extensión constante. Es por ello que observando las epidemias recientes de chikungunya y zika añadido a la continua transmisión de dengue en América Latina, el nuevo grupo técnico asesor de la OMS está buscando nuevas formas de fortalecer los programas de prevención y control en los países afectados.(3)

Existe consenso de expertos sobre la falta de eficacia en las medidas empleadas hasta la fecha para el control del dengue y otras arbovirosis a nivel global y la necesidad de cambiar el paradigma en su enfrentamiento.(4)

La co-circulación de dengue/zika/chikungunya incorpora mayor complejidad al problema, comprometiendo no solo la sociedades actuales (por la carga económica, social y la pérdida de productividad), sino también el futuro por las secuelas y complicaciones. Todo esto se relaciona también con el incremento de casos graves y muertes.

La pandemia explosiva de la infección del virus del zika, es la más reciente de cuatro invasiones inesperadas de enfermedades víricas transportadas por artrópodos en el hemisferio occidental durante los últimos 20 años. La actual epidemia avanza aceleradamente, y el riesgo para los países incluso que no tienen el *Aedes aegypti* se incrementa al detectarse otras vías de transmisión como la vía sexual documentada ya en 13 países en marzo del año 2017. (5-8)

Las actuales epidemias se comportan con un gran número de elementos que interactúan entre sí de forma no lineal e impredecible. Es por ello que el reto principal de los investigadores es capturar los hechos esenciales a partir de una formulación rigurosa que les permita analizar la dinámica temporo-espacial para comprender la aparición, la dispersión de las epidemias y las razones de su distribución geográfica, pero lo más importante es poyar la toma de decisiones para su control con argumentos científicos sólidos.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto se decide realizar la siguiente investigación por encargo de la Dirección Provincial de Salud del territorio con el objetivo de caracterizar la enfermedad por virus zika en la provincia Cienfuegos luego de su introducción.

DESARROLLO

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar la enfermedad por virus zika en la provincia de Cienfuegos durante los años 2016 y hasta la semana 28 del año 2017.

Las unidades de análisis fueron las 8 áreas de salud de Cienfuegos y los 8 municipios de la provincia. Para la caracterización clínica se trabajó con los 614 casos de zika reportados hasta la semana 28 del año 2017.

Se tuvieron en cuenta las tres variables epidemiológicas tiempo, espacio y persona haciendo una caracterización de los casos de acuerdo a la semana estadística del reporte, el área y municipio de procedencia, presencia de focos de *Aedes aegypti*, signos y síntomas de la enfermedad, tiempo entre inicio de los síntomas y primera consulta y tiempo entre primera consulta y el ingreso.

La información se tomó del departamento de estadística del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología y Microbiología (CPHEM) y de la base de datos que contiene la información de las historias epidemiológicas que periódicamente se le realizan al ingreso de los casos que están dispuestas en el departamento de control sanitario internacional de la propia institución.

Los resultados se presentan en gráficos y se calcularon porcentos y tasas de incidencia de la enfermedad por áreas de salud en el municipio Cienfuegos por ser el más afectado.

RESULTADOS

En el año 2016 se introdujo la enfermedad por virus zika en la provincia Cienfuegos, a partir de la semana 34 del mes de agosto, afectando fundamentalmente al municipio cabecera dejando transmisión establecida en las áreas I, II y III donde se reportaron brotes epidémicos.

La ola epidémica del 2016 abarcó 17 semanas dejando una cola que dio paso a la segunda ola de la enfermedad que comenzó en la semana 21 del año 2017 correspondiéndose con el mes de junio y tuvo hasta la semana 28 una duración de 13 semanas. Figura 1

Hasta la semana estadística 13 del año 2017 hubo reporte de casos en todas las semanas describiendo un patrón epidémico a partir de la 21 con afectaciones en los 8 municipios demostrándose una evidente extensión en la transmisión de la enfermedad. Figura 2

La epidemia se concentró en la zona urbana residencial del municipio cabecera con mayor densidad poblacional con condiciones propicias en las viviendas para la proliferación del vector transmisor de la enfermedad (áreas I, II, III, IV, V y VII) con menor incidencia en áreas periféricas (VI y VIII) sin embargo el riesgo ambientales relacionado con la infestación por *Aedes aegypti* mostró gran dispersión en todo el municipio lo cual complejizó el poder cortar la transmisión. Figura 3

Las áreas de salud I, II y III funcionaron como áreas iniciadoras, concentradoras y luego diseminadoras de la enfermedad partiendo de la situación entomológica con elevados índices de infestación por *Aedes aegypti* y además por ser las de mayor densidad poblacional y donde se concentran los comercios más importantes, actividad de cuentapropistas, localización de numerosos centros de trabajo que sirven de fuente de empleo a personas de otros municipios y áreas y la presencia de las terminales marítima, ómnibus, de ferrocarriles y el polo turístico de la ciudad donde existe gran movilidad.

SITUACIÓN ENTOMOLÓGICA

Hasta la semana 28 del año 2017 se reportaron 2422 focos de *Aedes aegypti* con 2771 depósitos positivos en 1039 manzanas. Los focos pertenecieron a los municipios Cienfuegos 1953, Palmira 164, Cruces 73, Lajas 40, Rodas 10, Cumanayagua 143, Abreus 18 y Aguada 21.

En los depósitos positivos predominaron los tanques bajos y los artificiales. El índice de infestación provincial fue de 0,68 favoreciendo la transmisión de la enfermedad.

La mayor infestación por *Aedes aegypti* se encontró en 83 manzanas que habían sido positivas 3 meses o más en el año predominando estas en las áreas I y II que aportaron el 39,7 y un 36,1% de las manzanas reiterativas respectivamente. Todo esto demuestra ineficiencias en las acciones de tratamiento focal de universo fijo, en la labor preventiva vinculada a la comunidad y organizaciones de masas y al funcionamiento de la intersectorialidad.

La presencia de manzanas reiterativas puede deberse además a las características biológicas de los mosquitos pues cada mosquito hembra puede poner más de 400 huevos en cuatro ciclos reproductivos relativamente rápidos y los huevos presentan una particularidad: son capaces de soportar largas temporadas de sequías durante más de un año, hasta que encuentran una pequeña cantidad de agua estancada en la que crecer y convertirse en larva, pupa y mosquito adulto de nuevo. (9,10)

El establecimiento y permanencia del vector también se encuentra en relación con la época del año en que se reportó el mayor número de focos, coincidiendo con un incremento de precipitaciones, altas temperaturas y humedad. Además existen las condiciones materiales

específicas para alcanzar su ciclo de vida y garantizar su supervivencia con la presencia de diversos criaderos en depósitos artificiales y tanques bajos debido al servicio discontinuo de abasto de agua en la población afectada.

CARACTERIZACION DE LOS CASOS CONFIRMADOS HASTA LA SEMANA 28 DEL AÑO 2017

Hasta la semana 28 del año 2017 se habían confirmado 614 casos de zika. Aunque la susceptibilidad para esta enfermedad es general por exposición primera al virus, predominó el sexo femenino con un 65,4% y los mayores de 18 años con un 86,2%.

Del total de casos 115 fueron embarazadas de las cuales 45 presentaron síntomas y 70 asintomáticas positivas por vigilancia (PCR en orina) para un 39,1 y un 60.9% respectivamente. Esto confirma los supuestos para el espectro clínico que según la bibliografía está caracterizado por presentar alrededor del 30% en niños y el 50% en adultos de casos asintomáticos. (8)

El tiempo entre primeros síntomas y la primera consulta fue de menos de 48 horas en el 81,7% de los casos. El tiempo entre los primeros síntomas y el ingreso fue de menos de 72 horas en el 84,6% lo que denota oportunidad de las acciones de salud una vez identificado el febril y la percepción de las personas de la importancia de acudir a los servicios de salud una vez iniciados los síntomas.

El síntoma predominante fue el rash con un 93,4% seguido de las artralgias y la fiebre con un 48.5 y 38,1% respectivamente. Figura 4

Llama la atención la amplia gama de signos y síntomas inespecíficos que tiene esta entidad y que pueden corresponderse con cualquier otra arbovirosis sobre todo dengue y chikungunya de ahí la importancia de establecer el nexo con la epidemiología para el diagnóstico y apoyarse en los estudios de laboratorio. (4, 8)

Se debe aclarar que estos síntomas y signos son advertidos en el momento del ingreso del paciente, situación que puede modificarse en el transcurso de la estadía en aislamiento por lo que deben realizarse investigaciones de serie de casos que documenten toda la sintomatología dada la emergencia de la enfermedad en la provincia.

La sintomatología descrita coincide con los reportes internacionales de la enfermedad. (2,4,5,6,7,8) No hubo casos graves ni complicaciones aunque las embarazadas continuaron seguimiento por genética.

Teniendo en cuenta la transmisión de la enfermedad en Cienfuegos y la situación entomológica y ambiental antes mencionada existen los factores condicionantes para que la epidemia continúe extendiéndose por lo que se recomienda intensificar las acciones de lucha

antivectorial diferenciadas con modificaciones al universo fijo y vigilancia de febriles en todos los municipios.

CONCLUSIONES

La enfermedad durante el período de estudio mostró un patrón epidémico con afectación en todas las áreas de salud del municipio cabecera y municipios aledaños. La extensión de la enfermedad se debió a la presencia de índices de infestación de *Aedes aegypti* elevados acompañados de riesgos ambientales que lo favorecieron. La expresión clínica de la enfermedad estuvo acorde con lo descrito en la literatura. No hubo complicaciones asociadas ni casos graves de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. 158.a Sesión del Comité Ejecutivo Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2016. Punto 4.10 del orden del día provisional CE158/20, Rev. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales [Internet] 2016 [citado 9 Nov 2017] Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11901&Itemid=41978&lang=es

2. Tres enemigos peligrosos la batalla cubana contra el aedes mesa redonda cubadebate. [Internet] 2016 [citado 9 Nov 2017] Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2016/04/07/la-batalla-cubana-contra-el-aedes-streaming/#.WgRHNUAxGKc>

3. Marquetti Fernández MC, Carrazana Trujillo M, Leyva Silva M, Bisset Lazcano J. Factores relacionados con la presencia de *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) en dos regiones de Cuba. *Rev Cubana Med Trop* [Internet]. 2010 Ago [citado 9 Nov 2017]; 62(2): 112-118. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602010000200005&lng=es

4. Organización Panamericana de la Salud. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. 978-ISBN 92-75-31936-9 2016 Publicaciones generales [Internet]. 2016 [citado 9 Nov 2017] Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31448>

5. Fauci A S, Morens D M. El virus del Zika en América: nueva amenaza de un arbovirus [Internet]; 2016 [citado 15 may 2017]. Disponible en: <http://vientosur.info/spip.php?article10989>

6. Pettersson JH, Eldholm V, Seligman SJ, et al. How did Zika virus emerge in the Pacific islands and Latin America. [Internet]. 2016 [citado 9 Nov 2017] ; MBio 2016; 7: e01239–16. Disponible en: <http://mbio.asm.org/content/7/5/e01239-16.full>
7. Yokoyama S, Starmer WT. Possible roles of new mutations shared by Asian and American Zika viruses. Mol Biol Evol [Internet]. 2017[citado 9 Nov 2017] ; 34: 525–34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28087772>
8. Baud D, Gubler DJ, Schaub B, Lanteri MC, Musso D. An update on Zika virus infection Lancet. [Internet]. 2017 [citado 9 nov 2017] ; 4;390(10107):2099-2109. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31450-2. Epub 2017 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28647173>
9. Radiografía del mosquito del zika que tiene en jaque al mundo [Internet]. La habana: CNICM Infomed [Internet] [citado 17 abr 2017]. Disponible en: <http://www.agenciasinc.es/Reportajes/Radiografia-del-mosquito-del-zika-que-tiene-en-jaque-al-mundo>
10. Gutierrez M F. Aedes Aegypti, mosquito transmitiendo más y más virus: el Zika, su cuarto pasajero [Internet] 2016 [citado 2 feb 2017]; Innovación y ciencia. Disponible en: https://innovacionyciencia.com/articulos_cientificos/zika

ANEXOS

Figura 1: Distribución de los casos confirmados de zika. Provincia Cienfuegos 2016-2017 (hasta semana 28)

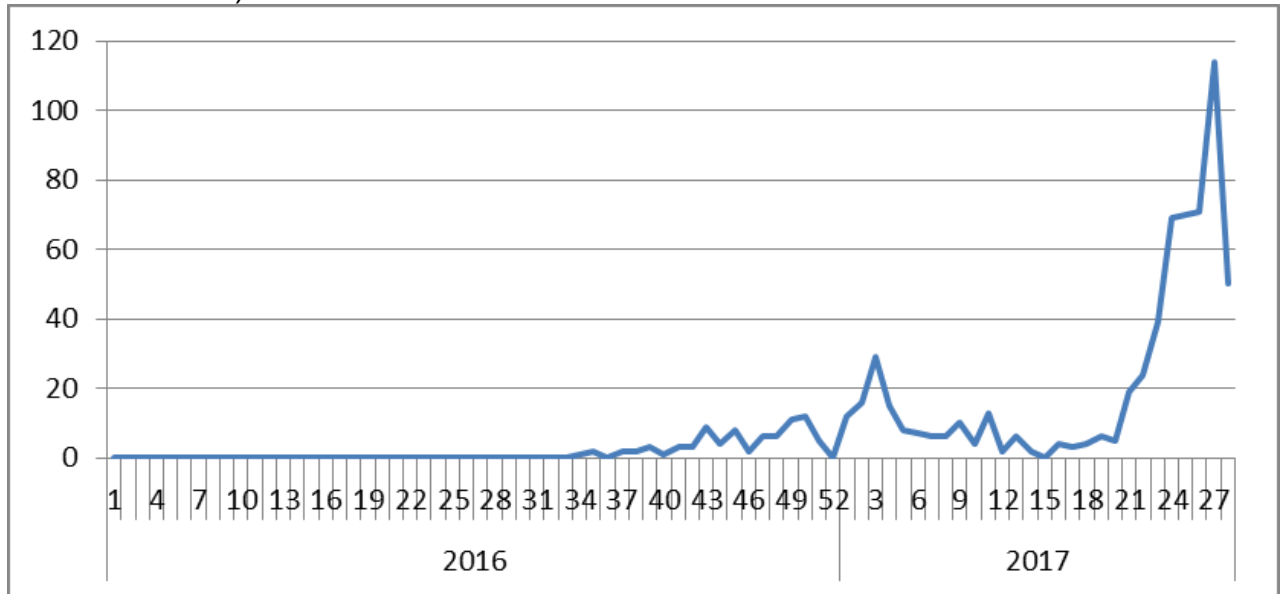


Figura 2: Distribución de los casos confirmados de zika por semana estadística. Provincia Cienfuegos hasta semana 28 año 2017

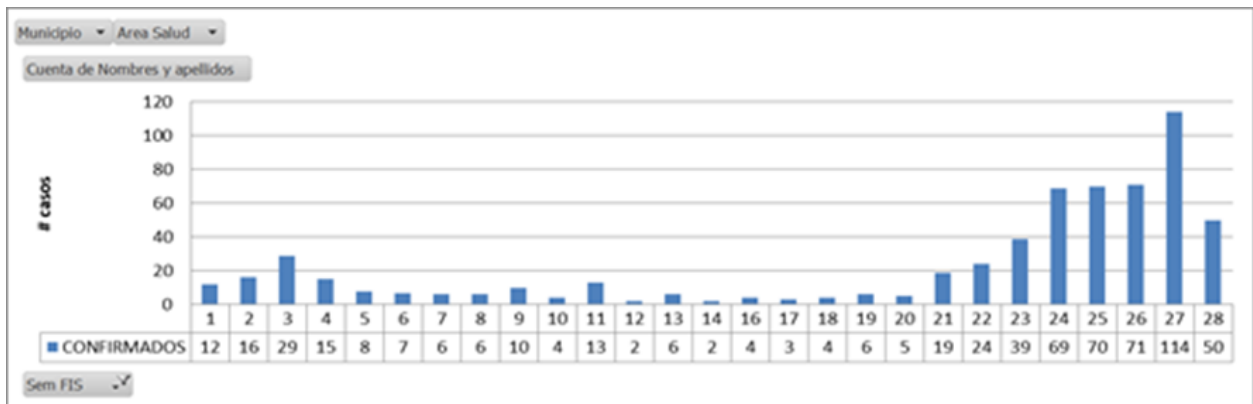


Figura 3: Tasa de incidencia de zika por áreas de salud. Municipio Cienfuegos 2017

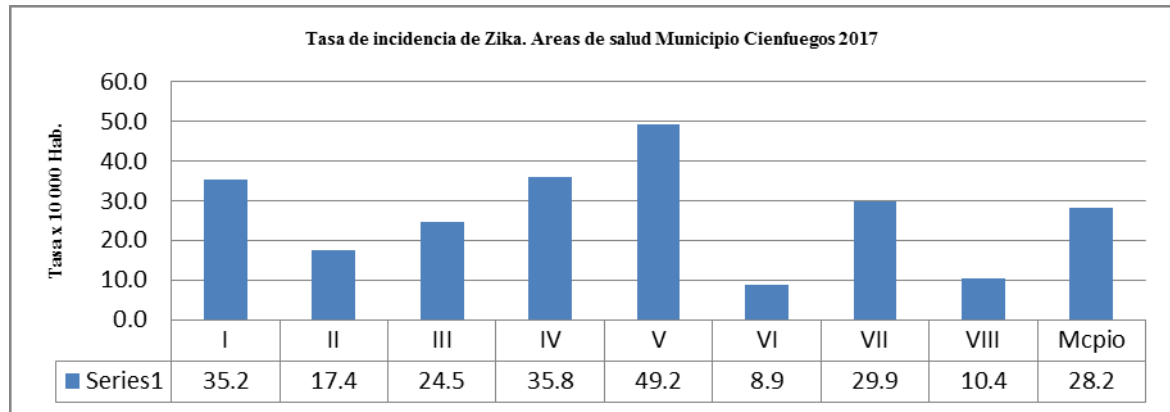
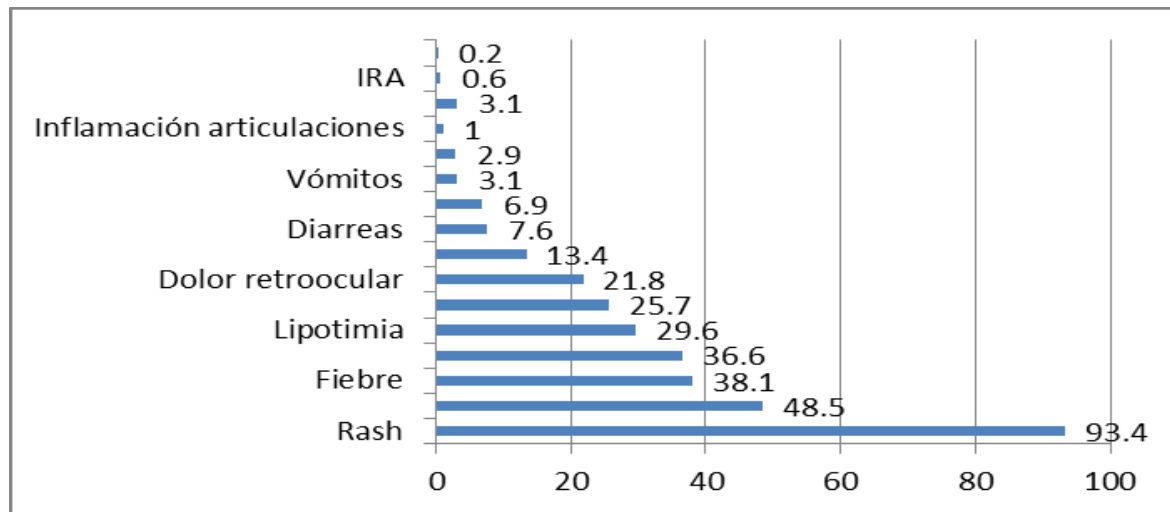


Figura 4: Distribución de signos y síntomas referidos al ingreso



CARACTERIZACIÓN DE LA ETAPA PRE-PROFESIONAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. HOSPITAL PROVINCIAL. CURSO 2016-2017

AUTORES

MSc. Yusleidis Fernández Rabaza. yusleidis.fernandez@gal.sld.cu, Hospital General Docente Universitario “Dr Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

MSc. Ernesto Julio Bernal Valladares. ernesto.bernal@gal.sld.cu, Hospital General Docente Universitario “Dr Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

MSc. Yunia Araña Hernández. yunia.arana@gal.sld.cu, Hospital General Docente Universitario “Dr Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

MSc. Marta Madelin Reyes López. marta.reyes@gal.sld.cu, Hospital General Docente Universitario “Dr Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

MSc. Anaisa Cecilia Del Sol Zerquera. anaisa.delsol@gal.sld.cu, Hospital General Docente Universitario “Dr Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

La Enfermería está reconocida como una ciencia joven, pero las particularidades de la enseñanza de la Enfermería tiene que partir necesariamente del cultivo de una cualidad: la habilidad del cuidado. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, cuali-cuantitativo, teniendo como escenario a los Servicios de ginecobstetricia, clínicos, quirúrgicos y cuidados progresivos clínicos y quirúrgicos, pertenecientes al Hospital Provincial General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima “ de Cienfuegos; entre el 7 de Enero del 2017 a 31 de Mayo del 2017. El Universo de estudio constituido por los 100 estudiantes del 3er año de Enfermería de la Formación Técnica Profesional y la muestra conformada por 65 estudiantes seleccionados de forma no probabilística por un muestreo intencional para el 65%. Se utilizaron los métodos empíricos, teóricos y estadísticos arribando a los siguientes resultados: predominó el sexo femenino, solteros y sin hijos; con una frecuencia entre 1-3 ausencias al área práctica. Los principales errores en el examen práctico fueron el examen físico y las habilidades básicas de enfermería. Las calificaciones más frecuentes fueron 83.5 y 88.5. Se realizó la caracterización del proceso docente educativo en la sede universitaria del Hospital Provincial.

Palabras clave: Proceso, enseñanza, aprendizaje, valores, satisfacción.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería está reconocida como una ciencia joven. En sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión. Las enfermeras centraban su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que habían sido delegados por otros profesionales.^{1,2}

En 1852 Florence Nightingale con su libro "Notas de enfermería" sentó las bases de la enfermería profesional, intentando definir cuál era el aporte específico de la enfermería al cuidado de la salud. Al inicio de la segunda mitad del siglo XX surgen los primeros trabajos teóricos dirigidos a estudiar la enfermería como ciencia y profesión; hasta nuestros días, diversas y numerosas han sido las teorías que contribuyen al desarrollo de la enfermería, en sus diferentes esferas de actuación³

La dialéctica del desarrollo de la profesión ha demostrado que contar con los conceptos fundamentales, que conforman el sustento filosófico y profesional de la ciencia de enfermería, permite un desarrollo profesional acorde con una concepción del mundo, en correspondencia con el contexto socioeconómico y político del país; que se materializa en la cualidad de ser una profesión eminentemente práctica.⁴⁻⁵

Las particularidades de la enseñanza de la Enfermería tiene que partir necesariamente del cultivo de una cualidad de la habilidad del cuidado, es decir, saber satisfacer respuestas humanas generadas por necesidades humanas afectadas; pero que conlleve a su vez el uso de un método científico distintivo que nos diferencie como profesión.

En este sentido en el Programa Curricular norma la materialización de una etapa preprofesional como un período definitorio en la recapitulación, reproducción y consolidación de conceptos, habilidades y desempeños que determinan el cambio del estatus técnico y profesional dentro de las Ciencias de la Salud.⁶⁻⁷

Muchos han sido los programas rectores desde el surgimiento de la Enfermería como ciencia y profesión, criterios validados por la DrC Maricela Torres Esperón cuando defiende entre las funciones cimeras:

1. Prestar y administrar cuidados de enfermería en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, curativos, de rehabilitación o de apoyo a los individuos o grupos.
2. Enseñar a los pacientes o clientes y al personal sanitario.
3. Actuar como un miembro efectivo del equipo de salud.
4. Desarrollar la práctica de la Enfermería basada en un pensamiento crítico y de la investigación.⁸⁻¹¹

De igual manera es la Enfermería una profesión validada según los criterios de según Abraham Flexner pues:

1. Las que implican operaciones esencialmente intelectuales que van acompañadas de una amplia responsabilidad individual.
2. Las que se aprenden en la naturaleza viva y exigen que sus miembros recurran constantemente al laboratorio o a seminarios para enriquecer sus conocimientos.
3. Las que son no solamente académicas y teóricas, sino definitivamente prácticas en sus fines.
4. Las que poseen una técnica capaz de comunicarse a través de una disciplina educacional altamente especializada.
5. Las que están organizadas por sí mismas con actividades, deberes y responsabilidades que obligan totalmente a sus participantes y desarrollan conciencia de grupo.
6. Las que son probablemente más responsables ante el interés público que los individuos no organizados y aislados, y que tienden a estar cada vez más preocupados de la obtención de un fin social.¹²⁻¹⁴

En el marco del XXXIV Aniversario el Hospital Provincial ha jugado históricamente un papel rector en el proceso formativo de pre y postgrado en Enfermería, siendo la educación en el trabajo la forma docente más utilizada en la consolidación y validación de los resultados docentes de nuestros estudiantes de todos los programas formativos de curso regular diurno, para trabajadores y la propia verticalización.

Por todo lo antes expuesto a los autores, nos motivó realizar una evaluación cuali-cuantitativa integral del proceso docente educativo de los estudiantes de Enfermería en la etapa pre-profesional durante sus rotaciones por los diferentes servicios claves Médico Quirúrgicos y Ginecobstétricos. Por lo que planteamos el siguiente problema científico: el desconocimiento de las características de los estudiantes de Enfermería en su etapa pre-profesional durante el curso 2016-2017 en el Hospital Provincial. Nos trazamos como objetivo caracterizar la etapa Pre-Profesional de estudiantes de Enfermería en la sede universitaria Hospital Provincial durante el curso académico 2016-2017.

DESARROLLO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, mixto en los servicios de ginecobstetricia, clínicos, quirúrgicos y cuidados progresivos clínicos y quirúrgicos, pertenecientes al Hospital Provincial General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos, en el periodo comprendido entre el 7 de Enero del 2017 al 31 de mayo del 2017.

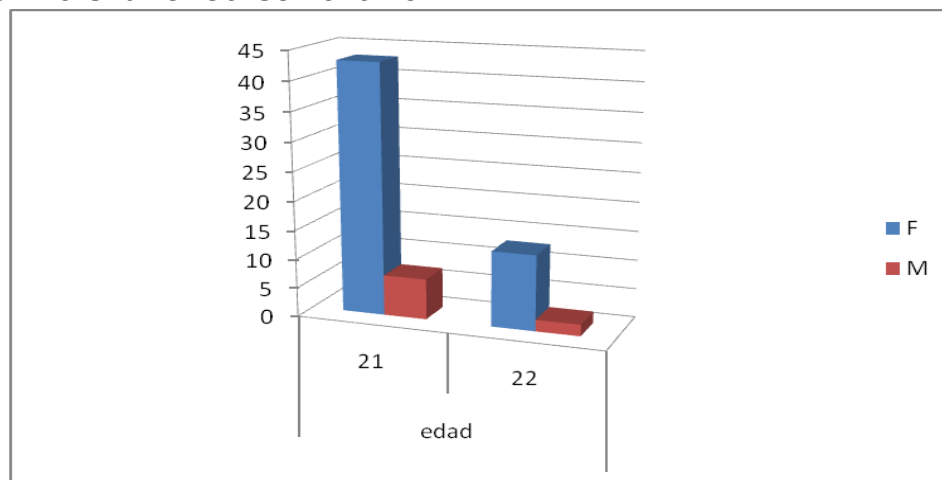
El universo de estudio estuvo constituido por los 100 estudiantes del 3er año de la carrera de Enfermería, tomando como muestra 65 estudiantes seleccionados de forma no probabilística por un muestreo intencional, lo que representó el 65%

Para la recolección de los datos se utilizó el expediente docente acumulativo de los estudiantes, la valoración pedagógica realizada por el profesor guía y el diagnóstico psicopedagógico que consta en su expediente docente, los registros de asistencia de cada servicio donde realizaron la practica preprofesional, así como el modelo de examen práctico estatal para la formación técnica diseñado por el MES para explorar las variables de interés de la investigación; aplicado según método la metodología establecida para ello.

Una vez analizados los objetivos planteados podemos arribar a los siguientes resultados:

Al analizar los resultados del gráfico 1 observamos que prevalece el sexo femenino con 56 estudiantes para el 86.15 % y la edad que predomina es de 21 año.

Gráfico 1. Distribución de estudiantes según sexo y edad. Hospital Provincial General Universitario. Curso 2016-2017.

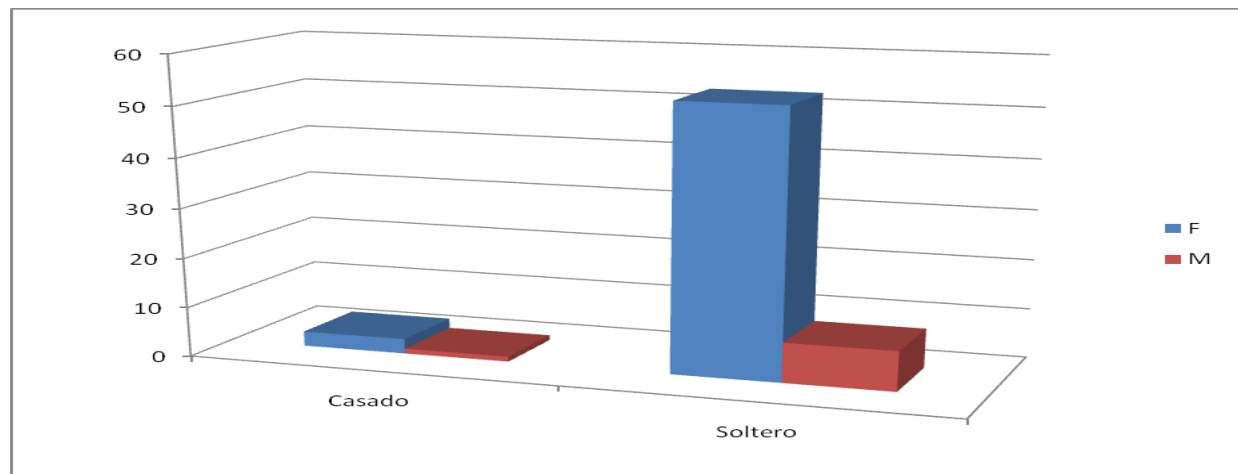


Fuente: Expediente Docente

Estos resultados pueden estar en correspondencia con que el sexo con mayor representatividad históricamente ha sido el femenino y la edad propia para el tipo de curso, en este caso, CRD

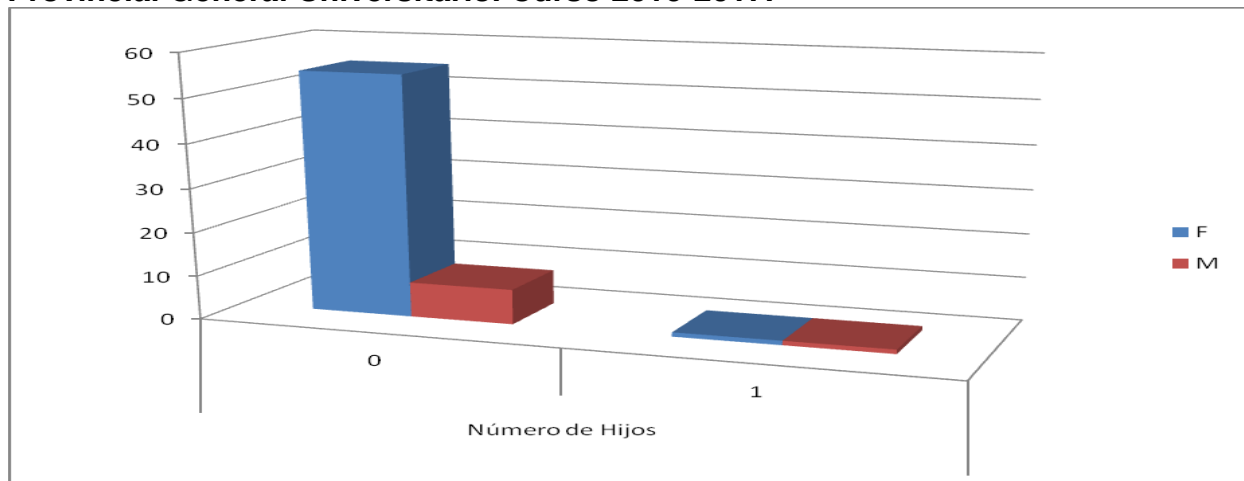
El gráfico 2 nos ilustra que predomina el estado civil soltero y del sexo femenino, propio de la prevalencia en la carrera

Gráfico 2. Distribución de estudiantes según estado civil y sexo. Hospital Provincial General Universitario. Curso 2016-2017



Fuente: Expediente Docente

Gráfico 3 Distribución de estudiantes según número de hijos y sexo. Hospital Provincial General Universitario. Curso 2016-2017.



Fuente: Cuestionario

Estos resultados coinciden con los informes provincial del estudio sociodemográfico existe una marcada prevalencia de las parejas jóvenes en soltero y en unión estable, que además el número de hijos no excede de 2 dadas las actuales circunstancias del efecto económico y en consiguiente influencia en los bajos índices de natalidad de la provincia y el país.

Al analizar las horas de ausencias a las consultas docentes programadas con relación a la adquisición de habilidades de salida técnica de las rotaciones, encontramos en la tabla 4 es representativo en la muestra estudiada presentar ausencias en 37 estudiantes

Tabla 4. Distribución de estudiantes según Ausencias. Hospital Provincial General Universitario. Curso 2016-2017

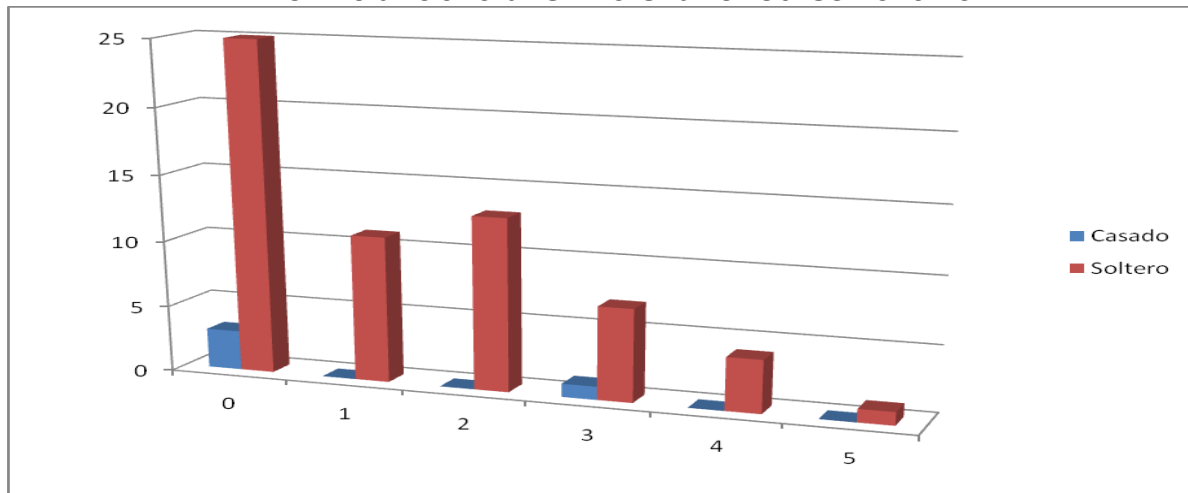
Ninguna	1	2	3	4-5
28	11	13	8	5

Fuente: Registro de asistencia

Cuando revisamos las ausencias y las relacionamos con el sexo observamos en el Gráfico 5 que se ausentan más los solteros que los casados

Otra de las problemáticas a resolver con el papel exigente y la constancia del claustro profesoral son las ausencias a las consultas docentes, pues atendiendo a las particularidades del proceso formativo en la etapa preprofesional la educación en el trabajo facilita la asimilación y consolidación de las técnicas, pero es la consulta docente el momento determinante para aclarar las dudas, rememorar los contenidos de las asignaturas anteriores, analizar en conjunto todas las etapas del proceso de atención de enfermería según las particularidades del paciente y las patologías asociadas, además de constituir el escenario para el trabajo educativo diferenciado en la atención a las brechas docentes, análisis de ausencias y trabajo con los valores.

Gráfico 5. Distribución de estudiantes según Ausencias y estado civil. Hospital Provincial General Universitario. Curso 2016-2017

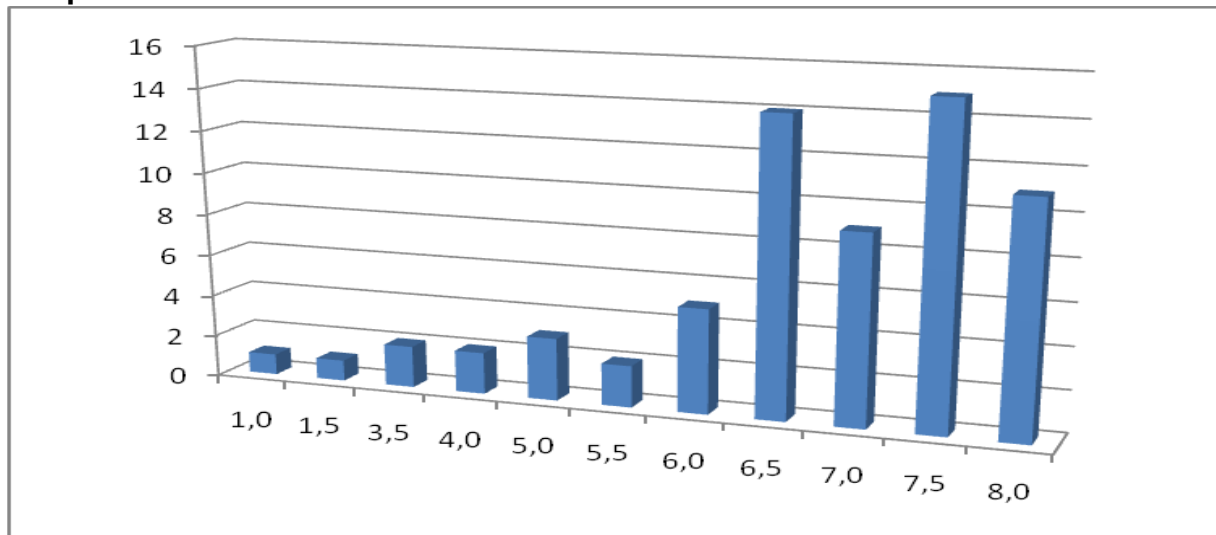


Fuente: Expediente Docente

Vale la pena reflexionar en la importancia de dedicar e intencionar las acciones educativas en función de potenciar mediante las diferentes formas docentes la construcción y consolidación del conocimiento desde la búsqueda activa en fuentes confiables y que obliguen a que los educandos sientan la necesidad de estudiar más por mejor su desempeño técnico y profesional; pero en ello juega un papel

transcendental el claustro profesoral en la organización y planificación de los objetivos estratégicos y el uso de las diferentes fuentes referenciales para con un método activo-pasivo desarrollemos las habilidades y competencias de salida del programa curricular. Realizando una valoración de los errores más frecuentes detectados en la realización del examen práctico estatal, encontramos que las principales dificultades fueron en el Examen físico, en las técnicas y procedimientos, lo que influye en los resultados finales

Gráfico 6. Distribución de estudiantes según calificación en el examen físico. Hospital Provincial General Universitario. Curso 2016-2017.

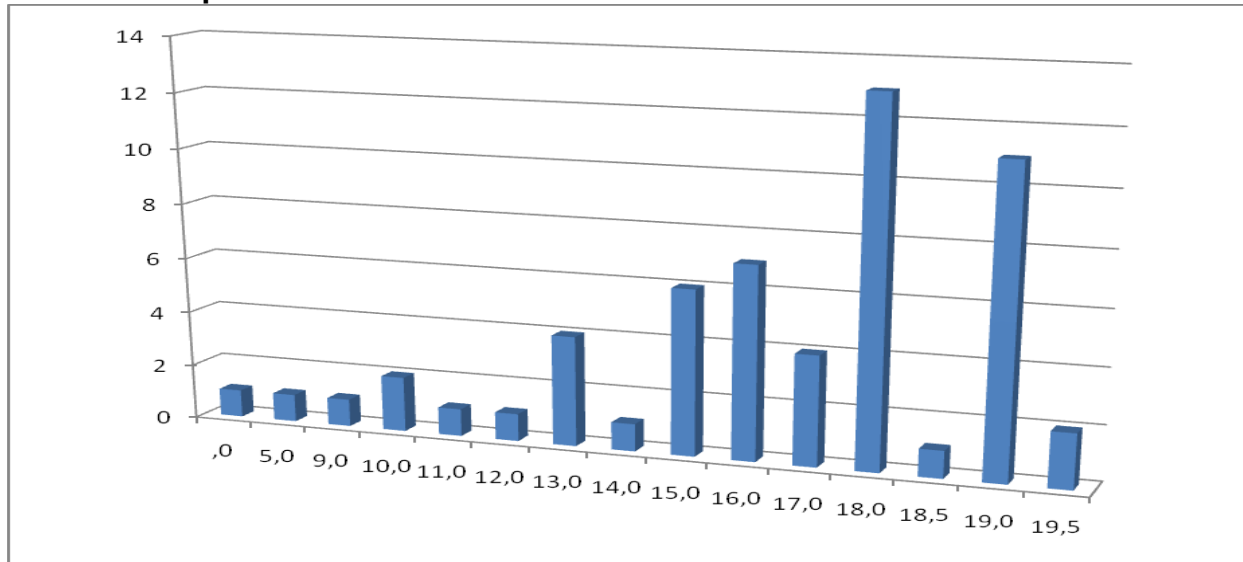


Fuente: Instrumento

El grafico nos muestra que sólo 11 estudiantes obtuvieron la nota máxima en el acápite de examen físico, siendo este el conjunto de maniobras que realiza un médico o enfermero para obtener información sobre el estado de salud de una persona, en muchas ocasiones una correcta exploración clínica, acompañada de una buena anamnesis, ayuda a establecer un diagnóstico sin necesidad de la realización de pruebas clínicas o exploraciones complementarias más complejas y costosas.

A partir de la ejecución de técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia, incluyendo la medicina alternativa, se prepara al estudiante para integrar el equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de las personas, familias y comunidades, permitiéndole cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua respetando sus valores, costumbres y creencias, en el gráfico 7 observaremos las deficiencias al realizar los procedimientos básicos de enfermería.

Gráfico 7. Distribución de estudiantes según calificación en las habilidades básicas. Hospital Provincial General Universitario. Curso 2016-2017

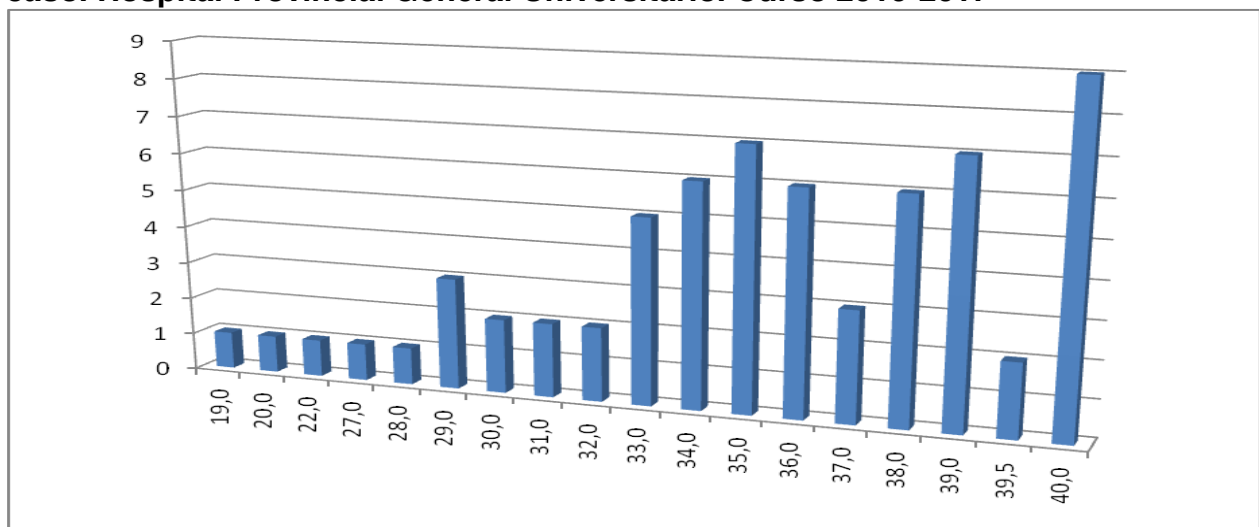


Fuente: Instrumento

Este gráfico nos muestra que la calificación de 18 puntos predominó en los estudiantes, pero hubo 7 estudiantes que obtuvieron menos de 12 puntos que representa el mínimo de esa puntuación, 20.

Este examen estatal consta de un segundo momento que es una presentación de el caso de el paciente que se le asigna al estudiante desde la entrega y recibo del servicio y lo que le permite que integre los conocimientos prácticos con los teóricos a través del Proceso de Atención de enfermería que es el método Científico que utiliza la enfermera En el gráfico 8 apreciaremos las dificultades de este acápite.

Gráfico 8. Distribución de estudiantes según calificación en la presentación del caso. Hospital Provincial General Universitario. Curso 2016-2017



Fuente: Instrumento

En la presentación del Proceso de atención de Enfermería, 9 estudiantes obtuvieron la calificación máxima y sólo 3 Obtuvieron menos de 24 puntos que representa la nota mínima.

La evaluación del proceso docente educativo, teniendo en cuenta los resultados que ilustra el gráfico 9 es representativa las calificaciones de 83.5 y 88.5 con 5 estudiantes para el 7.7% y 32 estudiantes obtuvieron más de 90 puntos para el 43.1%

Para el claustro profesoral de la cátedra nos deja identificados con claridad y transparencia que debemos realizar un mayor número de acciones dentro del programa estratégico para perfeccionar el proceso docente educativo integralmente durante la práctica preprofesional recabando en los aspectos técnicos, lograr la retroalimentación didáctica e instructiva de los contenidos de las asignaturas precedentes y continuar incidiendo en impactar en la definitiva solución de las ausencias

Este resultado nos impone a proseguir trabajando arduamente por mejorar la entrega y el desempeño del claustro profesoral desde los escenarios docentes, pues aunque los estudiantes perciben la adecuada preparación y científicidad de los profesores, los resultados académicos individuales no poseen una correlación directamente proporcional, lo cual denota que existen brechas en los métodos, las vías de control y la exigencia del claustro, independientemente de la responsabilidad individual de los educandos.

CONCLUSIONES

Al evaluar integralmente el Proceso Docente Educativo de la sede universitaria Hospital Provincial podemos señalar que predomina el sexo femenino, con el estado civil soltero y sin hijos. Teniendo en cuenta el número horas ausencias se ausentan más los solteros que casados por el predominio de los solteros. En la presentación de casos predominó la calificación máxima. En la calificación final la nota que predomina es 83.5 y 88.5 puntos

Referencias Bibliográficas:

1. Colectivo de autores. La enfermería una ciencia y un arte. Disponible en: [www//revistacubanaenfermería.sld.cu](http://www.revistacubanaenfermería.sld.cu)
2. Colectivo de autores. Indicaciones Metodológicas Curso 2011-2012. Disponible en: <ftp://ftp.gal.sld.cu/Docencia/>
3. Colectivo de autores. Programa analítico Bases Conceptuales. Disponible en: <ftp://ftp.gal.sld.cu/Docencia/>
4. Colectivo de autores. Programa analítico Enfermería Clínico Quirúrgica. Disponible en: <ftp://ftp.gal.sld.cu/Docencia/>
5. Colectivo de autores. Programa analítico Enfermería Comunitaria. Disponible en: <ftp://ftp.gal.sld.cu/Docencia/>
6. Colectivo de autores. Programa analítico Enfermería de Urgencias. Disponible en: <ftp://ftp.gal.sld.cu/Docencia/>
7. Colectivo de autores. Programa analítico Enfermería Ginecobstétrica. Disponible en: <ftp://ftp.gal.sld.cu/Docencia/>
8. Colectivo de autores. Programa analítico Farmacología I y II. Disponible en: <ftp://ftp.gal.sld.cu/Docencia/>
9. Colectivo de autores. Programa analítico Medios Diagnósticos I y II. Disponible en: <ftp://ftp.gal.sld.cu/Docencia/>

10. Colectivo de autores. Programa analítico Morfofisiología I,II y III. Disponible en: <ftp://ftp.gal.sld.cu/Docencia/>
11. Colectivo Editorial Juventud Rebelde. Una juventud de acero. Abril 2010. Disponible en: www.juventudrebelde.cu. Revisado: 18-2-13
12. Colectivo de autores. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. Editorial PCC.
13. De la Oz, P. Una tarea impostergable. Enero 2011. Disponible en: www.cubadebate.cu. Revisado: 22-5-14
14. García Cuartero, B. En el centro de la diana. Julio 2011. Disponible en: www.perlavisión.cu. Revisado: 22-5-14
15. Barcia, I. Nuestro hospital en su 33. Disponible en: www.perlavisión.cu. Revisado: 22-6-14
16. Colectivo de autores. Objetivos Estratégicos del MINSAP. Disponible en: www.infomed.cu. Revisado 2-6-14

CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS. MUNICIPIO DE CRUCES. 2013 – 2015

Sara Hernández Malpica, sarahm@jagua.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Máster en Salud Pública.

Yaneysi Mora Águila, sarahm@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico Área2, Municipio Cienfuegos, Cuba

Juan Rafael Zerquera Rodríguez, juanrafaelzr@jagua.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba.

María Lina Valdés Gómez, mariavg@jagua.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Máster en Salud Pública.

Leyaní Graciela Díaz Hernández, lexa_diaz@yahoo.es, Editora 5 de Septiembre, Cienfuegos, Cuba, Máster en Inglés.

Resumen: Introducción. La provincia Cienfuegos se encuentra entre las más envejecidas del país con un índice de envejecimiento de un 18 %, siendo Cruces uno de los más envejecidos (20%), en la actualidad la tasa de mortalidad del mismo es superior a la tasa de natalidad. Objetivo, Caracterizar la mortalidad en la población mayor de 15 años del municipio en el trienio 2013 - 2015, materiales y métodos, Estudio descriptivo de corte transversal cuyo universo quedó constituido por todas las defunciones ocurridas en mayores de 15 años entre los años 2013 y 2015. Las principales causas de muerte se seleccionaron al explorar todas las causas de defunción ocurridas en la edad seleccionada; luego de codificadas según la X Clasificación Internacional de Enfermedades y agrupadas convenientemente, resultados: Se evidenció incremento de la mortalidad en el año 2015, siendo las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la influenza y neumonía las primeras causas. Los tumores malignos aportaron las tasas superiores de defunción en el año 2013. El grupo de edad de 65 años y más representó el mayor riesgo de morir en el periodo estudiado. Conclusiones, Cruces se caracterizó por exhibir las mismas primeras causas de muerte que la provincia en las edades superiores a los 65 años. En esta investigación se observó incremento de la mortalidad en la zona rural, a favor de las personas de color de la piel blanca, sin una diferencia importante entre ambos sexos, afectándose más el sexo masculino en la población económicamente activa.

Palabras claves: mortalidad, causas de muerte, tasa bruta de mortalidad, envejecimiento poblacional.

I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad es uno de los componentes fundamentales y determinantes del tamaño y composición de la población. Aunque probablemente es el fenómeno demográfico mejor estudiado, su enfoque global y sobre todo el análisis de sus aspectos específicos, constituyen siempre un problema de actualidad para el médico, el sociólogo, el demógrafo, el economista y el estadista. ⁽¹⁾⁽²⁾

Existe un consenso actual acerca de la mortalidad y la salud de las poblaciones, que entiende ambos fenómenos como resultado de complejas interacciones ambientales, económicas, sociales e individuales.

Se han destacado en el estudio de las estadísticas y dentro de ellos de la mortalidad desde sus inicios, John Graunt, Francois Bossier de Lacroix, William Cullen y William Farr entre otros ⁽³⁾.

Durante toda la historia diez han sido las revisiones detalladas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En Cuba actualmente se maneja la 10ma CIE, utilizando el certificado médico de defunción como fuente básica de información, versión estructurada en 1992 y vigente en el país desde el año 2000⁽⁴⁾

A nivel mundial, en los países de ingresos altos, 7 de cada 10 muertes ocurren en personas de 70 años o más. Las personas mueren principalmente de enfermedades crónicas no transmisibles, es decir, enfermedades cardiovasculares, cáncer, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o diabetes. Las infecciones de las vías respiratorias bajas son la única causa infecciosa de defunción dentro de las diez primeras causas de muerte. Tan solo 1 de cada 100 muertes corresponde a niños menores de 15 años. ⁽⁵⁾

En Cuba, en los últimos 40 años el perfil de la mortalidad general, se ha caracterizado por un amplio predominio de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) como principales causas de muerte. Esto viene evidenciándose desde hace ya cinco décadas en el país en relación con todos los cambios en las esferas sociales, económicas y los cambios radicales en el sistema de salud, de tal manera que se asiste a un patrón de enfermar y morir muy diferente al de países que comparten similar estrato de riesgo, en lo que el sistema socio-político marca la diferencia. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾

En la provincia de Cienfuegos las cinco primeras causas de muerte son producidas en su casi totalidad por las enfermedades crónicas no trasmisibles, exceptuando la cuarta causa de muerte que es la influenza y las neumonías, todas ocasionando una progresiva pérdida de años de vida.

En el Municipio de Cruces, las principales causas de muerte experimentan un proceso muy similar, comparable al de la provincia Cienfuegos y el país en general. Este proceso representa un gran reto en el orden económico, biomédico, social y para la salud pública. Como consecuencia de la probabilidad de vivir más, se impone también conocer cómo llegan al final de sus días la población de Cruces, siendo por tanto necesario un abordaje desde la investigación con el objetivo de caracterizar la mortalidad en las personas mayores de 15 años que residen en este territorio y que han fallecido en los años 2013, 2014 y 2015. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾

II DESARROLLO:

Metodología.

Se trata de un estudio descriptivo correlacional de corte transversal acerca de la mortalidad del municipio de Cruces a partir de los 15 años de edad, por todas las defunciones ocurridas según las principales causas de muerte entre los años 2013 y 2015 en dicho Municipio de la provincia de Cienfuegos. El universo estuvo constituido por los 665 fallecidos intra y extra hospitalarios mayores de 15 años del municipio, en el período enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2015.

Las principales causas de muerte se seleccionaron después de explorar todas las causas de defunción ocurridas en la edad correspondiente; según los grupos considerados en la fuente de información utilizada para la obtención de los datos. De esta forma el primer rango de edad en el análisis fue el de 15 a 29, por cuanto responde a la forma de agrupación de la edad en dichas fuentes (anuario estadístico) y para la edad tope el grupo de 75 y más.

A partir de ello la autora tomando en consideración la X Clasificación Internacional de Enfermedades, las agrupó tal como se ofrece la información en los anuarios estadísticos.

Para el rubro enfermedades del corazón se tomó al infarto agudo del miocardio, edema agudo del pulmón, arritmias cardíacas (fibrilación ventricular, fibrilación auricular) aneurisma aórtico, rotura cardíaca, shock cardiogénico y cardioangioesclerosis. Se incluyeron dentro de las influencias y neumonías las traqueítis, traqueobronquitis, neumonía y bronconeumonías intra y extra hospitalarias. Dentro de los tumores malignos se contemplaron: neoplasia de pulmón, mama, laringe, esófago, gástrico, colon, próstata, linfomas, vejiga, adenocarcinoma de endometrio, tiroides y tumor cerebral. Entre las enfermedades cerebrovasculares se incluyeron las enfermedades vasculares encefálicas isquémicas (ictus aterotrombótico y embólico) y enfermedades vasculares encefálicas del tipo hemorrágicas (hemorragias subaracnoideas, cerebromeningeas e intraparenquimatosas) y causas traumáticas como fracturas de la base del cráneo, hematomas subdural y epidural. Se incluyeron dentro de las enfermedades crónicas del aparato respiratorio la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la bronquitis crónica y la fibrosis quística, todas ellas en una fase final de insuficiencia respiratoria aguda que produjo la causa de muerte.

Estas causas se analizaron según sexo, grupos de edad y área geográfica de residencia, color de la piel y defunciones en edad económicamente activa.

Las fuentes de Información utilizadas fueron las tablas de salida de mortalidad de la Dirección Provincial de Estadística (Anuarios Estadísticos) y los de la Oficina de la dirección Municipal de Estadísticas de Cruces.

Se calcularon las tasas brutas de mortalidad para cada uno de los años, tasa específica para el color de la piel y la población económicamente activa, así como la proporción de defunciones según edad y sexo para cada uno de los grupos seleccionados La edad tope correspondió a los 75 años y más. Para el análisis de la mortalidad según las variables situación geográficas urbana y rural, población económicamente activa fue utilizada como referencia la considerada en los anuarios estadísticos nacionales.

Resultados y discusión: El municipio de Cruces cuenta con una extensión territorial de 193,35 Km², con una densidad poblacional de 159,2 habitantes por Km², con una población total de 30775 habitantes, de ellos 15749 del sexo masculino y 15026 del femenino. Según la ubica-

ción geográfica el municipio cuenta con una población urbana de 21321 y rural de 9454. Una población en edad laboral de 19515 individuos, de ellos 10514 son hombres y 9001 mujeres. Según color de la piel existen 23893 de color de la piel blanca, 2234 de color de piel negra y 4814 mestizos, según datos obtenidos del Censo de Población del 2012. Dicho municipio muestra un índice de envejecimiento de 21,0 % de su población mayor de 60 años⁽⁹⁾.

En el trienio estudiado hubo un total de 665 fallecidos para una tasa de mortalidad de 8.9 por cada 1000 habitantes. Ocupando la primera causa de muerte las enfermedades del corazón con tasa de 2.8 por cada 1000 habitantes. Seguidas de los tumores malignos con tasa de 2.2 por cada 1000 habitantes. La tercera posición la ocuparon la influenza y neumonías donde se incluyen las neumonías adquiridas en la comunidad y las intrahospitalarias con tasa de 1.8 por cada 1000 habitantes. Las enfermedades cerebrovasculares ocuparon la cuarta causa con tasa de 1.2 por cada 1000 habitantes. Las crónicas respiratorias se mantuvieron en la quinta causa de muerte con tasa 0.9 por cada 1000 habitantes.

De acuerdo con las tasas brutas de mortalidad, las principales causas de muerte en el trienio estudiado 2013-2015, el año 2015 de forma general presentó las mayores tasas con 9,5 por cada 1 000 habitantes seguido por el año 2013 y 2014 con 8.6 y 8.5 respectivamente, como puede apreciarse en la tabla 1.

El mayor número de fallecidos correspondió al rango de edad de 75 años y más con un 59.5%, seguido del grupo de 60 a 74 años y el de 45 a 59 años con un 29.6 y 8,1 % respectivamente; no se representan en tabla las defunciones del grupo de edad de 15 a 29 años por el reducido número de fallecidos (4 para una tasa de 0,6, 2 por tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares respectivamente) como puede apreciarse en la tabla 2. Estos resultados eran de esperar por ser este el grupo de mayor edad en uno de los municipios más envejecidos de la provincia y el país. En cuanto al análisis porcentual por causas de muerte según edad, nótese que las enfermedades del corazón, las influencias y neumonías, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y las crónicas respiratorias alcanzan mayores proporciones en las edades de mayor rango. De las defunciones por enfermedades del corazón el grupo que más fallecidos aportó fue el de 75 años y más con un 60,6 % del total de fallecidos por esta causa, seguido por los de 60 a 74 años y 45 a 59 años con un 27,9 y 8,0 % respectivamente.

La media y la mediana de la edad están por encima de los 50 años siendo el grupo de 75 y + años el de mayor prevalencia, coincidiendo con lo reportado por la literatura⁽¹⁰⁾

Las enfermedades del corazón como la Cardiopatía Isquémica en su principal manifestación, se incrementan en la misma medida que aumentó la edad, siendo los grupos más afectados los mayores de 65 años, lo cual no difiere de lo reportado por algunos autores, los cuales refieren que las enfermedades del corazón tienden a presentarse a partir de la quinta década de la vida y aumentan su frecuencia con la edad y con la coexistencia de factores de riesgo. En los EU, en un análisis del Cardiovascular Health Study en 4 842 individuos residentes en una comunidad y con edades comprendidas entre los 66 y los 103 años, la prevalencia de insuficiencia cardiaca fue del 8,8% y aumentaba con la edad, particularmente en las mujeres. Así, en mujeres de 65-69 años era del 6,6% y pasaba al 14% en mujeres mayores de 85 años. Cuba muestra una pirámide poblacional envejecida, con lo que podemos esperar un aumento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se

encuentran las enfermedades del corazón y entre ellas su principal componente, la cardiopatía isquémica.^{(11) (12) (13) (14)}

Es conocido que el cáncer es una enfermedad relacionada con el envejecimiento, pero resulta alarmante que en el transcurso de los últimos años los tumores son una causa importante de mortalidad prematura en ambos sexos. Este rápido ascenso de los tumores como causa de muerte prematura en la población adulta está asociado, entre otras causas, a estilos de vida inadecuados.

Teniendo en cuenta que la esperanza de vida de la población cubana alcanza los 78 y 80 años para los hombres y las mujeres respectivamente, es acertado considerar que en Cruces se experimenta una mortalidad prematura también por esta causa.⁽¹⁵⁾

Las enfermedades no transmisibles han acaparado las primeras causas de muerte sobre todo en la población de edad superior a 50 años en ambos sexos, en todo el mundo y Cuba no escapa a esta situación, con desventajas para los hombres respecto a las mujeres. Atendiendo a las principales causas de mortalidad según color de la piel en el municipio de Cruces trienio 2013-2015 observamos que en todos los fallecidos mostró un predominio amplio la población de color de piel blanco. De la misma manera por enfermedades del corazón en este trienio murieron más personas de color de la piel blanca para una tasa de 10,4 por cada 1000 habitantes, mientras que para las de color de piel negra y mestiza corresponden tasas de 5,8 y 4,1 por cada 1000 habitantes respectivamente, aspecto algo controvertido si tenemos en cuenta que uno de los factores que conducen a las enfermedades del corazón es la hipertensión arterial y en estudios numerosos se invoca la relación de la hipertensión con las personas de color de piel no blanca.

Las defunciones por tumores malignos mostraron tasas de 8,3 para las personas de color de piel blanca por encima de la mestiza con 2,9 y la negra con 0,6 por cada 1000 habitantes.

Por su parte la influenza, neumonías y las enfermedades crónicas respiratorias mostraron iguales resultados a los anteriores con mayores tasas en las personas de color de piel blanca; no así, las enfermedades cerebrovasculares que predominaron en las de color de piel negra con tasas de 4,9 por cada 1000 habitantes seguidas de la blanca y la mestiza con tasas de 4,5 y 0,8 por cada 10000 habitantes respectivamente, aspecto que sí puede estar relacionado con el hecho de que generalmente está como precedencia la hipertensión arterial.

El color de la piel es una de las variables menos estudiadas en el mundo, entre otras razones por la ausencia de este dato en los modelos estadísticos de recogida de la información continua y por la poca importancia que se le atribuyen al comportamiento de esta variable.

La dificultad metodológica propia de la recogida de este tipo de información, implica en la mayoría de las ocasiones sesgos atribuibles a la persona que clasifica. No obstante, la inclusión del dato del color de la piel en los certificados de defunción en el año 2003 permitió por primera vez profundizar en las diferencias de mortalidad observadas en la población cubana según dicha variable.

En Cuba el color de la piel, es una característica que marca diferencias en el modo de morir de la población. Actualmente los estudios socio-antropológicos se refieren al constructo etnicidad, en la que cada grupo presenta junto al biotipo, determinados comportamientos relacionados con la subjetividad (representaciones, creencias, sentidos y significados que constituyen su mundo simbólico) lo que evidentemente contribuye a las formas de subjetivizar la

enfermedad y los momentos finales de la vida.⁽¹⁶⁾En el año 2014 se realizó un estudio en las provincias orientales donde se obtuvieron resultados diferentes, mostrando desventaja en términos de mortalidad para la población no blanca de esta región y una mayor sobrevivencia a partir de un límite de edad generalmente avanzada y que efectivamente, son aspectos que en muchos casos escapan al efecto nivelador que pueda proveer un sistema de salud como el cubano.

El rol actual del color de la piel como marcador de riesgo diferencial frente a la muerte muestra cuánto pesa la inercia tozuda de la historia y de una cultura ancestral sobre la dinámica de las poblaciones humanas en general y de las poblaciones no blancas en el país, dejando una huella indeleble en valores, construcciones sociales y los comportamientos de los individuos, muy a pesar de los esfuerzos neutralizadores de tal desigualdad que se han realizado en los últimos cincuenta años.⁽¹⁶⁾

En la actualidad según la tendencia de la mortalidad de Cuba, en Cruces en particular se hace necesario reflexionar sobre el comportamiento de estas variables que pueden influir en el desarrollo de las poblaciones, en especial la forma en que se enferma y muere la población económicamente activa que es la base del sustento de las poblaciones.

En este municipio, las principales causas de muerte en la población económicamente activa (MPEA) y sexo, de forma general es evidente que los mayores valores de MPEA en el período analizado le corresponden a los tumores malignos y enfermedades del corazón para un 29,8 y 29 % respectivamente del total de las principales defunciones en el trienio. Predominó el sexo masculino para un 51,9% del total de las principales causas de defunciones estudiadas.

En cuanto a los tumores malignos, la mayor parte de las defunciones ocurrieron en el sexo femenino para un 24.5 % mientras que el sexo masculino solo tuvo un 11.7 % de los fallecidos por esta causa.

Las muertes por enfermedades del corazón en la población económicamente activa (MPEA), estuvieron protagonizadas por el sexo masculino para un 21.5% respecto al sexo femenino con un 13.7% de las principales defunciones. En cuanto al resto de las causas predominaron ampliamente el sexo masculino sobre el femenino.

Los resultados de este estudio evidencian la diferencia en la magnitud de este problema respecto al análisis por sexo, expresado en una mayor afectación de los hombres, en relación con las mujeres.

Un estudio realizado en la provincia de Camagüey por Castañeda Abascal I, y colaboradores, muestra que de las cinco primeras causas de mortalidad estudiadas, fueron los accidentes además de las lesiones autoinfligidas y los suicidios, los que más MPEA aportaron, resultados que no coinciden con la presente investigación. En otra investigación realizada en México entre los años 2001 y 2010, se encontraron resultados muy similares a los del actual estudio, no obstante se tienen en cuenta las diferencias en la metodología empleada y el contexto social; en dicho estudio son las enfermedades del corazón una de las que más MPEA aporta a la mortalidad, le siguen en orden descendente las enfermedades cerebrovasculares la influenza y neumonía.

En otra investigación, sobre la mortalidad en el municipio La Lisa durante el trienio 1996 – 1998, sus autores obtuvieron de forma general resultados muy similares a los del presente

estudio, donde coinciden las dos primeras causas que más MPEA aportan son tumores malignos y enfermedades del corazón, la mortalidad por accidentes ocupó el tercer lugar a diferencia de la investigación que nos ocupa, en la cual fueron las influenza y neumonía las que aparecieron en dicha posición.

A nivel nacional el comportamiento de los MPEA por las causas estudiadas es muy similar a la del presente estudio, siendo los tumores malignos y enfermedades del corazón las causas que más aportan a nivel de país y coincide en ser el sexo masculino el más afectado.^(1,17)

Al analizar la mortalidad según el lugar de residencia y las cinco principales causas, observamos que se duplican las tasas en la zona rural con respecto a la urbana, mostrándose como la primera causa de muerte en dicha zona las enfermedades del corazón con 14,9 por cada 1000 habitantes, seguidos de la influenza y la neumonía con 10,7 por cada 1000 habitantes. En la tercera causa de muerte aparecen los tumores malignos con 9,9%. Ocuparon la cuarta y quinta posición las enfermedades cerebrovasculares y crónicas respiratorias con un 6,2 y 4,5 por cada 1000 habitante respectivamente. Esto pudiera estar relacionado con la demora en recibir atención por espera del propio paciente y sus familiares, en asistir en primera instancia a los servicios de salud más cercanos. Por otra parte, es de señalar cierto desconocimiento de los riesgos u otras razones subjetivas. Son estos generalmente los de menor nivel educacional y por ende los que presentan mayor prevalencia de enfermedades del corazón debido a que perciben en menor grado los mensajes educativos, los menos adheridos a tratamientos y que presentan un menor control de su HTA. Dato este que coincide con otros estudios realizados, con algunas variaciones según sexo.⁽¹⁸⁾

La bibliografía internacional describe una relación muy fuerte entre el riesgo de enfermar y morir por cáncer y el nivel socioeconómico en que se desenvuelve el que lo padece. La observación de la distribución de tasas de incidencia entre áreas urbanas y rurales, ha mostrado un predominio en zonas metropolitanas, seguido de áreas suburbanas.⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

El ascenso de la mortalidad por Tumores Malignos pudiera ser un problema más serio en el futuro en Cuba, dado el proceso de envejecimiento de la población cubana. Este proceso de envejecimiento implicará una mayor demanda de recursos humanos, materiales y financieros para el tratamiento de esta enfermedad, así como para la ejecución de acciones de prevención. Por otro lado, a pesar de que en el mundo se han observado enfermos por estas patologías, numerosas investigaciones refieren que en algunas regiones se registran con más frecuencia que en otras por lo que el conocimiento de la distribución geográfica del riesgo de morir por cáncer, permite establecer políticas de salud en la atención de esta enfermedad, lo cual puede contribuir a establecer las prioridades necesarias dentro del Programa Nacional de Control de Cáncer.⁽²⁰⁾

La descripción en términos geográficos se ha concentrado también en las diferencias regionales dentro de un mismo país, observándose para muchas neoplasias malignas, distribuciones muy peculiares que han permitido plantear hipótesis etiológicas que expliquen tales variaciones.

CONCLUSIONES.

Teniendo en cuenta la relación dialéctica entre problema, objetivos y la metodología utilizada; en el trienio estudiado la población de Cruces se caracterizó desde el punto de vista de la mortalidad, por exhibir las mismas primeras causas de muerte que la provincia en las edades superiores a los 65 años. En esta investigación se observó además un incremento de la mortalidad en la zona rural, en las personas de color de la piel blanca, sin una diferencia porcentual importante entre ambos sexos.

Las tasas de mortalidad más altas de la población económicamente activa se observaron en el sexo masculino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. *Castañeda Abascal, I y Pérez Cedrón r2* Mortalidad según causas de muerte en la población de 15 a 59 años. Provincia Camagüey, 1980 a 1991 Rev Cubana Salud Pública v.24 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 1998 on-line consultada 7 de mayo de 2015.
2. Corral Martín I; Ileana Elena Castañeda Abascal II; Manuel Barzaga Torres III; María Cecilia Santana Espinosa Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. Rev Cubana Salud Pública v.36 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2010 on-line consultadas 7 de mayo de 2015.
3. Sol de Mora M. Antecedentes históricos de la Estadística. 2011. Facultad de matemática en el país de Vasco. 2012[cited 11 May 2017]; Available from https://www.ecured.cu/John_Graunt
4. Gallardo U. Impacto de la Mortalidad por Enfermedades Vasculares Periféricas, Cuba 2012. Rev Cubana Angiol Cirugía Vas [citado 2012 Sep 30];6(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol6_1_05/ang01105.htm
5. WHO List of priority medical devices for cancer management. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. Ríos Massabot NE, Tejeiro Fernández A. Evolución de la Mortalidad en Cuba. Un trienio de cada década del Período Revolucionario. Rev Cubana Med Gen Integr 2013; 3(supl):
7. Torres R.M, Gran M.A. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2013 Sep [citado 2013 Sep; 30];29(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300002&lng=es
8. Documentos de mortalidad del Departamento Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud en Cienfuegos. Años 2013-2015
9. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2013[Internet]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2013[citado: 24 Oct 2015].
10. Ramos BN, Méndez G. Comportamiento de factores de riesgo en las enfermedades del corazón y cerebrovascular. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2012;44(3).
11. WHO: Prevention of cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, World Health Organization, 2013

12. D'Agostino R, Grundy S, Sullivan L. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic group's investigation. JAMA. 2012; 286:180-7.
13. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S. Effect of potentially modifiable risk factor associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART): case-control study. Lancet. 2013; 364:937-52.
14. OPS. Estadísticas de Salud en las Américas. Washington 2013
15. Domínguez E, Seuc A, Galán Y. Años de vida saludable perdidos por cáncer de pulmón en Cuba en años seleccionados. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 15 Mar 2013];37(4)
16. Albizu-Campos Espineira, J.C y Cabrera Marrero, F. La mortalidad en Cuba según el color de la piel. Rev Nov Pob [online]. 2014, vol.10, n.20 [citado 2017-04-08], pp. 31-61
17. López Nistal L, Gran Álvarez A.M, Martínez López L. Mortalidad de los cubanos en edad laboral según sexo. Rev Cubana Salud Pública vol.40 no.1 Ciudad de La Habana enero-mar 2014
18. Beltrán EM., Vázquez D.R, Peña A. El cáncer, una epidemia silenciosa. INFOCIENCIA. 2014;18(1):328-67
19. Ramos BN, Méndez G. Comportamiento de factores de riesgo en las enfermedades del corazón y cerebrovascular. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2012;44(3).
20. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC). Registros de Cáncer: Principios y Métodos. Lyon, Francia: IARCPress;2013. IARC Publicaciones Científicas

ANEXOS

TABLA # 1 Principales causas de muerte.Municipio Cruces. 2013-2015

Causas/Años	2013		2014		2015		Total	
	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa
Enfermedades del corazón	62	24.1	71	31.3	78	29.9	211	81.8
Tumores malignos	71	27.5	32	14.1	58	22.2	161	62.4
Influenza y Neumonías	1	0.4	56	24.7	78	29.8	135	52.3
Enfermedades cerebro vasculares	51	19.8	16	0.4	19	7.3	86	33.3
Crónicas Respiratorias	38	14.5	17	7.5	17	6.5	72	27.9
Total	223	86.5	192	84.6	250	95.7	665	258

Fuentes: Registros de estadísticas vitales provincial y municipal
. Anuarios estadísticos de salud 2014 y 2015

TABLA # 2.

Principales causas de muerte según edad. Municipio Cruces, 2013-2015

Causas/edad	30 a 44		45 a 59		60 a 74		75 y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Enfermedades del corazón	7	3.3	17	8.0	59	27.9	128	60.6	211	28.5
Influenza y Neumonías	3	2.2	6	4.4	33	24.4	93	68.9	135	18.2
Tumores malignos	2	1.2	22	13.7	63	39.1	72	44.7	161	21.8
Enfermedades cerebro vasculares	1	1.2	4	4.6	26	30.2	53	61.6	86	11.6
Crónicas Respiratorias	1	1.4	5	6.9	16	22.2	50	69.4	72	9.7
Total	14	2.1	54	8.1	197	29.6	396	59.5	665	100

TABLA # 3 Causas de muerte según color de la piel. Municipio Cruces. 2013 - 2015

Causas/color de la piel	Blanca		Negra		Mestiza	
	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa
Enfermedades del corazón	163	10.4	28	5.8	20	4.1
Tumores malignos	131	8.3	16	0.6	14	2.9
Influenza y Neumonías	110	7.0	13	5.8	12	2.5
Enfermedades cerebrovasculares	71	4.5	11	4.9	4	0.8
Crónicas Respiratorias	61	3.9	6	2.7	5	1.0
Total	536	34.2	74	33.1	55	11.4

TABLA # 4 Causas de muerte en la población económicamente activa. Municipio Cruces.

Causas/sexo	Masculinos de 17 a 59		Femeninas de 17 a 54		Total	
	No	%	No	%	No	%
Enfermedades del corazón	22	21.5	14	13.7	36	29.0
Tumores malignos	12	11.7	25	24.5	37	29.8
Influenza y Neumonías	9	8.8	6	5.8	15	12.1
Enfermedades cerebrovasculares	6	5.8	2	1.9	8	6.4
Crónicas Respiratorias	4	3.9	2	1.9	6	4.8
Total	53	51.9	49	48.0	102	100

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA PROVINCIA CIENFUEGOS, 2013-2015

AUTORES:

1. Ling Denisse Santeiro Pérez, lingsp@jagua.cfg.sld.cu, Dirección Municipal de Salud Rodas, Cuba, Subdirectora Municipal de Salud Rodas.
2. María Lina Valdés Gómez, mariavg@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos, Cuba.
3. José Aurelio Díaz Quiñones, jadiaz.ssp@infomed.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos, Cuba, Doctor en Ciencias
4. Julio César Díaz Marrero, bioestadistica@dps.cfg.sld.cu, Dirección Provincial de Salud, Cienfuegos, Cuba.
5. Leticia Castro Morejón, leticiacm@jagua.cfg.sld.cu, Centro provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cienfuegos, Cuba.

Resumen:

Introducción: los datos de mortalidad no solo representan las herramientas para evaluar el riesgo de muerte en una población y la repercusión de las enfermedades en la salud, sino también la gravedad de las mismas y la sobrevivencia experimentada por la población. Objetivo: caracterizar la mortalidad en la provincia de Cienfuegos en el trienio 2013-2015, según variables clínico-epidemiológicas seleccionadas. Método: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. El universo estuvo constituido por los 10 558 fallecidos del período en estudio, describiéndose la mortalidad según variables clínico epidemiológicas seleccionadas. Los datos fueron obtenidos del sistema automatizado Mortapro y Mortagen del departamento provincial de registros médicos y estadísticas de la dirección provincial de salud. Se calcularon tasas trienales. Resultados: hubo un incremento de la mortalidad general en un 3,4% en el período estudiado y una sobremortalidad masculina. Las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la influenza y neumonías y los accidentes ocuparon las primeras causas de muerte respectivamente. La mortalidad en el menor de un año estuvo relacionada con las afecciones originadas en el período

perinatal y dentro de ellas las hemorragias intraventriculares. Las muertes maternas fueron por causas directas. Las principales causas de muerte en el mayor de 60 años se corresponden con las principales causas de muerte en general. Conclusiones: en la provincia de Cienfuegos ha existido un incremento de la mortalidad en el período estudiado.

Palabras clave: mortalidad, tasas, Cienfuegos.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad es uno de los componentes fundamentales y determinantes del tamaño y composición de la población. Desde épocas antes de cristo se hablaba del control del proceso de enfermedad y muerte en diferentes países como en China, Egipto y Roma. (1)

Durante toda la historia diez han sido las revisiones detalladas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En Cuba actualmente se utiliza la 10^{ma} CIE y problemas relacionados con la salud, utilizando el certificado médico de defunción como fuente básica de información, versión estructurada en 1992 y utilizada en el país desde el año 2000.

Según datos ofrecidos por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cáncer es la principal causa de mortalidad a escala mundial, seguirán aumentando y pasarán de los 11 millones en el año 2030. (2)

En Cuba, en los últimos 40 años el perfil de la mortalidad general, se ha caracterizado por un amplio predominio de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) como principales causas de muerte. (3)

Existen limitaciones respecto a estudios sobre mortalidad. Los mismos se han realizado desde diferentes aristas y enfoques metodológicos, por lo que se hace notorio realizar esta investigación desde una perspectiva holística, sistémica con valoración de sus posibilidades predictivas con el objetivo de caracterizar la mortalidad en la provincia de Cienfuegos en el trienio 2013-2015 según variables clínico-epidemiológicas seleccionadas.

DESARROLLO

El análisis de las defunciones ocurridas en el trienio 2013-2015 según sexo, muestra que en el año 2013 hubo una tasa de mortalidad de 8,4 por cada 1000 habitantes, en el año 2014 y 2015 fue de 8,7 y de 9,0 por cada 1000 habitantes respectivamente. La sobremortalidad masculina fue evidente en los tres años estudiados, siendo superior en el año 2015 donde por cada 1000 mujeres murieron 1291 hombres. (Tabla 1)

En Cuba al cierre del año 2015 la mortalidad general del país continuó incrementándose en un 4,4% con relación al año 2013; hubo 92 270 fallecidos en el año 2013 y 96 328 en el 2014 (4 mil 58 fallecidos más por todas las causas). De igual manera predominó el sexo masculino con un incremento en un 8% de los fallecidos en el año 2015 con respecto al año 2013. (3), (4), (5)

Según la OMS Argentina, México y Estados Unidos donde hubo tasas de mortalidad de 6,2; 6,0 y 4,8 por cada 1000 habitantes respectivamente presentaron tasas de mortalidad inferiores a la nuestra. (6)

Los factores sociales refuerzan la ventaja biológica de las mujeres, ya que los hombres resultan más expuestos a factores de riesgo, al mismo tiempo, existen comportamientos arriesgados asociados al "papel" masculino, lo cual puede explicar la sobremortalidad masculina.

La distribución de los fallecidos según el color de la piel donde hubo un predominio de piel de color blanco en el período estudiado. En el año 2013, fue el año con mayores por ciento con 79,2 % fueron los de piel color blanco. Continúan con un 77,8% en el año 2014 y 77,5% en el año 2015. Según fallecidos del color negro tuvo su mayor por ciento en el año 2015 fue de 12,9%. El tercer escalón lo ocuparon los fallecidos de color de piel mestizo, que en el año 2013 y 2015 representaron el 9,2% comportándose de igual manera en estos dos años y en el año 2014 hubo 49 fallecidos más por esta causa que representó el 10,9%. Según el estado civil, predominaron los fallecidos sin pareja en los 3 años estudiados. En el año 2015 fue el 54,5%. (Tabla 2)

Se realizó un estudio en las provincias orientales en el año 2014 donde se obtuvieron resultados diferentes, mostrando desventaja en términos de mortalidad para la población no blanca de esta región. (7)

En Cuba el color de la piel, es una característica que marca diferencias en el modo de morir de la población. Actualmente los estudios socio-antropológicos se refieren al constructo etnicidad, en la que cada grupo presenta junto al biotipo, determinados comportamientos relacionados con la subjetividad (representaciones, creencias, sentidos y significados que constituyen su mundo simbólico).

Durante el trienio estudiado 2013-2015, las cinco primeras causas de muerte mantuvieron el mismo orden en los años estudiados, siendo la primera causa las enfermedades del corazón, con tasas similares en los años 2013 y 2014 con 225,6 y 226,8 por cada 100 000 habitantes respectivamente mientras que en el año 2015 sobrepasa los valores anteriores con tasas de 238,6 por cada 100 000 habitantes. Le sigue como segunda causa de muerte los Tumores malignos, donde se observa que hubo tasas de 219,6 y 226,8 por cada 100 000 habitantes en el año 2013 y 2014 respectivamente, luego en el año 2015 hay un descenso de la misma en un 4%. (Tabla 3)

Las enfermedades cerebrovasculares ocuparon la tercera. La cuarta posición la ocupa la influenza y neumonías donde se incluyen las neumonías adquiridas en la comunidad y las neumonías intrahospitalarias, siendo la única enfermedad transmisible dentro las causas estudiadas, con una tasa de 74,4 por cada 100 000 habitantes en el año 2015. Los accidentes se mantuvieron en la quinta causa de muerte con tasas de 41,4 por cada 100 000 habitantes en el año 2013 y con 50,6 y 44,8 por cada 100 000 habitantes en los años 2014 y 2015 respectivamente, donde se observa un decrecimiento de las tasas en un 11%. (Tabla 3)

Los datos recogidos en el anuario estadístico en los años 2014 y 2015 en Cuba muestran que las cinco primeras causas tienen el mismo orden que el alcanzado en este estudio, siendo diferente en el año 2013 donde los tumores malignos desplazan a las enfermedades del corazón. (3), (4), (5)

El cáncer constituye en la actualidad una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Se prevé que el número de defunciones anuales seguirá aumentando y llegará a 12 millones en 2030. (2)

En relación con la influenza y neumonías, los datos obtenidos en Cuba en el año 2015, muestran un incremento del 20% con respecto al año 2014. (5)

En Cuba según la causa de accidente, el primer escalón lo ocuparon las caídas accidentales con un incremento de su tasa en un 6 % en el año 2015 con respecto al año 2014. (5)

En estudio realizado en Colombia la tasa más alta de mortalidad por accidentes se mostró en los hombres (74,0%). (8)

Después de lo anteriormente expuesto se considera, en relación con posibles alternativas de intervención, para actuar sobre las principales causas de mortalidad controlando los factores de riesgo, fundamentalmente la hipertensión arterial, lograr atención médica de calidad a través del cumplimiento de las Guías de Prácticas Clínicas, la actualización del recurso humano que brindan servicios médicos y lograr una rehabilitación oportuna y eficaz para reducir las discapacidades.

En el análisis de la mortalidad en el menor de un año se muestra que ciertas afecciones originadas en el período perinatal en el año 2013 presentó la tasa más elevada del trienio con 3,2 por cada 1000 nacidos vivos. Dentro de los fallecidos por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas las más reportadas fueron las microcefalias y las deformidades en la fijación del intestino, donde en el año 2014 se observó la tasa superior del trienio con 0,9 por cada 1000 nacidos vivos. Por accidentes en el año 2013 y 2015, hubo una tasa de 0,2 por cada 1000 nacidos vivos respectivamente y por sepsis en los años 2015 se reportó un fallecido para una tasa de 0,2 por cada 1000 nacidos vivos. (Tabla 4)

Cuba, en el 2015 la primera causa de muerte en el menor de un año fueron las malformaciones congénitas, las deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de mortalidad de 0,9 por cada 1000 nacidos vivos. De ellas las más reportadas fueron las malformaciones congénitas del sistema circulatorio. (5)

La OMS planteó en el año 2016 brindar atención a las anomalías congénitas, las lesiones y las enfermedades no transmisibles, las mismas afectan a 1 de cada 33 niños, lo que tiene como resultado 3,2 millones de niños con discapacidades anualmente. (9)

En Cuba se trabaja arduamente por contar y mantener el modelo sanitario que actualmente se exhibe al mundo, siendo el indicador de mortalidad infantil de gran importancia para el Sistema Nacional de Salud. Es utilizado para evaluar el estado de salud de la población siendo una medida ampliamente usada de la efectividad del sistema de atención de salud del país.

En el análisis de la mortalidad materna según causas donde se observa que en el año 2013 no hubo muertes. En el año 2014 hubo 2 fallecidas para una tasa de 46,9 por cada 100 000 nacidos vivos las que fueron provocadas por causas directas y en el 2015 hubo 2 fallecidas con una tasa de mortalidad inferior a la del año anterior con una cifra de 45,5 por cada 100 000 nacidos vivos, causados por otras complicaciones en la directa y por otras causas en las indirectas. (Tabla 5)

En el año 2015, en Cuba hubo un total de 52 muertes maternas que representaron una tasa de 41,6 por cada 100 000 nacidos vivos. El 60 % de las causas estuvieron dadas por las directas y el 40% por las indirectas. (5)

A nivel global la mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva. Más de 1 500 mujeres mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, lo que se traduce en cerca de 550 mil muertes anuales. (10)

Por tal motivo se considera que la mortalidad materna es uno de los indicadores de mayor importancia para valorar el estado de salud en una población; detrás de cada muerte materna se esconde una tragedia familiar, pues además de terminar con la vida de una mujer en plena capacidad biológica, social y reproductiva, afecta directamente a sus hijos, su pareja, la estabilidad familiar y la de los miembros de la comunidad que tienen relación con ella.

CONCLUSIONES

En el análisis realizado al caracterizar la mortalidad en la provincia de Cienfuegos 2013-2015, muestra que ha existido un incremento de la misma en el período estudiado, por lo cual constituye un reto que alerta a las autoridades de salud para continuar fortaleciendo las investigaciones de las ciencias biomédicas y la calidad de los servicios de salud en el territorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sol de Mora M. Antecedentes históricos de la Estadística. 2011. Facultad de matemática en el país de Vasco. Matemáticas aplicadas [Internet]. 2012 [citado 11 mayo 2017]. Disponible en:
<http://dlraeo6a09.blogspot.com/2009/03/antecedentes-historicos-de-la.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. Washington: OMS; 2014 [citado 27 Sep 2014]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2013. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2014.
4. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud; 2014. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2015.
5. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud; 2015. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2016.
6. Organización Mundial de la salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013
7. Cabrera Marrero F. El color de la piel como diferencial ante el riesgo de muerte en el oriente de Cuba. Una aproximación desde el espacio geográfico. La Habana: Centros de estudios demográficos. Universidad de La Habana; 2014.
8. Senado Dumoy Justo. Prevención clínica de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. Rev haban cienc méd [Internet]. 2013 Mar [citado 2017 Mar 27]; 12(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100008&lng=es
9. OMS. Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva. Diciembre de 2016, Centro de prensa Ginebra: Organización Mundial de la Salud;

2017 [citado 17 mayo 2017]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs185/es/>

10. Lugones Botell M. La mortalidad materna, un problema a solucionar también desde la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integral [Internet]. 2013 Mar [citado 17 Mayo 2017]; 29(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100001&lng=es

ANEXOS

Tabla 1. Mortalidad general según sexo. Provincia Cienfuegos. Trienio 2013-2015

Años	Masculino		Femenino		Total		Índice de sobremortalidad masculina
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	
2013	1834	9,0	1550	7,9	3384	8,4	1139,2
2014	1886	9,2	1593	8,1	3479	8,7	1135,8
2015	2103	10,2	1592	7,9	3695	9,0	1291,1

Fuente: Tablas de salida del sistema automatizado de mortalidad. Departamento Provincial de Registros Médicos y Estadísticas. Dirección Provincial de Salud. Cienfuegos. Tasas por 1000 habitantes

Tabla 2. Mortalidad general según color de la piel y estado civil. Provincia Cienfuegos, trienio 2013 – 2015

VARIABLES	2013		2014		2015	
	n=3384		n=3479		n=3695	
Color de la piel	Defunciones	%	Defunciones	%	Defunciones	%
Blanco	2681	79,2	2708	77,8	2865	77,5
Negro	371	10,9	398	11,4	476	12,9
Mestizo	311	9,2	360	10,3	340	9,2
Ignorado	9	0,3	7	0,2	9,0	0,2

Estado civil

Sin pareja	1682	49,7	1817	52,3	2013	54,5
Unido	1430	42,3	1422	40,9	1482	40,1
Ignorado	276	8,2	243	6,9	203	5,5

Fuente: Tablas de salida del sistema automatizado de mortalidad. Departamento Provincial de Registros Médicos y Estadísticas. Dirección Provincial de Salud. Cienfuegos. Por Ciento.

Tabla 3. Mortalidad según las primeras cinco causas de muerte trienio 2013-2015. Provincia Cienfuegos.

Causas	2013		2014		2015	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Enfermedades del corazón	904	225,6	909	226,8	975	238,6
Tumores malignos	880	219,6	909	226,8	893	218,5
Enfermedades cerebrovasculares	297	74,1	323	80,6	327	80,0
Influenza y neumonía	208	51,9	242	60,4	304	74,4
Accidentes	166	41,4	203	50,6	183	44,8

Fuente: Tablas de salida del sistema automatizado de mortalidad. Departamento Provincial de Registros Médicos y Estadísticas. Dirección Provincial de Salud. Cienfuegos. Tasas por 100 000 habitantes

Tabla 4. Principales causas de muerte en menores de 1 año. Provincia Cienfuegos trienio 2013 - 2015

Causas	2013		2014		2015	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	14	3,2	7	1,6	8	1,8
Influenza y neumonía	-	0	1	0,2	3	0,7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosomáticas	2	0,5	4	0,9	2	0,5

Accidentes	1	0,2	0	0	1	0,2
Sepsis	0	0	0	0	1	0,2

Fuente: Tablas de salida del sistema automatizado de mortalidad. Departamento Provincial de Registros Médicos y Estadísticas. Dirección Provincial de Salud. Cienfuegos. Tasas por cada 1000 nacidos vivos.

Tabla 5. Mortalidad materna según causa. Provincia Cienfuegos trienio 2013 – 2015

CAUSAS	2013		2014		2015	
	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA
DIRECTAS	0	0	2	46,9	1	22,8
Embarazo ectópico	0	0	1	23,4	0	0
Complicaciones del trabajo del parto y el parto	0	0	1	23,4	0	0
Otras complicaciones	0	0	0	0	1	22,8
INDIRECTAS	0	0	0	0	1	22,8
Otras causas indirectas	0	0	0	0	1	22,8
MORTALIDAD MATERNA	0	0	2	46,9	2	45,5

Fuente: Tablas de salida del sistema automatizado de mortalidad. Departamento Provincial de Registros Médicos y Estadísticas. Dirección Provincial de Salud Cienfuegos. Tasas por 100 000 nacidos vivos.

TÍTULO: “CARACTERIZACIÓN DE LAS GESTANTES QUE TUVIERON RECIÉN NACIDOS CON APGAR BAJO EN CIENFUEGOS”

AUTORES:

Dr. Lisan Iglesias Cruz. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor. lisan.iglesias@gal.sld.cu, Hospital GAL, Cuba

Lic. MSc. Ana Esther Rivero del Sol. Profesora Auxiliar. Consultante. arivero@jaqua.cfg.sld.cu, Hospital GAL, Cuba

Dra. Zoraida Montero Padrón. Especialista II Grado de Ginecología y Obstetricia.

Máster en atención integral de la mujer. Profesor asistente. Hospital GAL, Cuba

Dra. Yaneris Vega Romero. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor. Hospital GAL, Cuba

Dra. Belkis Pérez Hernández. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Hospital GAL, Cuba.

Dra. Maylín Jiménez Delgado. Residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital GAL, Cuba.

RESUMEN

Introducción: En 1952, la Dra. Virginia Apgar desarrolló un sistema de evaluación sencilla y aplicación rápida para determinar las condiciones clínicas al nacimiento de los neonatos **Objetivo:** Caracterización de las pacientes que tuvieron recién nacidos con apgar bajo en el Servicio de obstetricia del Hospital General-Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos, en el período enero 2014 a diciembre 2016 **Diseño Metodológico:** Estudio Descriptivo, transversal, retrospectivo, de serie de casos. La muestra estuvo constituido por los 108 recién nacidos vivos que presentaron apgar bajo al nacer. **Resultados fundamentales:** El apgar bajo al nacer representó el 2,5 %. Un 69.4% entre 20 y 34 años, 25 % de mujeres con 35 años y más. La operación cesárea fue practicada en el 43,5 %. Con apgar normal a los 5 minutos se encontraban el 74,1 % de los recién nacidos. El 57,1 % con diagnóstico de hipoxia tenían el antecedente de apgar bajo, no así el 42,9%. **Conclusiones:** El apgar bajo al nacer presentó poca variación en la última década, frecuente en pacientes con edades óptimas para la reproducción. El líquido amniótico meconial se relacionó con apgar bajo. Se punteo con apgar normal al quinto minuto a un cuarto de los recién nacidos, presentándose hipoxia en recién nacidos con apgar normal.

Palabras Claves: Apgar bajo, edad, edad gestacional, cesárea, líquido amniótico.

INTRODUCCIÓN

En 1952, la Dra. Virginia Apgar desarrolló un sistema de evaluación sencilla y aplicación rápida para determinar las condiciones clínicas al nacimiento de los neonatos; la evaluación se realizaba al minuto de nacimiento; sin embargo, posteriormente se empezó a valorar a los 5 minutos con fines pronósticos de mortalidad a corto y mediano plazo; así, un puntaje de 7 o más determina buenas condiciones del neonato: a menor puntaje mayor deterioro. ¹

El puntaje Apgar consiste en evaluar 5 características fácilmente identificables (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja, y color) y asignarle a cada una de ellas un valor de 0 a 2. Un valor de 7 o mayor indica que la condición del neonato es buena o excelente, se realiza al minuto y a los 5 minutos, de los 2 scores, el de los 5 minutos es considerado como el mejor predictor de sobrevivida en la infancia.²

La coloración cianótica de un recién nacido al momento del nacimiento se debe a su alta capacidad para transportar oxígeno y su relativamente bajo contenido de saturación de oxígeno. El color al momento del nacimiento se valora mediante la observación, la cianosis puede presentarse en las extremidades. Es por eso que no existe Apgar 10/10, ya que el neonato pierde puntaje en el parámetro del color, ya que todos nacen con coloración cianótica por lo antes expuesto. El esfuerzo respiratorio se considera como el signo más importante del score de Apgar, es el segundo signo en desaparecer cuando el neonato sufre depresión respiratoria, marca el inicio de la respiración pulmonar y con ello el inicio del proceso de adaptación cardio circulatoria neonatal. La forma de evaluación del esfuerzo respiratorio es mediante la observación de la ventilación del recién nacido, que puede ir desde apnea, ser muy irregular o regular. Es el parámetro que indica o ayuda a decidir si se inicia la reanimación.³

La problemática de APGAR bajo al nacer en los últimos 20 años ha disminuido considerablemente en países desarrollados, por lo tanto en el 2011 según la OMS se reportaron tasas tales como 2,31 % en Singapur, 2,75 % en Suecia, 2,79 % en Japón, 3,25 % en Islandia y 3,33 % en Francia por 1.000 nacidos vivos.⁴

En el 2013 se observaron cifras alarmantes de APGAR bajo al nacer lo que contribuye significativamente a la morbimortalidad en países en vías de desarrollo de Latinoamérica por ende según el MINSA de Bolivia reportaron tasas de 27%, Brasil de 10,8% y Ecuador de 9%. Asimismo en el Perú según el MINSA en el 2012, informó que la mortalidad neonatal, ligada al embarazo y parto constituyó la primera causa de muerte neonatal y representa un 10 %. Por ello según el Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú en su boletín del 2013 reportó que la incidencia de APGAR bajo al nacer en recién nacidos fue de 3,7%.⁵

Por otro lado de acuerdo al boletín estadístico de nacimientos registrados en línea marzo 2012-2013, concluyó que las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de presentar embarazos pre-términos (< 37 semanas), recién nacidos con puntaje de APGAR bajo y además recién nacidos con bajo peso al nacer (< 2500 gramos), en comparación con las madres adultas.⁶

En Cuba se reporta una incidencia de Apgar bajo al nacer de 2-9 por cada 100 nacidos vivos. En el año 2012 la tasa de hipoxia y asfixia del nacimiento del país fue de 0,2 por mil nacidos vivos (NV) en fallecidos antes de los siete días y de 0,1 por mil NV para los que fallecieron después de los siete días.⁷

En Villa Clara, reportes del año 2006 muestran una incidencia del 4% de deprimidos al nacer y un 0,2% de asfixia severa, con una alta asociación con morbilidad en estos casos sobre todo a nivel del sistema nervioso central, cardiovascular y renal.⁸

En Cienfuegos durante el periodo 2014-2016 se produjeron 12964 nacimientos, de los cuales a 292 se les otorgó un puntaje inferior a 7, lo que representó el 2,5 % del total.

La valoración del puntaje Apgar constituye el instrumento de pronóstico de asfixia en el neonato de mayor uso en nuestro medio, dado que su aplicación toma en cuenta variables que son de fácil identificación, esto ha permitido que su empleo sea universal

y que se tenga amplia experiencia en la aplicación de la misma; lo que constituye un elemento de análisis clínico que además permite la toma de decisiones terapéuticas en neonatos deprimidos; resulta por lo mismo de utilidad precisar aquellas condiciones maternas o fetales que determinan puntajes por debajo de la normalidad del mencionado test, puesto que estarían comprometiendo de manera directa el estado de bienestar neonatal en el postparto inmediato y en la medida de que los mismos pudieran ser modificables o controlables se podría garantizar algún grado de mejoría en el estado de salud en este tipo específico de pacientes; considerando que no existen estudios recientes en la provincia de Cienfuegos sobre el tema decidimos realizar esta investigación, por lo que nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características de las pacientes que tuvieron recién nacidos con apgar bajo de Enero 2014 a Diciembre 2016?

DESARROLLO

Tipo de estudio: Descriptivo, transversal, retrospectivo, de serie de casos.

Escenario: Servicio de obstetricia del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos.

Período de estudio: 1o enero del 2014 al 31 de diciembre del 2016. Universo: El universo lo conformaron los 12964 nacimientos ocurridos en el período de tiempo anteriormente establecido. Muestra: La muestra estuvo constituida por los 108 recién nacidos vivos que presentaron apgar bajo al nacer.

Recolección de la información: Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas en las salas de puerperio por el autor.

Estadísticos Matemáticos. Se utilizó el paquete de programas estadísticos SPSS (Statistic Package for Social Science, Versión 21.0), para el análisis y procesamiento de los datos del libro de partos (Base de Datos), y de los datos extraídos de los documentos de registros de nacimientos. El análisis estadístico de los datos, comprendió estudios de frecuencia, los cuales son presentados en tablas de frecuencia.

En la tabla 1 (Anexo 1) se presenta la distribución de los recién nacidos con apgar bajo en relación con el total de nacimientos en el período 2014 – 2016, de los cuales 108 obtuvieron un puntaje menor de 7, lo que representó un 2.5 % del total de nacimientos (12964), siendo el año 2015 el de mayor incidencia del estudio con un 1.2 % de apgar bajo, lo cual se corresponde con un mayor número de nacimientos respecto a los otros años de estudio 4446 para un 34.3 %.

En la tabla 2 (Anexo 1) se puede evidenciar la distribución de las pacientes que tuvieron recién nacidos con apgar bajo en relación con el total de nacimientos según grupo de edades, encontrándose que del total de pacientes que tuvieron recién nacidos con apgar bajo el 69.4% tenían una edad comprendida de entre 20 y 34 años, un 5.6 % con menos de 20 años y un 25 % de 35 años y más.

En la tabla 3 (Anexo 1) se muestra la distribución de las pacientes según edad gestacional al momento del parto, encontrándose que de los 108 recién nacidos con apgar bajo, el 80,8% tenían edades gestacionales entre las 37 y 42 semanas, con un 22,2 % de menos de 37 semanas.

En la tabla 4 (Anexo 1) se puede constatar la distribución de las gestantes según tipo de parto, el parto eutócico se presentó en el 44,4% de los casos, mientras que con valores similares la cesárea, con un 43,5 %, de ellas 37 % de cesáreas primitivas, y un

6,5 % de cesáreas iteradas, el parto instrumentado se practicó en 13 casos, para un 12,1 %.

En cuanto al comportamiento del líquido amniótico en pacientes que tuvieron recién nacidos con apgar bajo al nacer (Tabla 5) (Anexo 1), observamos que fue meconial en el 68.5 %, mientras que el líquido claro se presentó en el 31.5 % de los partos.

En la tabla 6 (Anexo 1) se aprecia la distribución de los recién nacidos según apgar al primer y quinto minuto, constatándose en el primer minuto un 71,1% de recién nacidos severamente deprimidos, y 30 neonatos para un 28,9 % moderadamente deprimidos. Al quinto minuto el 22,2 % se mantuvo con un apgar moderadamente deprimido, un 3,7 % de apgar severamente deprimido, y un 74,1% se le dio un puntaje de apgar normal.

En la tabla 7 (Anexo 1). Se evidencia la distribución de los recién nacidos con diagnóstico posnatal de hipoxia y apgar bajo al nacer, entre los años 2014 y 2016, observándose que del total de nacimientos ocurridos en este período, 14 neonatos presentaron verdaderos signos de hipoxia fetal (Encefalopatía Hipóxica), de ellos el 21,4% estuvieron severamente deprimidos, un 35,7 % moderadamente deprimidos, y 6 casos para un 42,9 % no tuvieron apgar bajo.

Conclusiones

El apgar bajo al nacer se mostró invariable en la última década, incidiendo en recién nacidos de pacientes con edades óptimas para la reproducción, con una asociación estadística en aquellas con 35 años y más.

El líquido amniótico meconial se relacionó con el apgar bajo. Se punteo con apgar normal al quinto minuto a un cuarto de los recién nacidos, presentándose hipoxia en recién nacidos con apgar normal, por lo que consideramos al puntaje de apgar de actuación, no necesariamente diagnóstico o excluyente de hipoxia, siendo necesario para la intervención en la práctica.

Referencias bibliográficas

1. Low JA. Reflections on the occurrence and significance of the antepartum fetal asphyxia. *Best Practice & Research Obstetrics and Gynecol.* 2009;(18):375-82.
2. Mesa Riquelme L. Certezas e incertidumbres en la asfixia perinatal. *Rev Cubana ObstetGinecol.* 2004;25(3):123.
3. Luna GA, Regueiferos PLA. Reanimación Cardiopulmonar en el niño: La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008. p. 9-24.
4. Perú. Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima .Boletín Estadístico año 2013.
5. Ministerio de Salud. Perú. Oficina General de Estadística e Informática. Boletín Estadístico de Nacimientos Registrados en línea en Marzo 2012- Marzo 2013.
6. Velásquez J, Kusunoki F, Paredes T, Hurtado R, Martín A, Vigo W. Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas neonatales del año 2011, Huánuco - Ucayali, Perú. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública.* 2014; 31(2): 228-236.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública .Anuario Estadístico de Salud 2013.p.51-4.
8. Rivero F, Morales P. Incidencia y prevalencia de la depresión neonatal y asfixia severa en Cuba y el mundo. *Pediatrics* 2010; 117 (5): e955-77.

Anexo 1

Tabla 1 Comportamiento de los recién nacidos con apgar bajo en relación con el total de nacimientos. Cienfuegos. Enero 2014 - diciembre de 2016.

Años	Total de recién nacidos	Porcentaje	Recién nacidos con apgar bajo	Tasa
2014	4243	32.7	25	0.6
2015	4446	34.3	53	1.2
2016	4275	33	30	0.7
Total	12964	100	108	2.5

Tabla 2. Distribución de las pacientes que tuvieron recién nacidos con apgar bajo según grupos de edades.

Grupo de edades	Total de recién nacidos	Porcentaje	Apgar bajo	Porcentaje	Estadígrafo OR IC [95 %] X² p
Menores de 20 años	1806	13.9	6	5.6	OR: 0.3 [0.15; 0.82] X²: 6.3 p: 0,01
Entre 20 y 34 años	10055	77.6	75	69.4	OR: 0.6 [0.4;0.9] X²: 4.1 p: 0.04
35 años y más	1103	8.5	27	25	OR: 3.6 [2.3; 5.6] X²:38.05 p: 0,0000
Total	12964	100	108	100	

Tabla 3. Distribución de las pacientes según edad gestacional al momento del parto.

Edad Gestacional	Total de nacimientos	Porcentaje	Apgar bajo	Porcentaje	Estadígrafo OR IC [95 %] X² p
Menos de 37 semanas	956	7.4	24	22,2	OR: 3.6 [2.3; 5.7] X²:35.15 p: 0,0000
Entre 37 y 42 semanas	12008	92.6	84	80,8	OR: 0.27 [0.17; 0.43] X²:35.15 p: 0,0000
Total	12964	100	108	100	

Tabla 4. Distribución de las pacientes que tuvieron recién nacidos con apgar bajo según tipo de parto.

Tipo de parto	Total de nacimientos	Porcentaje	Número de pacientes	Porcentaje	Estadígrafo OR IC [95 %] X2 p
Eutócico	7160	55.2	48	44,4	OR: 0.64 [0.4;0.9] X2: 5.1 P: 0.02
Cesárea primitiva	3779	29.1	40	37,0	OR: 1.43 [0.96;2.12] X2: 3.2 p: 0.07
Cesárea iterada	1758	13.6	7	6,5	OR: 0.43 [0.2;0.9] X2: 4.6 p: 0.03
Instrumentado	267	2.1	13	12,1	OR: 6.7 [3.75;12.2] X2: 53.7 p: 0.0000
Total	12964	100	108	100	

Tabla 5 Comportamiento del Líquido amniótico en pacientes con recién nacidos que tuvieron apgar bajo al nacer.

Líquido amniótico	Número de pacientes	Porcentaje
Claro	34	31.5
Meconial	74	68.5
Total	108	100

Tabla 6. Distribución de los recién nacidos según apgar al primer y quinto minuto.

Apgar Primer minuto	Número de pacientes	Porcentaje de
Severamente deprimido	30	28,9
Moderadamente deprimido	78	71,1
Total	108	100

Apgar Quinto minuto	Número de pacientes	Porcentaje de
Severamente deprimido	4	3,7
Moderadamente deprimido	24	22,2
Normal	80	74,1
Total	108	100

Tabla 7 Distribución de los recién nacidos que presentaron apgar bajo al nacer con diagnóstico posnatal de hipoxia.

Apgar	Número de pacientes	Porcentaje
Severamente deprimido	3	21,4%
Moderadamente deprimido	5	35,7%
Normal	6	42,9%
Total	14	100

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ASTIGMATISMO. ÁREA II. SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2016. CIENFUEGOS.

Autoras: Leslie B Hernández González, Ylenia C García Sánchez. , Aymee Ruiz Aday⁽¹⁾

(1) Estudiantes de 4to año de licenciatura en optometría y óptica.

Tutora : Lic. Daynisett Molina Curbelo⁽²⁾

(2) Licenciada en optometría y óptica, jdtecnologia@ucm.cfg.sld.cu ,Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Jefa de departamento de Tecnología de la Salud.

Resumen:

Introducción: Entre las causas que generan disminución o pérdida de visión se encuentran los defectos refractivos o ametropías .El astigmatismo es un defecto visual caracterizado por una diferencia de refracción entre los distintos meridianos del ojo

Objetivo: caracterizar a los pacientes diagnosticados con astigmatismo en la consulta de optometría del policlínico Área II de Cienfuegos en el período de septiembre a diciembre del 2016. **Desarrollo:** estudio observacional descriptivo de corte transversal en el período de septiembre a diciembre del 2016. El universo estuvo constituido por 430 pacientes coincidiendo con la muestra. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos. Se tuvo en cuenta el componente ético de la investigación. El grupo etáreo más afectado fue el de 20 a 29 años, con predominio del sexo femenino, 182 pacientes acudieron a la consulta de refracción con antecedentes de haberse diagnosticado en algún momento un astigmatismo El astigmatismo más diagnosticado fue el hipermetrópico compuesto y según sus meridianos principales el astigmatismo inverso. Al 55.1 % de los pacientes se les diagnosticó además del astigmatismo la presencia de presbicia, se indicaron espejuelos bifocales a 193 pacientes y lentes para esfuerzos visuales a 117 **Conclusiones:** La detección oportuna y la caracterización adecuada de los pacientes diagnosticados con astigmatismo permitió establecer el tratamiento adecuado y garantizar una mejor calidad de vida a los mismos.

Palabras clave: defectos refractivos, astigmatismo, presbicia.

INTRODUCCIÓN

La raza humana en su desarrollo evolutivo ha hecho del órgano visual el más importante de sus sentidos. A través de la visión se establece el contacto continuo con el medio y, en la medida en que se desarrolló la visión binocular, estereoscópica y cromática, el Homo Sapiens pudo desarrollar su sistema nervioso central al grado de crear una diferencia importante con el resto de los seres vivos (1).

Se estima que en el mundo existen entre 40 y 45 millones de ciegos y 135 millones de personas con baja visión. Sin embargo, en el 80% de los casos, la pérdida de visión se puede prevenir o curar, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2).

Entre las causas que generan disminución o pérdida de visión se encuentran los defectos refractivos o ametropías que no son considerados verdaderas enfermedades oculares, sino trastornos de la refracción que implican variaciones de la forma y tamaño de las estructuras ópticas que, unidas a otras variaciones en las potencias de los lentes oculares dan como resultado el déficit visual (2).

En la actualidad, la etiología de los errores refractivos no está clara y probablemente hay muchos factores que influyen en ella. Existe un gran número de estudios que relacionan el estado refractivo con factores tales como la raza, la edad, la nutrición y las condiciones medio ambientales (1). Diversos estudios han puesto de manifiesto una gran variación en la prevalencia del estado refractivo de una población en diferentes lugares del mundo.

Podemos encontrar estudios sobre errores refractivos en poblaciones específicas tales como poblaciones nórdicas, negras, esquimales, chinas, india, árabes e, incluso, saharauis. (3)

Los defectos refractivos o ametropías constituyen un motivo de consulta frecuente dentro de la Oftalmología y tienen gran importancia económica y social ya que constituyen un serio problema de salud. Esto acontece por los costos que implican su tratamiento y manejo, como por ser causa frecuente de disminución de la agudeza visual. Los defectos de refracción no corregidos pueden reducir el rendimiento escolar, la posibilidad de empleo, la productividad y por lo general merman la calidad de vida (4)

Desde el punto de vista de la óptica ocular, se habla de defectos refractivos cuando los rayos paralelos que proceden del infinito no se enfocan perfectamente en la retina y provocan que las imágenes proyectadas en ella y enviadas al cerebro, no tengan la calidad requerida para obtener una buena visión. Entre las ametropías encontramos la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo (5).

La denominación astigmatismo se refiere a la ausencia de punto o foco. En esta ametropía existen refracciones desiguales en los diferentes meridianos por falta de simetría en la curvatura de la córnea, y con menor frecuencia del cristalino, donde el meridiano más refringente producirá un foco más adelante que el menos refringente, que será la causa del defecto visual al producirse una distorsión en algunas partes de la imagen retiniana (6).

El astigmatismo es un defecto visual caracterizado por una diferencia de refracción entre los distintos meridianos del ojo. Al ser un meridiano de mayor poder refringente que el otro, la desviación de los rayos que caen sobre el meridiano vertical, por ejemplo, puede ser mayor o menor que la de los rayos que caen sobre el meridiano horizontal de la córnea. Investigaciones realizadas en México señalan al astigmatismo como la ametropía predominante. Otros autores en estudios realizados en centros educativos reportan al astigmatismo seguido de la hipermetropía como defectos más frecuentes.(7) Los síntomas varían dependiendo de la cuantía y del tipo. Los defectos altos cursan con una mala visión que puede ser mejorada con el entorno palpebral, tanto de lejos como de cerca. En los defectos bajos la agudeza visual puede ser buena y predominan la astenopía y los episodios de visión borrosa pasajera. (8)

El astigmatismo es muy común. Puede ser de origen natural, pero también se puede aparecer después de ciertos tipos de cirugía del ojo, como la de catarata (5-6). Algunos estimados consideran que del 20 al 40% de la población general tiene algún grado de astigmatismo, de forma aislada o en combinación con miopía o hipermetropía y que la mayor frecuencia corresponde al astigmatismo hipermetrópico, simple y compuesto, con aproximadamente el 72%. (9).

El astigmatismo es aquella ametropía en la cual la refracción no es la misma en todos los meridianos, con la subsiguiente imposibilidad de formar un foco puntual.

Se clasifican en:

a) Según la regularidad de las superficies:

- Astigmatismo regular: la refracción es igual en todos los meridianos.
- Astigmatismo irregular: la refracción varía en distintos puntos de cada meridiano, por ejemplo, el queratocono.

b) Según la longitud del ojo:

- Astigmatismo hipermetrópico simple: un meridiano es emétrope y el otro hipermétrope.
- Astigmatismo hipermetrópico compuesto: los dos meridianos son hipermetrópicos.
- Astigmatismo miópico simple: un meridiano es emétrope y el otro miope.
- Astigmatismo miópico compuesto: los dos meridianos son miópicos.
- Astigmatismo mixto: un meridiano miópico y el otro hipermetrópico.

c) Según la parte del ojo que lo produce:

- Astigmatismo corneal.
- Astigmatismo lenticular.
- Astigmatismo retiniano.

d) Según la frecuencia unilateral de la posición de los meridianos principales:

- Astigmatismo directo o con la regla: el meridiano vertical (90°) es el más curvo.
- Astigmatismo inverso o contra la regla: el meridiano horizontal (0 a 180°) es el más curvo.
- Astigmatismo oblicuo: los meridianos ocupan una posición oblicua y pueden ser directos, inversos y oblicuos. (10)

La queratometría es un método objetivo para la investigación del astigmatismo en la refracción ocular. Mediante esta técnica se puede determinar extremadamente rápida del astigmatismo corneal anterior. La queratometría no excluye en manera alguna los otros procedimientos de medida de la refracción, pero proporciona una mensuración precisa y, por lo tanto, de gran valor.(11)

Justificación del problema:

En la consulta de optometría del Área de Salud No 2 del municipio de Cienfuegos se atienden diariamente entre 20 y 30 pacientes , muchos de ellos con antecedentes de padecer un defecto refractivo y que acuden para una reconsulta , otros remitidos por el oftalmólogo por presentar un grupo de síntomas estenopeicos .El mayor número de los

mismos presentan como diagnóstico un astigmatismo , facilitando el estudio refractivo determinar la clasificación del mismo y orientar la prescripción óptica más correcta.

Por lo que se plantea como **problema científico:** ¿Cuál es la caracterización de los pacientes diagnosticados con astigmatismo en la consulta de optometría del policlínico Área II de Cienfuegos en el período de septiembre a diciembre del 2016?

OBJETIVOS:

General:

-Caracterizar a los pacientes diagnosticados con astigmatismo en la consulta de optometría del policlínico Área II de Cienfuegos en el período de septiembre a diciembre del 2016.

Específicos:

-Determinar sexo, edad y antecedentes de presentar astigmatismo en los pacientes objeto de estudio.

-Identificar los tipos de astigmatismo presentes en la muestra estudiada de acuerdo a los diferentes criterios de clasificación

- Identificar los pacientes diagnosticados con astigmatismo y que presentan presbicia

-Determinar la prescripción óptica para corregir los defectos refractivos en estos pacientes.

DESARROLLO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar a los pacientes diagnosticados con astigmatismo en la consulta de optometría del policlínico Área II de Cienfuegos en el período de septiembre a diciembre del 2016. El universo estuvo constituido por 430 pacientes coincidiendo con la muestra. Se utilizaron métodos: **Del nivel teórico, el analítico-sintético** ,inductivo-deductivo ,histórico- lógico .Del nivel empírico se aplicó la técnica de observación, análisis de documentos y la entrevista con fundamentos teóricos y metodológicos. Además se trabajó con el método estadístico

Para la realización de la investigación y dar cumplimiento a los objetivos se tuvieron en cuenta variables tales como : edad, sexo, antecedentes de astigmatismo diagnosticado, presencia de presbicia, clasificación del astigmatismo según la longitud del ojo, clasificación del astigmatismo según la posición de sus meridianos, correcciones ópticas prescriptas

En el transcurso de la investigación se veló por el cumplimiento de los principios éticos básicos médicos: respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Para ello se informó a los pacientes sobre la importancia del estudio. También se respetó la integridad y la decisión personal de los pacientes, recogidos

mediante un modelo de consentimiento informado (Anexo1).

Se plantea que más del 80% de la población a nivel mundial padece de astigmatismo .Aunque lo más frecuente es que el astigmatismo se manifieste en la infancia, puede ser compensado con un sobre esfuerzo de enfoque durante la infancia y la juventud, y empezar a dar la cara en la edad adulta. (3,12)

De los pacientes estudiados 235 fueron mujeres que representan el 54,65% y 195 hombres para un 45,35%, esto tiene su explicación en las características demográficas de la Provincia de Cienfuegos donde el 58,3% de la población pertenece al sexo femenino. El rango de edad más afectado fue el de 20 a 29 años, para un total de 94 pacientes.

La detección precoz es muy importante en este tipo de ametropía .De la muestra estudiada 182 pacientes acudieron a la consulta de refracción con antecedentes de habersele diagnosticado en algún momento un astigmatismo. La mayoría de los pacientes a los que se les diagnosticó esta ametropía por primera vez se encuentran dentro del rango de edades de 10 a 49 años. (12,13)

En el estudio realizado se demostró como el astigmatismo más común el hipermetrópico compuesto con 106 (24,65%) pacientes que lo padecen; seguido del astigmatismo hipermetrópico simple, teniendo correspondencia estos datos con los obtenidos en un estudio realizado en la escuela primaria Ignacio Agramonte y Loynaz de la provincia de Cienfuegos durante el año 2015 . Los astigmatismos menos frecuentes fueron el miópico simple y el miópico compuesto. (14)

El astigmatismo directo es el más habitual, suele presentarse en personas jóvenes, el inverso aparece con más frecuencia en edades avanzadas, en el oblicuo el eje de graduación está situado oblicuamente. (5,12)

De acuerdo a la posición de sus meridianos principales el astigmatismo más frecuente fue el inverso con 180 pacientes, lo que representa el 41,86%; predominando en el grupo etareo de 20 a 29 años, esto guarda relación con la escala utilizada al momento de abordar la variable edad, seguido de este el astigmatismo directo con 135 pacientes representando el 31,40%.

La presbicia es la manifestación clínica de la reducción gradual que sufre la amplitud de acomodación con el avance de los años. No es considerada una ametropía sino una pérdida fisiológica del poder de acomodación, suele manifestarse alrededor o después de los 40 años (14).

Al 55.1 % de los pacientes objetos de estudio se les diagnosticó además del astigmatismo la presencia de presbicia, esta cifra guarda relación con la cantidad de pacientes mayores de 40 años presentes en el estudio.

Las lentes oftálmicas plano cilíndricas o esfero cilíndricas son la solución más común para corregir el astigmatismo regular y en los casos de ser irregular preferentemente, con lentes de contacto. A diferencia de lo que ocurre con la miopía y o la hipermetropía, el diseño o superficie de las lentes de un astigmata difiere mucho de un caso a otro. En

cuanto a la presbicia su corrección se realiza con lentes esféricas positivas únicamente. (15)

Teniendo en cuenta el tipo de astigmatismo diagnosticado y la presencia o no de presbicia los tratamientos más frecuentes indicados para la corrección óptica fueron el uso de espejuelos bifocales a 193 pacientes y el de lentes para esfuerzos visuales a 117 pacientes, el tratamiento menos indicado fue el uso de lentes de contacto, prescritos solo a 15 personas.

CONCLUSIONES:

En el estudio realizado el grupo de edades más frecuente en los pacientes estudiados fue el de 20-29 años, predominando el sexo femenino. A la mayoría de los pacientes se les diagnosticó por primera vez el astigmatismo en el momento de la consulta. El orden de frecuencia de los astigmatismos según la longitud del ojo ubicó como los más representativos al astigmatismo hipermetrópico compuesto y al hipermetrópico simple. De acuerdo a la posición de sus meridianos principales los astigmatismos más frecuentes fueron el inverso y el directo. A un gran porcentaje de la muestra estudiada se le diagnosticó además la presencia de presbicia. Los tratamientos más indicados para la corrección óptica fueron el uso de espejuelos bifocales y los lentes para esfuerzos visuales. La detección oportuna y la caracterización adecuada de los pacientes diagnosticados con astigmatismo, permitió establecer el tratamiento adecuado, aumentar el rendimiento escolar y laboral, la posibilidad de empleo, la productividad y la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Fundicheli Serrano C. Comportamiento de la catarata en pacientes mayores de 50 años. Policlínico Alcides Pino, Holguín. Misión Milagro [Internet]. 2008 [citada 25 de sep 2016]; 2(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.misionmilagro.sld.cu/vol2no2/orig4.php>
- 2- Machado Fernández E, Lantigua Maldonado I, Betancourt Molina T, Rodríguez Sánchez S, Riverón Ruiz Y. Oftalmología: Criterios y tendencias actuales. Cirugía refractiva corneal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 161-2.
- 3- Curbelo Cunill L, Hernández Silva JR, Machado Fernández E. Frecuencia de ametropías. Rev Cubana Oftalmol. 2005; [citada 3 de oct 2016]; 18(1). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol18_1_05/oft06105.htm.
- 4- Arif A, Mahesh D. Refraction and RefractiveErrors in Children En: Ashok G, Prost ME, Azad R, Crouch ER, MethaKRBovet JJ, Surgical and medical management of pediatricophthalmology. 1ed. New Delhi: JaypeeBrothers Medical Publishers; 2007: 72-5.
- 5- Netto MV, Takashi C, Barreto J, Carricondo P. El libro del cristalino;2012
- 6- Livraria Santos. De las Américas. Astigmatismo elevado. Brasil.; 2007. p. 845-53.
- 7- Astigmatismo [Internet]. Madrid: Fundación Wikimedia, Inc; 2000-12 [actualizado 2012 Ene 11; citado 2016 Nov 30]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Astigmatismo>
- 8- El ojo: Óptica de la visión. En: Guyton AC, Hall JE. En: Tratado de fisiología médica. Nueva York: McGraw-Hill; 1998. p. 677-90

- 9- Ferrer Blasco T, Montés Micó R, Peixoto de Matos SC, González Méjome JM, Cerviño A.
- 10-Prevalence of corneal astigmatism before cataract surgery. J Cataract Refract Surg. 2009;35(1):70-5.
- 11-Amaya PerozzoCX.Rubio Rincón GS. Astigmatismo: hallazgo significativo en poblaciones de Bogotá y Cundinamarca. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular N° 1: 37-42 / Enero - junio de 2009
- 12-Molina Curbelo D. Prevalencia de los defectos refractivos en trabajadores y estudiantes. Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos.[formato digital]2016
- 13-Milanés Armengol A, Molina Castellanos K, González Díaz A, Ruiz Borges K. Incidencia de las urgencias oftalmológicas en el cuerpo de guardia del Hospital General Universitario de Cienfuegos. MEDISUR. [Revista en Internet]. 2015 [citado 27 enero 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000100007&nrm=iso
- 14-Molina Curbelo D ,Ruíz Aday A, Valdes Vales V, Rodríguez Molina F, Cabrera Rodríguez H.. Comportamiento de los defectos refractivos en estudiantes Escuela Primaria Ignacio Agramonte y Loynaz. Cienfuegos 2015.Medisur. [Revista en Internet]. 2017 [citado 27 marzo 15], 15 (2): [aprox 5p] Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/aericle/view/3546>.
- 15- Alemañy Martorell J, Villar Valdés R. Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Área de salud: _____

Ejerciendo mi libre poder de elección y voluntariedad expresada por este medio doy mi consentimiento para ser incluido en el estudio que se realizará sobre la caracterización de los pacientes diagnosticados con astigmatismo. Área II. Septiembre-diciembre 2016. Cienfuegos.

Para dar mi consentimiento de participación en la investigación he recibido una amplia explicación por parte de los autores, quienes me informaron acerca del uso y destino que se hará de esta información y la confidencialidad de los datos.

Y para que conste mi voluntad de participar en la realización de este estudio lo expreso con mi firma en este documento.

Firma _____

Fecha: _____

ANEXO 2

TABLAS:

Tabla No. 1: Distribución de los pacientes que presentaron astigmatismos según sexo y edad

EDADES	SEXO				TOTALES	
	FEMENINO		MASCULINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
10-19	42	9.77	35	8.14	77	17.91
20-29	50	11.63	44	10.23	94	21.86
30-39	36	8.37	30	6.98	66	15.35
40-49	35	8.14	28	6.51	63	14.65
50-59	39	9.07	32	7.44	71	16.51
Más de 60	33	7.67	26	6.05	59	13.72
TOTAL	235	54.65	195	45.35	430	100

Fuente: Hoja de cargo

Tabla No. 2: Antecedentes de astigmatismo en la muestra estudiada

Grupo de edades	Antecedentes	
	Si	No
10-19	8	69
20-29	23	71
30-39	26	40
40-49	20	43
50-59	55	16
Más de 60	50	9
TOTAL	182	248

Fuente: Hoja de cargo

Tabla No. 3: Distribución de los pacientes según tipo de astigmatismo que presentan de acuerdo a la longitud del ojo.

Tipos de astigmatismos detectados	Cantidad de pacientes	%
Astigmatismo miópico simple	77	17.91
Astigmatismo miópico compuesto	76	17.67
Astigmatismo hipermetrópico simple	88	20.47

Astigmatismo hipermetrópico compuesto	106	24.65
Astigmatismo mixto	83	19.30
Total	430	100

Fuente: Hoja de cargo

Tabla No. 4: Distribución de los pacientes según tipo de astigmatismo que presentan de acuerdo a la posición de sus meridianos principales

Edades	Clasificación del astigmatismo						Totales	
	Directo		Inverso		Oblicuo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
10-19	23	5.35	34	7.91	20	4.65	77	17.91
20-29	30	6.98	40	9.30	24	5.58	94	21.86
30-39	16	3.72	28	6.51	22	5.12	66	15.35
40-49	26	6.05	28	6.51	9	2.09	63	14.65
50-59	18	4.19	27	6.28	26	6.05	71	16.51
Más de 60	22	5.12	23	5.35	14	3.26	59	13.72
Total	135	31.40	180	41.86	115	26.74	430	100

Fuente: Hoja de cargo

Tabla No. 5: Distribución de los pacientes diagnosticados con astigmatismo que presentan presbicia

Presencia de presbicia				Total
Si	%	No	%	
193	54.9	237	55.1	430

Fuente: Hoja de cargo

Tabla 6: Correcciones ópticas prescritas según el tipo de astigmatismo diagnosticado y la presencia o no de presbicia.

Correcciones ópticas prescritas	Cantidad de pacientes
Espejuelos de uso permanente	105
Espejuelos para esfuerzos visuales	117
Espejuelos Bifocales	193
Lentes de contacto	15
Total	430

Fuente: Historia Clínica

TITULO: CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DIABETICOS. CONSULTORIO 14. AREA I. CIENFUEGOS

AUTORES: Héctor Cabrera Rodríguez ⁽¹⁾, Daynisett Molina Curbelo ⁽²⁾, Anabel Moreno Balberi ⁽³⁾, Francisco Javier Rodríguez Molina ⁽⁴⁾

(1) Licenciado en enfermería, idenfermeria@ucm.cfg.sld.cu ,Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Jefe de departamento de enfermería, Máster en Educación Médica Superior.

(2) Licenciada en optometría y óptica, jdtecnologia@ucm.cfg.sld.cu ,Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Jefa de departamento de Tecnología de la Salud.

(3) Estudiante de segundo año de la carrera técnico en enfermería.

(4) Estudiante de tercer año de la carrera de medicina.

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus desde el punto de vista clínico es un grupo heterogéneo de procesos cuya característica común es la hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción de la insulina. **Objetivos:** Caracterizar a los pacientes diabéticos pertenecientes al consultorio No 14 del Área de salud No 1 del municipio Cienfuegos. **Desarrollo:** Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal realizado desde septiembre a diciembre del 2017, el universo estuvo conformado por un total de 60 pacientes seleccionándose una muestra del 35. Predominó el grupo etario de 61 a 70 años representando un 37.1 % , así como el sexo femenino ,32 pacientes se encuentran dentro del grupo de diabéticos tipo II y 3 se clasifican como diabéticos tipo I. El 45.8 % de los pacientes encuestados refiere padecer la enfermedad desde hace más de 20 años y el 61.5 % son hijos de padres diabéticos. Cumplen con el tratamiento dietético y medicamentoso el 57.2 % pacientes, siendo la metformina el medicamento más utilizado (58.0 %).Solamente el 20 % de la muestra estudiada realiza ejercicio físico y la hipertensión arterial es una complicación presente en el 54.2 % de los pacientes. **Conclusiones:** La caracterización de los pacientes diabéticos del consultorio No 14 del Área de salud No 1 permitirá al equipo de salud desarrollar un grupo de acciones para prevenir las consecuencias sociales, humanas y económicas que convierten a la diabetes mellitus en un problema de salud pública y de la humanidad.

Palabras clave: diabetes mellitus, hiperglicemia, tratamiento medicamentoso

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) desde el punto de vista clínico es un grupo heterogéneo de procesos cuya característica común es la hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción de la insulina, habitualmente por destrucción de las células betapancreáticas de origen autoinmunitario en la DM tipo 1(DM1), o una progresiva resistencia a la acción periférica de la insulina, con o sin déficit asociado en la secreción, en la DM tipo 2 (DM2). En ambos casos, el desarrollo de la enfermedad se atribuye a una combinación de

factores genéticos predisponentes y una serie de factores ambientales que actuarían como desencadenantes. ^(1,2)

Proviene del Latín *diabetes*. Como término para referirse a la enfermedad caracterizada por la eliminación de grandes cantidades de orina ("poliuria"), empieza a usarse en el siglo I en el sentido etimológico de paso, aludiendo al paso de orina de la poliuria. La palabra Mellitus (griego *mel*, miel) se agregó en 1675 por Thomas Willis cuando notó que la orina de un paciente diabético tenía sabor dulce. y significa "atravesar". Fue utilizada por primera vez por Aretaeus de Cappadocia en el siglo II después de Cristo (II DC). Aretaeus realizó una descripción clínica de la enfermedad en la que señaló el aumento del flujo de orina, la sed y la pérdida de peso, características que son instantáneamente reconocidas en la actualidad. Susruta, médico hindú, describe el sabor dulce de la orina, Thomas Willis (1621-1675) lo redescubre, cerca de un siglo después, en 1776, Matthew Dobson (1735-1784), demostró que el sabor dulce de la orina y el suero era debido a la presencia de azúcar ^(2,3)

La Diabetes Mellitus es casi tan antigua como la humanidad, así lo demuestran una serie de documentos como los escrito de Demetrio de Apomea en el siglo III a.n.e y el " papiro de Ebers ", 1550 a.n.e, en el imperio de los faraones, en los cuales se describen síntomas de la enfermedad y su tratamiento. ⁽³⁾

El fisiólogo francés Claude Bernard (1813-1878) demostró que el azúcar que aparece en la orina se almacena en el hígado en forma de glucógeno. Paul Langerhans (1847-1888) fue el primero en describir pequeños agrupamientos celulares en preparaciones de tejido pancreático disociado conocido como "islotos de Langerhans", Edouard Laguesse fue quien en 1893 los bautizó con el nombre que ahora se conocen y sugirió que eran el tejido endocrino del páncreas.

La insulina fue descubierta en el año 1921 por el cirujano Frederick G. Banting (1891-1941) y su alumno Charles H. Best (1899-1978), gracias al trabajo en conjunto descubren la insulina en la Universidad de Toronto, Canadá. En 1994 existían 100 millones de personas con Diabetes, 165 millones en el año 2000. ⁽⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas de diabetes mellitus: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional (ocurre durante el embarazo), cada una con diferentes causas y con distinta incidencia.

La diabetes tipo 1 se caracteriza porque casi no hay insulina circulante y las células β no reaccionan a los estímulos insulinógenos, lo anterior explica solo 5 o 10 por ciento de todos los casos de diabetes, que son los que más se diagnostican en niños y adultos jóvenes. Cerca del 90 por ciento de los casos mencionados provienen de la destrucción de las células β mediada por mecanismos inmunitarios y la insulinopenia en el resto de los casos no tiene origen identificado. Casi siempre en las personas no tratadas surge cetoacidosis espontánea y se necesita la insulina para que sobrevivan.

A diferencia de lo mencionado la diabetes tipo 2 es un trastorno mucho más frecuente y afecta 80 o 90 por ciento. En dicha entidad el defecto incluye ineficacia de la insulina circulante para actuar en diversos tejidos {resistencia a la insulina} deficiencia relativa de dicha hormona o una combinación de dos cuadros {defecto en la secreción, en

combinación con resistencia a la insulina} La enfermedad por lo común aparece después de los 40 años y está vinculada con la obesidad. ^(2,4)

La diabetes mellitus (DM) se puede considerar como uno de los principales problemas de salud mundial, entre otras razones por su elevada prevalencia, su elevado coste económico y el número de muertes prematuras que provoca.

Para el año 2030, se estima que alrededor de 370 millones de personas sean diabéticas en el mundo. Este padecimiento causa diversas complicaciones, dañando frecuentemente a ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos. Sus complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetósico) son consecuencia de un control inadecuado de la enfermedad mientras sus complicaciones crónicas (cardiovasculares, nefropatías, retinopatías, neuropatías y daños microvasculares) son consecuencia del progreso de la enfermedad. El Día Mundial de la Diabetes se conmemora el 14 de noviembre.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente en el mundo hay 442 millones de adultos que padecen de diabetes mellitus, es decir, una de cada 11 personas, se estima que esta cifra puede duplicarse en los próximos 15 años. El 80 % de las muertes por diabetes se producen en países de ingresos bajos o medios.

La DM se sitúa entre la cuarta y octava causa de defunción en los países desarrollados. En España, ocupa la tercera posición en mujeres y la séptima en los varones. Es una de las pocas causas que provoca mayor mortalidad en las mujeres que en los varones. Existen variaciones importantes entre los países de nuestro entorno. En Europa, las tasas oscilan entre 7,9 defunciones por 100.000 personas/año en Grecia y 32,2 en Italia. En cuanto a la tendencia, se observa un aumento desde los años sesenta en los países europeos. Sin embargo, en España la tendencia es descendente, aunque en números absolutos las defunciones han aumentado, debido sobre todo al envejecimiento de la población. Respecto a la prevalencia de la DM en el contexto americano, Miranda J y col, como parte de una evaluación de los factores de riesgo cardiovascular en América Latina, reportaron una razón de prevalencia de la DM ajustada por edad y género en Perú de 0,4, la que resultó menor en promedio a la encontrada en los otros países estudiados, así, esta fue de 1,12 en Argentina, 1,1 en Chile, 0,9 en Colombia, 1,4 en Costa Rica, 2,89 en Puerto Rico, 1,25 en República Dominicana y 0,98 en Venezuela.

La Organización Panamericana de la Salud afirma que Cuba registra la menor tasa de mortalidad por diabetes de todo el continente americano, menos de 12.3 por cada 100 mil habitantes mientras que existen países del área donde la tasa se eleva a 80 %. ^(3,5)

Según los datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública en el año 2016 fallecieron en Cuba por diabetes mellitus 2 247 pacientes, ocupando esta enfermedad la novena causa de muerte. ⁽⁶⁾

Al cierre del año 2016 en la provincia de Cienfuegos la prevalencia de pacientes diabéticos fue de 58 por cada 1000 habitantes. Los municipios con una mayor tasa fueron Rodas y Cienfuegos

Según el Análisis de la Situación de Salud del municipio de Cienfuegos al cierre del mes de diciembre del 2017 existían en el territorio 12898 pacientes diabéticos, de ellos 1820 pertenecientes al Área de salud No 1, cifra esta superior a la existente al finalizar el año 2016. ⁽⁷⁾

En el consultorio No 14 perteneciente a dicha área se encuentran dispensarizados 60 pacientes como diabéticos, a pesar de que esta patología ocupa el tercer lugar dentro de las enfermedades transmisibles de la población de ese consultorio, no existe una total caracterización de los pacientes que padecen esta enfermedad, esto fue motivo para realizar un estudio que permitiera corroborar científicamente los elementos que caracterizan a este grupo poblacional y así poder realizar un conjunto de acciones que permitan garantizar una mayor calidad de vida a estas personas.

Por lo que se plantea como problema científico: ¿Qué aspectos caracterizan a los pacientes diabéticos pertenecientes al consultorio No 14 del Área de salud No 1 del municipio Cienfuegos?

OBJETIVOS

General

- Caracterizar a los pacientes diabéticos pertenecientes al consultorio No 14 del Área de salud No 1 del municipio Cienfuegos.

Específicos

- Definir edad, sexo y tipo de diabetes que padecen los pacientes diabéticos pertenecientes al consultorio No 14 del Área de salud No 1 del municipio Cienfuegos.
- Determinar el tiempo de evolución de la enfermedad una vez diagnosticada y los antecedentes patológicos familiares de diabetes mellitus.
- Identificar el tratamiento farmacológico y dietético de los pacientes diabéticos.
- Conocer el comportamiento en cuanto a los estilos de vida de estos pacientes y las complicaciones tardías producto a su enfermedad.

DESARROLLO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal en el consultorio 14 del Área de salud No 1 del municipio Cienfuegos en el periodo comprendido desde septiembre a diciembre del 2017. El universo estuvo constituido por 60 pacientes dispensarizados como diabéticos, seleccionándose mediante un muestreo aleatorio simple una muestra de 35. Se utilizaron variables tales como edad, sexo, raza, tipo de diabetes, antecedentes patológicos familiares, tratamiento medicamentoso, tratamiento dietético, realización de ejercicios, complicaciones, entre otras. Durante el proceso de investigación se utilizaron métodos científicos tales como: De nivel teórico el histórico – lógico y el analítico – sintético, del nivel empírico la encuesta y el análisis de documentos, además se trabajó con el método estadístico – matemático el cual permitió el análisis e interpretación de los datos que se obtuvieron como resultados de los métodos aplicados. La información obtenida sobre el tema investigado se muestra en

forma de tablas. Al trabajar con la muestra seleccionada se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los pacientes (Anexo 2) así como diferentes criterios de inclusión y exclusión. Para el desarrollo de la investigación se revisó bibliografía actualizada referente a este tema, los datos fueron obtenidos mediante el análisis de la situación de salud del consultorio, las historias clínicas individuales y la aplicación de una encuesta a la muestra objeto de estudio

El envejecimiento de las poblaciones incrementa la repercusión que producen las enfermedades crónicas no transmisibles sobre ellas. En Cuba la expectativa de vida de la población es alrededor de los 80.5 años para los 2 sexos, con ligera diferencia en el sexo femenino donde este indicado es mayor; esto producirá un continuo aumento de la prevalencia de la diabetes mellitus durante los próximos 30 años.

La búsqueda activa de pacientes diabéticos se lleva a cabo en los pacientes sospechosos de este estado patológico, múltiples estudios han demostrado una relación entre la edad y la aparición de esta enfermedad, existiendo mayores posibilidades diagnósticas en pacientes mayores de 35 años.⁽⁸⁾

De acuerdo con las estadísticas brindadas por el Anuario Estadístico de Salud 2016, en Cuba, se determinó un comportamiento prevaleciente en el grupo comprendido entre 60 y 64 años, con una tasa de 216.3 por 1 000 habitantes⁽⁶⁾

En los pacientes objeto de estudio predominó el grupo etario de 61 a 70 años representando un 37.1 %, seguido del de 71 a 80 años estando incluido en el mismo el 22.9 % de los pacientes estudiados, solo hubo 3 pacientes menores de 30 años y en el rango de edad de 31 a 40 años no se incluyeron pacientes.(Tabla 1)

El aumento de la diabetes en el mundo es a expensas de los pacientes diabéticos tipo II y está condicionado por la incidencia de factores dietéticos, genéticos y sociales en una población más susceptible por la tendencia al envejecimiento.⁽⁹⁾

En la muestra estudiada 32 pacientes se encuentran dentro del grupo de diabéticos tipo II y 3 se clasifican como diabéticos tipo I , no existió ninguna paciente con diabetes gestacional . La presencia del predominio de la diabetes mellitus tipo II está en relación con las características de la población objeto de análisis.(Tabla 2)

Varios estudios realizados en Cuba entre ellos los que refleja el Anuario Estadístico del 2016 demuestran una mayor prevalencia de la diabetes mellitus en el sexo femenino en comparación con el masculino (68.5 vs 48.0) , coincidiendo con los resultados del presente estudio donde 19 pacientes pertenecen a ese sexo y solo 16 al masculino.⁽⁶⁾

Estos resultados también coinciden con la tendencia mundial de que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino.

En la medida que aumenta el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de su enfermedad en un paciente diabético será mayor el grado de adaptación del mismo a vivir con esta patología, teniendo un mayor dominio de cómo mantener controlados los niveles de glucosa en sangre, también serán mayores los riesgos de complicaciones sobre todo si no se cumplen con las pautas de un tratamiento correcto.⁽¹⁰⁾

El 45.8 % de los pacientes encuestados refiere padecer la enfermedad desde hace más de 20 años , el 17.1 % padecen esta patología entre 1 – 5 años, existen 5 pacientes con un tiempo de evolución de la diabetes entre 5 – 10 años e igual número entre 10 – 15 años , ninguno sufre de esta enfermedad desde hace menos de 1 año. (Tabla 3)

Hay riesgo 15 veces mayor de padecer DM en familiares de 1º grado de pacientes DM-1 - Esta puede aparecer en pacientes sin familiares de 1º grado que la padezcan .Los casos esporádicos se deben a que el 40% de la población portan los alelos HLA (de alto riesgo para padecer DM-1A) ,pero hay factores ambientales, aleatorios que contribuyen al riesgo de DM . Los factores genéticos también influyen en la expresión de los Anticuerpos (Ac) anti Islotes Enfermedades Auto inmunes(AI) asociadas. La DM-1A es una enfermedad de mecanismo AI en personas genéticamente susceptibles por lo que la mayoría de estos pacientes tienen al menos una enfermedad AI más: Tiroiditis de Hashimoto (Ac peroxidasa/Tg) Enfermedad celíaca (Ac transglutaminasa) E. Addison (Ac 21 OH lasa) Anemia perniciosa (AAc células parietales) Locus de la Insulina. ⁽¹¹⁾

En estudios realizados en Cuba se identifican los antecedentes patológicos familiares de madre y padre diabéticos como factores de riesgo fuertes o factores mayores que pueden observarse hasta en el 85 % de la población enferma. En el año 2002 se realizó un estudio para caracterizar la diabetes mellitus en pacientes pertenecientes a 5 consultorios del Policlínico Comunitario Docente "Tula Aguilera" del municipio Camagüey, donde el 61.5 % de los pacientes tenían antecedentes de padres diabéticos lo cual se corresponde con los resultados alcanzados en el presente trabajo donde el 64.1 % de los pacientes tienen antecedentes de padres con esta patología , seguidos del 43.3 % con historia de esta enfermedad en los abuelos.(Tabla 4) ⁽¹²⁾

La diabetes mellitus no es curable. El objetivo inmediato del tratamiento es estabilizar los niveles de glucosa en sangre y eliminar los síntomas producidos por el alto nivel de esta en la sangre y los objetivos a largo plazo son: prolongar la vida, mejorar la calidad de vida, aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones.

Mantener una dieta sana es una de las mejores maneras que se puede tratar la diabetes. Ya que no hay ningún tratamiento que se deshaga de la diabetes, en cuanto la persona sea diagnosticada con diabetes debe empezar a mantener una dieta sana y cumplir con el tratamiento medicamentoso indicado. ⁽¹³⁾

En la tabla No 5 se aprecia que el 11.4 % de los pacientes representado por 4 de ellos necesitan para mantener controlada su enfermedad solamente el tratamiento dietético mientras que el 31.4% solo cumplen con el tratamiento medicamentoso refiriendo la ingestión de una dieta preferiblemente rica en grasas y carbohidratos. Cumplen con el tratamiento dietético y medicamentoso el 57.2 % pacientes. Esto alerta en cuanto se debe continuar trabajando en la educación diabetológica de este grupo de pacientes.

La educación, la dieta y el ejercicio ajustados a la edad y complicaciones de cada cual, son la base del esquema terapéutico de los pacientes diabéticos sobre todo del tipo II, dejando la terapia medicamentosa cuando el control se torna difícil y los síntomas se acentúan. La educación al paciente acerca de mudanzas del estilo de vida, medicamentos y complicaciones potenciales por el descontrol metabólico, deben ser

individualizada a su capacidad de entender la información y a su nivel de interés, para que pueda coadyuvar al tratamiento y control, evitando complicaciones desagradables o mutilantes que afecten su calidad de vida.^(14,15)

Tanto en la diabetes tipo 1, en la tipo 2, como en la gestacional, el tratamiento tiene como fin restaurar los niveles glucémicos normales, entre 70 y 105 mg/dl. En la diabetes tipo 1 y en la diabetes gestacional se aplica un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos de la insulina. En la diabetes tipo 2 puede aplicarse un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos, o bien, un tratamiento con antidiabéticos orales.

Para la administración del tratamiento medicamentoso por vía oral es necesario precisar si predomina la elevación de la glucemia postprandial o en ayuna. Si está elevada la primera, se utilizarán de preferencia los inhibidores de la alfa-glucosidasa, los secretagogos de acción rápida, o los medicamentos que incrementen la sensibilidad a la insulina. Por el contrario, cuando la glucemia basal está elevada, lo más conveniente es el empleo de los secretagogos clásicos y también de los sensibilizadores de la insulina.⁽¹⁶⁾

El tratamiento medicamentoso más utilizado en la muestra objeto de estudio es en primer lugar, la metformina (58.0 %); luego la glibenclamida en el 19.3 % y la insulina en el 16.1 %, 5 de los pacientes tienen tratamiento con más de un medicamento.(Tabla 6)

Junto con la dieta, el ejercicio es esencial para asegurar la eficacia del tratamiento prescrito, para identificar los signos que exigen buscar atención médica inmediata y para cuidar adecuadamente los pies.

Los pacientes diabéticos deben mantener una actividad física sistemática, siempre con asesoría médica. El proceso de envejecimiento facilita la degeneración de los músculos, los ligamentos, los huesos, y las articulaciones, y el desuso de estos órganos y la DM pueden exacerbar estas alteraciones.

El ejercicio físico debe ser aerobio en las personas con DM, este incrementa la sensibilidad a la insulina y el consumo de glucosa muscular y hepática, influye favorablemente sobre el control metabólico.

Se debe tener presente, que la indicación del tipo de ejercicio, la intensidad y la duración debe ser personalizada, con el propósito de evitar posibles riesgos.

Además, a la ejercitación activa se debe agregar un enfoque recreativo, lo que la hace más atractiva y aumenta la adhesión a esta actividad.^(17,18)

Considerando los muchos efectos preventivos y curativos de la actividad física, el cuidado primario de los profesionales de la salud debería basarse en la promoción de la práctica de ejercicio físico entre personas afectadas por enfermedades crónicas, no solo de DM. El ejercicio regular ha sido indicado para mejorar el control de la glucosa sanguínea, reducir los factores de riesgo cardiovascular, contribuir a la pérdida de peso, aumentar la sensibilidad a la insulina y proporcionar una sensación de bienestar general. Además, el ejercicio regular puede impedir la aparición de la DM tipo 2 en personas con riesgo de padecerla.

Las intervenciones estructuradas de la práctica de ejercicio al menos durante 8 semanas, evidencia una disminución promedio de 0,66% de los niveles de la hemoglobina glicosilada 1c (Hb A1c) en personas con DM tipo 2, aun sin cambios significativos del índice de masa corporal (IMC).⁽¹⁸⁾

El estudio realizado demostró que solamente el 20 % de la muestra estudiada realiza ejercicio físico, los autores consideran que uno de los factores que puede estar influyendo en el comportamiento de este indicador es el predominio de la edad avanzada en los pacientes estudiados. (Tabla 7)

Las complicaciones tardías aparecen tras varios años de hiperglucemia mal controlada e influyen en la mortalidad del país y repercuten en la calidad de vida de estos enfermos, por las incapacidades que se producen con el avance del proceso o después de sobrevivir a un proceso agudo, tal sería el caso de las personas que padecen insuficiencias coronarias, cardíacas o renales, los que han sufrido amputaciones, los ciegos, los que padecen de paresias o parálisis después de un ictus cerebral o los que se ven limitados por una claudicación intermitente originada por una de miembros inferiores.⁽¹⁹⁾

En la tabla No 8 se observa que la complicación tardía más frecuente en la muestra estudiada fue la hipertensión arterial presente en el 54.2 % de los pacientes, seguida de las infecciones frecuentes que se encuentran en el 31.4 % y de la polineuropatía diabética en el 25.7 %. Presentan más de una complicación 18 pacientes mientras que 3 no tienen ninguna complicación diagnosticada.

CONCLUSIONES

En los pacientes que formaron parte del estudio predominó el grupo de edad de 61 a 70 años seguido del de 71 a 80 años, el sexo femenino y la diabetes mellitus tipo II. No existió ningún paciente con diabetes gestacional. El mayor número de los pacientes encuestados refiere padecer la enfermedad desde hace más de 20 años, ninguno sufre de esta enfermedad desde hace menos de 1 año. Al analizar los antecedentes familiares de diabetes mellitus, se pudo conocer que la mayoría de los pacientes son hijos de padres diabéticos, todos tienen tratamiento para su enfermedad y es significativo el número de los mismos que no realizan tratamiento dietético. Los hipoglucemiantes orales son los más utilizados y entre ellos la metformina y la glibenclamina son los que más se consumen, la realización de ejercicios físicos no es una práctica frecuente en el grupo objeto de estudio y las complicaciones que más frecuentemente padecen producto a su enfermedad son la hipertensión arterial y las infecciones frecuentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1-Capítulo 12: Diabetes Mellitus. En: Pérez Ruiz L [et al]. Bioquímica clínica para tecnología de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/bioquimica_clinica/cap12.pdf

2- Padrón Chacón R. Capítulo 16 Diabetes Mellitus. En: Padrón Chacón R. [et al]. Propedéutica clínica y fisiopatología odontológica fundamental. La Habana: Editorial

Ciencias Médicas; 2008. Disponible en :
http://bvs.sld.cu/libros_texto/proped_clin_fisi_odont/cap16.pdf

3- Atención de enfermería a pacientes con afecciones endocrinas: Diabetes Mellitus. En Padilla Garrido OB, Hernández Cortina A. temas de Enfermería Pediátrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.

4- Fernández Camejo J, Bustillo Tur CJ. Capítulo 50: Diabetes Mellitus. En: Vicente Peña E, Rodríguez Porto AL, Sánchez Zulueta E, Quintana López L, Riverón Gonzalez JM, Ledo Grogús D. diagnóstico y tratamiento en medicina interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.

5- Fenton Tait MC, Cabrera Cabrera I, Enriquez Lugo K, Vázquez Izada B, León Román C, Hernández Martínez JC; [et. al]. Capítulo 5: Atención de enfermería a pacientes con afecciones del sistema endocrino metabólico. En: Fenton Tait MC, Armenteros Borrell M. Temas de enfermería médico quirúrgica Tercera Parte. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

6-Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016

7-Análisis de la situación de salud. Centro Provincial de Higiene, epidemiología y microbiología. Cienfuegos. Año 2015.

8- Capitulo 31 Diabetes Mellitus. En: Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra B; [et al]. Temas de Medicina Interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 4ta ed. 2002.

9- Pérez Rodríguez A, Berenguer Gouarnaluses M. Algunas consideraciones sobre la Diabetes Mellitus y su control en el nivel primario de salud. MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 8 Ene 2018]; 19(3). Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n3/san11193.pdf>

10. Crespo N, Rosales E, González R, Hernández J.D. Caracterización de la diabetes mellitus. Rev. Cuba. Med Gen Integr [serie en Internet].2011 [citado 8 Ene 2018]; 19(4) : [aprox 10p.]. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400004&lng=es&nrm=iso.

11- Conesa A.I , Díaz O , Conesa del Río J.R , Domínguez E. Mortalidad por diabetes mellitus y sus complicaciones, Ciudad de La Habana, 1990-2002. Rev .cuba. Endocrinol [serie en Internet].2012 [citado 12 Ene 2018]; 21(1) : [aprox 8p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12-Pérez J.L , Regueira J.L, Hernández R. Caracterización de la diabetes mellitus en un área de salud. Rev. Cuba. Med Gen Integr [serie en Internet].2002 [citado 12 Ene 2018]; 18(4) : [aprox 8p.]. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400003&lng=es&nrm=iso.

13-González S.R. Diabetes mellitus . Rev. cuba. med [serie en Internet].2011 [citado 12 Ene 2018]; 44(5) : [aprox 7p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232005000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

14. Licea ME, Nina VR, Domínguez E. Nefropatía diabética incipiente en diabéticos tipo 1 atendidos en el Centro de Atención al Diabético. Rev Cubana Endocrinol. [serie en Internet] 2009 [citado 20 Ene 2018];17(3): [aprox 10p.] Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/revistas/end/indice.html>.

15- Hernández A. Factores de riesgo, supervivencia y mortalidad en diabéticos en Ciudad Habana [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Endocrinología]. Ciudad de La Habana: INEN; 2010.

16- Licea ME, Nina VR, Domínguez E. Nefropatía diabética incipiente en diabéticos tipo 1 atendidos en el Centro de Atención al Diabético. Rev Cubana Endocrinol. 2010;17(3): ISSN 1561-2953. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/end/indice.html>

17-.Cuellar Álvarez R, Trasancos Delgado M, Junco Chang AM, Montes de Oca SL. Comportamiento de la mortalidad por diabetes mellitus. Provincia Pinar del Río. 2006-2009. Rev CubanaEndocrinol. 2010;13(Supl):79.

18- Montoya Rey C, Santana Delia P, Cardona Garbey D. Análisis de las principales causas de muerte en pacientes diabéticos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán en el período desde enero 1996 hasta diciembre 2000. Rev Cubana Endocrinol. 2002;13(Supl):73-74.

19- Colectivo de autores. Guías ALAD de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD); 2009. p. 12-5.

ANEXOS

Anexo: 1 CUESTIONARIO

Estimado(a) paciente, se le ofrece el presente cuestionario con el objetivo de tener una caracterización más exacta sobre los pacientes diabéticos del consultorio No 14 del área de salud No 1 así como el comportamiento de los factores relacionados con los estilos de vida que puedan estar influyendo positiva o negativamente en la evolución de su enfermedad. Le solicitamos responda el mismo y así nos ayudará a garantizarle una mejor atención de salud.

- ✓ **Edad:** _____
- ✓ **Sexo:** _____
- ✓ **Raza:** _____
- ✓ **Peso :** _____
- ✓ **Talla :** _____
- ✓ **Profesión :** _____
- ✓ **Escolaridad: (Marque con una X la opción correcta)**
Primaria no terminada _____ Primaria _____ Secundaria _____
Técnico medio _____ Preuniversitario _____ Universitario _____

- ✓ **Tiempo transcurrido desde que se le diagnosticó diabetes mellitus:**

Antecedentes patológicos familiares:(Marque con una X la opción correcta)

Madre _____ Padre _____ Abuela _____ Abuelo _____ Tías _____ Tíos _____

- ✓ **Otras enfermedades que padece**
Hipertensión arterial _____ Insuficiencia cardiaca _____ Asma bronquial _____
Otras _____ ¿ Cuáles ?

- ✓ **Tratamiento actual (Marque con una X la opción correcta)**

Medicamentoso _____ Dietético _____ Medicamentoso y dietético _____
En caso de tener tratamiento medicamentoso refiera cuales son los medicamentos

✓ **Hábitos alimentarios**

Realiza usted 6 comidas al día (desayuno, merienda, almuerzo, merienda, cena, merienda) Sí___ No ___

Su alimentación es rica en:

___ Proteínas ___ Grasas ___ Carbohidratos ___ Vitaminas y minerales
___ Azúcares

✓ **Práctica de ejercicio físico**

¿Practica usted ejercicios físicos? Sí _____ No _____

✓ **Complicaciones que presenta producto a su enfermedad (retinopatía diabética, poli neuropatía diabética , nefropatía diabética , infecciones frecuentes, úlceras en miembros inferiores , otras)**

Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de la presente yo _____ paciente diabético perteneciente al consultorio No 14 del Área de salud No 1 del municipio Cienfuegos , manifiesto mi aprobación para participar en una investigación con el objetivo de caracterizar a los pacientes diabético de nuestro consultorio .

Firma: _____

Anexo 3: TABLAS

Tabla No 1: Distribución de la muestra según edad

Edad	No	%
Menos 30 años	3	8.6
31 – 40 años	-	-
41 – 50 años	4	11.4
51-60 años	4	11.4

61 – 70 años	13	37.1
71 - 80 años	8	22.9
Más de 80 años	3	8.6
Total	35	100

Fuente: Encuesta

Tabla No 2 : Distribución de la muestra según sexo y clasificación de la diabetes mellitus

Clasificación de la diabetes	Sexo		Total
	F	M	
Tipo I	2	1	3
Tipo 2	17	15	32
Diabetes gestacional	-	-	-
Total	19	16	35

Fuente: Encuesta

Tabla No 3: Distribución de la muestra según tiempo de evolución de la enfermedad

Tiempo	No	%
Menos de 1 año	-	-
1 – 5 años	6	17.1
5 – 10 años	5	14.3
10-15 años	5	14.3
15-20 años	3	8.5
Más de 20 años	16	45.8
Total	35	100

Fuente: Encuesta e historia clínica individual

Tabla No 4: Distribución de la muestra según antecedentes patológicos familiares de diabetes mellitus.

Antecedentes patológicos familiares	No	%
Padres	25	64.1
Abuelos	12	43.3
Tíos	2	5.1
No antecedentes	3	8.5

Fuente Encuesta

Tabla No 5: Distribución de la muestra según tratamiento para su enfermedad

Tratamiento	No	%
Dietético	4	11.4
Medicamentoso	11	31.4
Medicamentoso y dietético	20	57.2

Total	35	100
-------	----	-----

Fuente: Encuesta

Tabla No 6: Distribución de los pacientes con tratamiento medicamentoso según fármaco que utilizan.

Fármacos	No	%
Insulina	5	16.1
Glibenclamida	6	19.3
Diabetón	3	9.6
Metformina	18	58.0
Gliburida.	2	6.4

Fuente: Encuesta

Tabla No 7: Comportamiento de la práctica de ejercicios físicos en los pacientes estudiados.

Práctica de ejercicios físicos	No	%
Si	7	20
No	28	80
Total	35	100

Fuente: Encuesta

Tabla No 8: Complicaciones tardías producto a su enfermedad en los paciente estudiados

Complicaciones	No	%
Hipertensión arterial	19	54.2
Polineuropatía diabética	9	25.7
Nefropatía diabética	4	11.4
Retinopatía diabética	5	14.2
Infecciones frecuentes	11	31.4
Úlceras en miembros inferiores	4	11.4

Fuente: Encuesta e historia clínica individual



TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INTOXICACIONES EXÓGENAS. CIENFUEGOS 2017.

TITLE: CHARACTERIZATION OF PEDIATRIC PATIENTS WITH EXOGENOUS INTOXICATIONS. CIENFUEGOS 2017.

Autores: Lietter Aguilar Jure. (lietter.aguilar@gal.sld.cu, Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguia Lima”, Cienfuegos, Cuba)
Camila Molina Jure. (camila.molina@nauta.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, estudiante de 1er año de estomatología.)
Viviana García Escudero. (viviana.garcia@gal.sld.cu, Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguia Lima”, Cienfuegos, Cuba)

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la atención integral a la mujer y al niño ocupan hoy un lugar cimero en la sociedad y los sistemas de salud, y dentro de ella las intoxicaciones exógenas constituyen un serio problema. **OBJETIVO:** caracterizar los pacientes pediátricos con intoxicaciones exógenas en la provincia Cienfuegos en el año 2017. **MATERIAL Y MÉTODO:** se desarrolló un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, donde se incluyeron los pacientes con test positivo a cualquier tipo de intoxicación en el período comprendido entre el 1 de Enero de 2017 y el 31 de Diciembre de 2017. **RESULTADOS:** la media de edad fue de $12 \pm 5,4$ años, predominó el sexo femenino (66.66%), el 28.57% de los pacientes eran del municipio Cienfuegos. Los meses con mayor número de pacientes fueron Septiembre y Octubre, el método más empleado fue el carbón activado (85.71%). Se ingresaron el 100% de los casos. El promedio de estadía fue de 3.04 ± 1.90 días y evolucionó satisfactoriamente el 95.24% de los pacientes. El 4.76% fue a unidades de cuidados progresivo y requirió ventilación artificial mecánica. No hubo fallecidos y el uso de benzodiazepinas fue el tóxico más empleado en los pacientes con intento suicida. **CONCLUSIONES:** las características clínicas y analíticas no difieren de lo reportado en la literatura. La descripción de esta serie podría servir de base para: la planificación de recursos y adopción de medidas en el enfrentamiento de esta conducta, y la labor educativa con la familia. **PALABRAS CLAVES:** INTOXICACIÓN EXÓGENA. CIENFUEGOS.

SUMMARY

INTRODUCTION: comprehensive care for women and children today occupy a top place in society and health systems and within it, exogenous intoxications constitute a serious health problem. **OBJECTIVE:** to characterize pediatric patients with exogenous intoxications in the province of Cienfuegos in 2017. **MATERIAL AND METHOD:** an observational, descriptive, retrospective study was carried out, which included patients with positive test for any type of intoxication in the period covered between January 1, 2017 and December 31, 2017. **RESULTS:** the mean age was 12 ± 5.4 years, female sex predominated (66.66%), 28.57% of the patients were from the Cienfuegos municipality. The months with the highest number of patients were September and October, the most used method was activated charcoal (85.71%), 100% of the cases were admitted. The average stay was 3.04 ± 1.90 days and the 95.24% of cases



progressed satisfactorily. 4.76% went to progressive care units and only 4.76% required mechanical artificial ventilation. There were no deaths and the use of benzodiazepines was the most used toxic in patients with suicide attempt. **CONCLUSIONS:** the clinical and analytical characteristics do not differ from what is reported in the literature. The description of this series could serve as a basis for resource planning and the adoption of measures in confronting this behavior and educational work with the family.

KEY WORDS: EXOGENOUS INTOXICATION. CIENFUEGOS.

INTRODUCCIÓN

La atención integral a la mujer y al niño ocupan hoy un lugar cimero en la sociedad y los sistemas de salud y dentro de ella las intoxicaciones exógenas constituyen un serio problema de salud.

El elevado desarrollo científico técnico de la sociedad contemporánea pone en manos del hombre gran diversidad de productos químicos que son tóxicos, capaces de una vez que se ponen en contacto con el organismo humano, desencadenar cuadros de intoxicaciones agudas. ⁽¹⁾

La exposición a los tóxicos ocurre por diversas causas, entre ellas: accidental, medicación (automedicación y/o sobredosis), adicción, suicida e iatrogénica. ^(2,3)

Son consideradas sustancias tóxicas 9 millones, de estas 3000 producen cuadros de intoxicaciones. La disponibilidad de tóxico constituye el principal determinante de las intoxicaciones, tanto para adultos como para niños y los medicamentos proporcionan el mayor número de ingresos, así como las más graves. ^(4,5)

Las ingestiones accidentales son debidas por regla general a un solo fármaco y su distribución refleja las drogas disponibles en el medio donde se mueve el intoxicado, entre las que de forma constante aparecen los psicofármacos y analgésicos para los medicamentos y los derivados del petróleo, alcohol y cáusticos para los productos de uso en el hogar. ^(4,5)

El suicidio debe ser considerado un hecho de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Según los conocimientos actuales este es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto en su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional. ⁽⁶⁾

La salud es el bien máspreciado del hombre. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es: "El completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades". ⁽⁷⁾

Estas afecciones se han convertido en los últimos años en un verdadero problema de salud, dado por el aumento de su morbilidad e incluso por la mortalidad, considerándose además como una urgencia médica, ocupando uno de los primeros lugares como motivo de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos. ^(2,8)

Los accidentes o lesiones no intencionales representan un problema de salud mundial y constituyen la primera causa de muerte en niños mayores de 1 año y adultos jóvenes en casi todos los países. Es por eso que se consideran un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos. ⁽⁵⁾

Existen varios enigmas grandiosos de la vida humana, el suicidio es uno de ellos. Cualquiera que afirma que existen respuestas sencillas a estas complicadas decisiones humanas, es que simplemente no comprende la naturaleza del hombre, todos y cada uno de estos casos de autodestrucción implica la presión de una



angustia sentida como insoportable. Desde este punto de vista se comprende mejor el suicidio como un escape más que un ir hacia algo. ^(3,9)

Este fenómeno va en aumento en todos los países según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre todo los países de alto desarrollo tecnológico, donde las causas más importantes de muerte son las llamadas "enfermedades del desarrollo" (cardiovasculares, cerebrovasculares, accidentes) con incremento del suicidio en un 15 % en dichos países, convirtiéndose en segunda causa la muerte entre individuos menores de 35 años. ^(10,11)

Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades. ⁽⁶⁾

A través de la historia, la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico concreto de que se trate. Así, en la antigua Roma, se asumía una posición neutral e incluso positiva frente al suicidio. Basta mencionar a Séneca, el estoico, quien dijera: "El vivir no es un bien, si no se vive bien". "Morir antes o después es irrelevante". ⁽¹²⁾

La exposición a un tóxico o veneno no siempre causa efectos adversos; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones las intoxicaciones resultantes constituyen verdaderas emergencias médicas, consideradas por algunos como "traumas múltiples de origen químico". El manejo general del paciente intoxicado se puede llevar a cabo en tres fases consecutivas: manejo de emergencia, apoyo vital y destoxicación. ^(1,13)

El suicidio, además de constituir un drama de la existencia humana, en muchos países es un problema de salud. Según la OMS, está ubicado entre las 10 primeras causas de muerte y cada día en el mundo se suicidan 1 000 personas. En la antigua Alemania Occidental, Austria, Japón, Países Escandinavos, Hungría y Suiza, alcanza una tasa de 25 por 100 000 habitantes. En EE.UU. la tasa es de 12 por 100 000 habitantes mientras que en Italia y España las estadísticas son de 10 por 100 000 habitantes.

Cuba no queda exenta de esta problemática y el comportamiento suicida en estas edades se manifiesta de manera similar. En la mayor de las Antillas el suicidio se encuentra dentro de las primeras causas de muerte y la tercera en las edades de 15 a 49 años; se tiene la certeza de la notificación de todos los casos que ocurren y el desarrollo social alcanzado ha permitido dar un salto cualitativo en el sistema de salud, mostrándose en una atención cada vez más integral de los problemas que afectan el estado de salud del hombre y su familia. Los progresos actuales en la atención primaria han hecho posible la creación de un programa nacional de prevención y seguimiento de la conducta suicida, la cual ha tenido en los últimos años una tendencia a disminuir, aunque continúa siendo un problema si se tiene en cuenta que en Cuba el suicidio ocupa la octava causa de muerte, con una tasa de 14,7 por cada 100 000 habitantes. ⁽¹⁴⁾

Se calcula que por cada muerte por suicidio se producen de 10 a 25 intentos, por lo que se considera de gran importancia el reconocimiento de los múltiples factores de riesgo que inducen dicha conducta y que pueden determinar la muerte de numerosos individuos. ^(15,16)

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la provincia de Cienfuegos a pesar del desarrollo alcanzado por el sistema de salud, de los programas de promoción y prevención realizados en la comunidad, las intoxicaciones con fines suicidas constituyen un problema de morbilidad y mortalidad



no resuelto, afectando tanto a adultos como a adolescentes y esta se mantienen como causas de secuelas y años de vida potencialmente perdidos.

Los accidentes en el hogar continúan además siendo un problema de salud no resuelto, causa que motivó el interés en abordar esta problemática, pues se conoce la escasez de estudios anteriores; solo se sabe de un artículo publicado. El presente trabajo se realizó con el objetivo de caracterizar a los pacientes pediátricos con intoxicaciones exógenas en la provincia Cienfuegos durante el año 2017.

Objetivo General:

- ✚ Caracterizar los pacientes pediátricos con intoxicaciones exógenas en la provincia Cienfuegos durante el año 2017.

Objetivos Específicos:

- ✚ Describir los casos estudiados de acuerdo a las variables: edad, sexo, mes de ingreso y municipio de procedencia.
- ✚ Identificar los factores predisponentes como son: nivel de escolaridad de los padres y antecedentes patológicos personales.
- ✚ Precisar las sustancias ingeridas por el paciente intoxicado, la circunstancia, así como el antídoto empleado.
- ✚ Describir las principales complicaciones presentadas, estado al egreso y estadía en sala.

DESARROLLO

Para el desarrollo del presente trabajo se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de una serie de casos en el hospital pediátrico “Paquito González Cueto” en la provincia Cienfuegos, donde se incluyeron los 21 pacientes con test toxicológico positivo en el período comprendido entre el 1 de Enero de 2017 y el 31 de Diciembre de 2017.

Para dar cumplimiento a cada uno de los objetivos propuestos se determinaron las variables: edad, sexo, mes de ingreso y municipio de procedencia, a las cuales se le calcularon frecuencia absoluta, frecuencia relativa y por ciento. En el caso de la edad se le calculó la media, la variación estándar, el valor máximo y mínimo. Se identificó el nivel de escolaridad de los padres y los antecedentes patológicos personales de cada uno de los pacientes.

A todos los pacientes con sospecha clínica de intoxicación exógena, según el protocolo de trabajo de la unidad, se les realizó un test rápido de toxicología para drogas ilícitas (test SPRINREACT) de producción y comercialización española ⁽¹⁷⁾ y los análisis toxicológicos para drogas lícitas en muestra de sangre y orina. Se identificaron los pacientes con test rápido positivos y estos fueron los que se tomaron en cuenta para el presente estudio además de las circunstancias en las cuales se produjo la intoxicación; relacionándolo con las variables que lo permitieron, como circunstancia, sexo y vía de ingreso al organismo.

Se consideraron pacientes con intoxicación exógena aquellos pacientes que presentaron test rápido positivos independientemente de que el test se haya empleado a la muestra en sangre o en orina, pues esto depende del metabolismo de cada uno de los productos y el tiempo que media entre la absorción y la toma de la muestra.

Se identificaron las principales complicaciones presentadas, el estado al egreso y la estadía en sala de los pacientes analizándose los resultados en el sistema SPSS versión 21.0 para Windows.



Durante el análisis de los pacientes estudiados se evidenció un predominio de las intoxicaciones en el sexo femenino (66.66 %) en relación al masculino (33.33 %).

En cuanto al sexo, los resultados de la actual investigación coinciden con otros estudios, donde reflejan que los intentos suicidas son más frecuentes en el sexo femenino, con una proporción 3/1 en relación con los hombres a diferencia del suicidio consumado, más frecuente en el sexo masculino, ⁽¹⁾ ya que los hombres tienen tendencia a utilizar los métodos violentos con más frecuencia que las mujeres. ⁽¹⁸⁾

La bibliografía consultada refleja que según la distribución por grupos de edades, hubo mayor porcentaje entre los 15 y 20 años de edad coincidiendo con los resultados del presente trabajo (12 ± 5.4 años), pues la conducta suicida se presenta en sujetos predominantemente jóvenes, se señaló que el aumento de esta, a partir de los 15 años puede estar relacionada con las complicaciones de la vida emocional, las relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio y la participación social en general. ^(5,8) (Anexo 1)

El riesgo suicida aumenta con la edad, sin embargo en las edades más tempranas los accidentes encabezan la lista de las circunstancias en las cuales se producen las intoxicaciones exógenas, sobre todo cuando los adultos no colocan en lugares lejos del alcance de los niños los medicamentos que consumen y estos, al imitar a los padres y desconociendo el riesgo los ingieren. ⁽¹⁹⁾

Estudios internacionales reportan que el incremento del intento suicida se observa en Europa Occidental y en otros países como en el Japón, donde 25 000 casos de muertes por esta causa ocurridos en 1986, 1 000 correspondieron a jóvenes menores de 20 años. En Estados Unidos, en 1988 se produjeron 5 000 suicidios y en 1994 fue la tercera causa de muerte en adolescentes. Además el 2 % de las muertes del año se debieron al suicidio. ^(20,21)

Barriera Quiala M y Fernández Sánchez S en su estudio "Intoxicaciones agudas en la adolescencia" encontraron un predominio del sexo femenino, entre 10 y 14 años atribuido a que el inicio de la adolescencia, por su inmadurez, entre otras razones propias de la edad, las féminas llevan a cabo intentos suicidas con más frecuencias no coincidiendo exactamente con los resultados del trabajo, ⁽²²⁾ pues en la muestra estudiada las féminas mayores de 16 años fueron las que más prevalecieron.

En estudios revisados se pudo observar cómo el sexo femenino constituyó la mayor parte de la muestra, las mujeres exceden en número a los hombres en porcentaje de intento a razón de dos o tres a uno. Los intentos suicidas son considerados como una conducta femenina, porque implica desesperanza, indecisión y algunas veces la expectativa de ser rescatadas. Los hombres por otro lado, pese a que tengan sentimientos depresivos y desesperados, pueden estar poco dispuestos a admitir sus pensamientos suicidas, porque perciben estos como un signo de debilidad. En países tanto industrializados como subdesarrollados, atribuyen esta conducta al sexo femenino y la asocian a influencias de patrones culturales. ^(17, 19, 23)

El 28.57 % de los casos eran del municipio Cienfuegos representando el mayor porcentaje de pacientes, seguidos por el municipio Palmira con el 19.04 % de los casos. (Anexo 2)

Algunos autores encuentran en sus estudios que en cuanto a la procedencia social el mayor porcentaje pertenece al área rural y lo relacionan con un mayor índice de desorganización social: hogares rotos, hacinamiento, alcoholismo, toxicomanías, entre otras causas, ⁽²³⁻²⁴⁾ lo cual difiere del presente estudio, pudiendo estar en relación densidad de población en cada uno de los municipios de la provincia.



El Dr. Rojo Cásares en su estudio “Caracterización de la intoxicación intencional suicida en adolescentes ingresados en cuidados intensivos (2000-2006)” muestra que el mayor número de adolescentes intoxicados proceden de zonas de residencia urbana, constituyendo el 84.8% del total, coincidiendo este con los resultados de la investigación.⁽²⁵⁾

De manera general no existe un amplio consenso de esta variable epidemiológica a la cual se refiere en los diferentes reportes revisados. A favor de este fenómeno se señalan algunos aspectos como el proceso de migración interna de los adolescentes de las zonas rurales hacia las urbanas, lo cual incrementa la densidad poblacional de adolescentes en las mismas, y esto se ve sobre todo de manera muy marcada en las regiones de América Latina y el Caribe según publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo cual se sustenta en un mayor número de fuentes de empleo, mejores posibilidad para la educación y la percepción no siempre real de una mayor calidad de vida en las áreas más cosmopolitas.⁽²⁶⁾

El mes de mayor número de ingresos en el servicio por esta entidad fue el mes de septiembre y octubre aportando el 19.04% de los casos de estudio, a partir de lo cual comenzaron a disminuir. (Anexo 3)

En relación con el nivel de escolaridad de los padres se encontró en el estudio que la mayor muestra correspondió al nivel Bachiller en un 52.38 %; esto puede ser expresión del grado de escolarización de la población cubana.^(3,5)(Anexo 4)

Autores como Peña Galbán y otros en su estudio “comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescente y jóvenes” en Cuba, coinciden en relación con el nivel medio escolar.⁽¹⁹⁾

En cuanto a los antecedentes patológicos personales, los pacientes con antecedentes de salud encabezaron el estudio (71.43 %), solo el 4.76 % padecía de enfermedades psiquiátricas, y en el resto de los pacientes (23.8 %) predominó el asma bronquial. (Anexo 5)

Se plantea que el 85 % de las personas que cometen suicidio, tienen un trastorno psiquiátrico manifiesto, fundamentalmente de tipo afectivo, la complicación más grave de la depresión es el suicidio, con un riesgo 10 veces mayor que la población general. Así mismo, el trastorno de personalidad es también un factor predisponente importante en el suicidio, fundamentalmente en adolescentes y adultos jóvenes.⁽²⁷⁻²⁸⁾

En estudios revisados la mayoría de los pacientes tenían antecedentes patológicos personales de trastornos psiquiátricos, no coincidiendo con los resultados de la investigación. Otros autores señalan que es más frecuente que ocurra una mayor cantidad de intentos suicidas en enfermedades depresivas y descompensaciones de enfermedades psiquiátricas crónicas (esquizofrenias, deficientes mentales, trastornos de personalidad, entre otras), que constituyen un factor de riesgo importante.⁽²³⁻²⁴⁾

De forma similar se observa la existencia de antecedentes patológicos (psiquiátricos) familiares en los pacientes, por lo que es posible relacionarlos con factores hereditarios, de aprendizaje, desórdenes en su personalidad y culturales entre otros.⁽²⁹⁻³¹⁾

Según las sustancias ingeridas la mayoría de los pacientes ingirieron psicofármacos como las benzodiazepinas. En otros estudios revisados el método seleccionado con mayor frecuencia fue la ingestión de psicofármacos, seguido por otros medicamentos; métodos preferidos por personas jóvenes, predominantes entre los pacientes estudiados y de acuerdo con lo que se plantea sobre el tema,^(10,18) coincidiendo con el estudio.

De acuerdo a las circunstancias en las cuales se desarrollaron las intoxicaciones el



intento suicida representó el 61.9% de los pacientes del estudio y el 100% emplearon la vía digestiva para este fin, elementos que coinciden con los estudios referidos anteriormente. (Anexo 6 y 7)

La mayoría de los pacientes de la serie estudiada ingirieron benzodiacepinas (38.1 %) y fenotiacinas (33.33 %).

El predominio de los medicamentos en general como agentes tóxicos causantes de intoxicaciones, ha sido descrito en múltiples estudios realizados en España, EUA, México, Chile ⁽³²⁻³³⁾ y en la isla en estudios realizados en Santiago de Cuba y Cienfuegos. ⁽³²⁾

Otros resultados también discrepan de varias publicaciones internacionales, como por ejemplo, se reportó el predominio de sustancias limpiadores como agentes causales de intoxicaciones en Colombia ⁽³⁵⁾ y en Antioquia, Colombia en mayo del 2003 lo que predominó fueron los plaguicidas seguido de los medicamentos. ⁽³⁶⁾ Los Centros de Información y Asesoramiento Toxicológico de Uruguay y Guatemala en estudios recientes reportan que las sustancias más relacionadas con las intoxicaciones fueron los plaguicidas y las drogas ilícitas, respectivamente. ⁽³⁷⁾ No coincidiendo estos resultados con este estudio.

Como resultado de otras investigaciones se observó que se utilizó con más frecuencia el método de ingestión de psicofármacos, por órganos fosforados, insecticidas, combustibles, quizás porque no producen sufrimiento o dolor momentáneo. En ocasiones no hay una intención seria de morir sino de llamar la atención para recibir ayuda, existe una tendencia a su sustitución por métodos más duros. ⁽¹⁹⁾

En la mayoría de los pacientes de la serie en estudio, el toxicológico fue positivo en las muestras de orina (71.43 %) y ningún contenido gástrico fue positivo. (Anexo 8)

Según las muestras analizadas en contenido gástrico todas los test fueron negativos, mientras se logró el diagnostico además de por la clínica por los test aplicados a las muestras de orina, lo cual puede estar en relación con el empleo de lavados gástricos pues no existe certeza de que las muestras hayan sido tomas antes de este proceder o del tiempo que transitó entre la ingestión y la toma de la muestra, pues depende del metabolismo de cada uno de los tóxicos.

De los 13 pacientes (61.9%) que presentaron intento suicida, la mayoría de ellos (28.57%) emplearon benzodiacepina para ello. (Anexo 9)

En relación con los métodos aplicados según el tóxico ingerido solo se administró antidototerapia al (9.52 %), el Carbón Activado se empleó en el 85.71% y el lavado gástrico en 47.62 %.

Los tratamientos aplicados fueron en su mayoría de sostén, (Anexo 10) pues las intoxicaciones agudas con frecuencia provocan complicaciones que comprometen la vida del paciente si no se realiza una valoración adecuada de su estado general ^(33-34,36) principalmente de las funciones vitales.

Los resultados obtenidos hablan a favor de esto, lo cual coincide con otros reportes, ⁽³⁵⁾ pues los pacientes evolucionaron hacia la mejoría sin complicaciones, (Anexo 11) no existiendo fallecidos. (Anexo 12)

En otro estudio realizado el tratamiento que recibieron los pacientes con mayor frecuencia fue el uso de Coloides y Cristaloides. En los tratamientos específicos fue la combinación de más de un tratamiento lo que primó, siendo necesaria su utilización en 72 pacientes, el uso de diuresis forzada en 5 pacientes, antidoto en 5 pacientes, lavado gástrico en 2 pacientes y cirugía en 1. ⁽³⁷⁾

Durante la estadía hospitalaria evolucionó satisfactoriamente el 95.24% de los pacientes



en relación al 4.76 % debido a la presencia de complicaciones como depresión respiratoria.

El 100% de los pacientes del estudio ingresaron al menos en observación y solo el 4.76% requirió de ingreso en unidad de cuidados intensivos.

En el 47.62% de los casos la estadía fue inferior a los dos días. La media de estadía fue de 3.04 ± 1.90 . (Anexo 13)

CONCLUSIONES

- Las características clínicas y analíticas de la serie estudiada no difieren de lo reportado en la literatura.
- La baja letalidad constituyó un resultado satisfactorio.
- El uso de psicofármacos está ampliamente difundido como empleo en los adolescentes con intento suicida.
- La descripción de esta serie podrá servir de base a las autoridades de la provincia para la planificación de recursos y la adopción de medidas en el enfrentamiento a este problema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Group DC E. Los Productos Químicos Tóxicos de Uso Doméstico Más Comunes. Global Healing Center. Vive Saludable. [Artículo en Internet]. 14, sept, 2016 [citado 14 abril 2018]. Disponible en: <https://www.globalhealingcenter.net/salud-natural/los-productos-quimicos-toxicos-de-uso-domestico-mas-comunes.html>
2. Seoane Flores José A. Intoxicaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos "Ismaelillo" del Hospital del Niño " Dr. Ovidio Aliaga Uria" (1997 - 2003). Rev. bol. ped. [Internet]. 2004 Ago [citado 2018 Mayo 11]; 43(3): 144-148. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/sciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000300003&lng=es.
3. Kim S, Hong SH, Bong CK, Cho MH. "Characterization of Air Freshener Emission: The Potential Health Effects." J. Toxicol. Sci. The Journal of Toxicological Sciences. 2015 May [citado 2018 Abril 11] ; 40(5): 535-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26354370>
4. Caballeros López A, Hernández Rodríguez HP. Terapia Intensiva. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1988. p. 225-84.
5. Ribes Gadea V. Manejo general de las intoxicaciones agudas. Servicio Urgencia Hospital la Rivera.[Internet]. 2016 Marz [citado 2018 Abril 11]: 1-24. Disponible en: https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi8rY_v5v3aAhWN61MKHSVHDeIQFgg-MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.prioridadcero.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F03%2FProtocolo-de-intoxicaciones-agudas-2014.pdf&usq=AOvVaw2v43GYIpm23J9v0K247TiZ
6. Castillo Ledo I, Ledo González HI, Ramos Barroso AA. Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. Norte de salud mental [Internet] 2013, May [citado 2018 Mayo 11]; XI (46): 13-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4694922.pdf>
7. Definición de salud según la OMS. OMS. [Internet] 2017, Abr [citado 2018 Mayo 11]. Disponible en: <https://www.axahealthkeeper.com/blog/la-definicion-de-salud-11>



- segun-la-oms-infografia/
8. De la Caridad Oliva Venereo D, Rodríguez Costa I, Calle Ramírez R, Viñas Martínez AL, De la Torre Silva C, Matos Ross O. Intoxicaciones agudas en el Centro de Emergencias del Hospital General Docente Enrique Cabrera, 2009-2010: serie clínica retrospectiva. Medwave. [Internet] 2013 [citado 2018 Mayo 11];13(4):e5659 doi: 10.5867/medwave.2013.04.5659. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5659>
 9. Castro P, García M, Galcerán M y Trelles F. ¿Si no viviéramos en sociedad, existiría el suicidio? La sociedad y el suicidio. Estudios económicos y sociales Cinthia Vignola. [Internet] 2017. Disponible en: https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=12&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwixh6ec9P3aAhXQyIMKHbBUBIAQFgh3MAs&url=https%3A%2F%2Fucu.edu.uy%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Ffacultad%2Fdcsp%2Fconcurs_o_2017%2F1a-sociedad-y-el-suicidio.pdf&usg=AOvVaw3eObM-nRah5EgonXbaoVzW
 10. Martínez Jiménez A, Moracén Disotuar I, Madrigal Silveira M, Almenares Aleaga M. Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 1998 Dic [citado 2018 Mayo 11] ; 14(6): 554-559. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000600008&lng=es.
 11. Rodríguez Escobar A, Medina Pérez OA, Rozo David AJ and Sánchez García S. *Ágora u.s.b.* [online]. 2013, vol.13, n.2, pp.411-420. ISSN 1657-8031. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-80312013000200006
 12. Guerra Domínguez E. Riesgo suicida en la adolescencia. [Monografía publicada en Internet]. 2014 [citado 2018 Mayo 11]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos101/riesgo-suicida-adolescencia/riesgo-suicida-adolescencia.shtml>
 13. Fernández-Barocio F, Sánchez Villegas MCS. Epidemiología de las intoxicaciones en el Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital de Tercer Nivel. Reporte de cinco años. Archivos de Medicina de Urgencia de México. [Internet] 2013 Ene-Abr [citado 2018 Mayo 11] ; 5(1): 18-24. Disponible en: https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiC2e-I_P3aAhUJx1kKHUfUCglQFghlMAw&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Furgencia%2Faur-2013%2Faur131d.pdf&usg=AOvVaw315IOQXZgiglyANRs-lqIR
 14. Suicidio. OMS. [Internet] 2018 Ene [citado 2018 Mayo 11]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
 15. Sánchez JC, Villarreal ME y Musitu G. Ideación Suicida. [Internet] 2013. [citado 2018 Mayo 11]. Disponible en: https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwigmlT_3aAhVDIVkKHQAIBWQQFgg-MAI&url=https%3A%2F%2Faddi.ehu.es%2Fbitstream%2F10810%2F10323%2F1%2FEI&usg=AOvVaw24fBNLLM0PgPtFN4ZTHOqU
 16. Guajardo Soto G. Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido.



- Facultad latinoamericana de ciencias sociales serie libros flacso-chile. [Internet] 2017 Sept [citado 2018 Mayo 11]. ISBN: 978-956-205-262-7. Disponible en: <https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwioltjtqP7aAhWst1kKHU1HAi84ChAWCDlwAg&url=https%3A%2F%2Fwww.bcn.cl%2Fobtienearchivo%3Fid%3Ddocumentos%2F10221.1%2F69695%2F1%2FLFLACSO-Guajardo-ED-145481-PUBCOM.pdf&usq=AOvVaw0JqavJYomLynhSuVZ3bT5O>
17. Múltiple 5 drugs panel (MOP/COC/AMP/MTD/THC). Ref UT-5C. Lot: DOA5120224. Drogas de abuso. SPINREACT. Disponible en: [http://www.spinreact.com/es/productos/drogas de abuso.html](http://www.spinreact.com/es/productos/drogas%20de%20abuso.html)
 18. Suicidio y comportamiento suicida. MedlinePlus. [Internet] 2018 May. [citado 2018 Mayo 11]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm>
 19. Galvis Pérez A L, Ospina Díaz JM, Manrique Abril Fred G. Caracterización de la intoxicación exógena en niños y adolescentes en Sogamoso, Boyacá durante el período de 2010 a 2013. Medicas UIS [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 May 11]; 27(1): 9-16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192014000100002&lng=en.
 20. Paz Figueroa M, Saura Hernández IM, Del Sol Martínez MI, Sánchez Suarez M. Intento suicida en niños y adolescentes. Hospital Materno-Infantil 10 de Octubre. Cinco años de experiencia. [Internet] 2013. [citado 2018 Mayo 11]. Disponible en: <https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8pW3jP7aAhWDslkKHUAPAZAQFgg0MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.codajic.org%2Fsites%2Fwww.codajic.org%2Ffiles%2F45%2520-%2520Intento%2520suicida%2520en%2520ni%25C3%25B1os%2520y%2520adolecentes.%2520Hospital%2520Mater.pdf&usq=AOvVaw3WKzRSLNv UUsMXjCBnF2i>
 21. Pérez Ruiz Y, Ruiz Pérez ME. Conducta suicida, una amenaza del siglo XXI. [Internet] 2013 May. [citado 2018 Mayo 11]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm>
 22. Barrera Quiala M, Fernández Sánchez S. Intoxicaciones agudas en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer. 2000; 15(3):213-6.
 23. Arias de la Torre IF. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del policlínico René Vallejo de Bayamo. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet] 2015 Feb [citado 2018 Mayo 11] 40(2). ISSN 1029-3027 | RNPS 1824. Disponible en: https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj6jd_Kmf7aAhUJpFkKHLKDMqQFqgmMAA&url=http%3A%2F%2Frevzoilomarinellosld.cu%2Findex.php%2Fzmv%2Farticle%2FviewFile%2F97%2F160&usq=AOvVaw1NI3jK5paX0sKSxUwW ALZ
 24. Protocolo de intervencion desde el trabajo social en los centros de atencion a las drogodependencias del instituto de adicciones. Ayuntamiento de Madrid área de gobierno de medio ambiente, seguridad y movilidad. Organismo autónomo Madrid salud instituto de adicciones de la ciudad de Madrid. [Internet] 2012 oct [citado 2018 Mayo 11]. Disponible en: <https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjQjITNm7aAhVCq1kKHXYAXUQFghcMAC&url=http%3A%2F>



- [2F%2Fwww.pnsd.msssi.gob.es%2Fpnsd%2FbuenasPracticas%2Fprotocolos%2Fpd](http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/FpdProtocoloIntervSocial.pdf)
[f%2FProtocoloIntervSocial.pdf&usq=AOvVaw1duEBP9DKIjqFMbVToSSb9](http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/FpdProtocoloIntervSocial.pdf)
25. Rojo Casares I. Caracterización de la intoxicación intencional suicida en adolescentes ingresados en cuidados intensivos (2000-2006). [Monografía en Internet]. Ciudad de La Habana: INFOMED; 2009 [citado 12 febrero 2018]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/tesis_dra._ibis_rojo.pdf
 26. Cota Gaytán M, Robles garcía R. El suicidio en México: factores de riesgo a lo largo del ciclo vital. Rev del instituto jalisciense de salud mental. [Internet]. Jalisco; 2013 [citado 12 abril 2018]. Disponible en: <https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/revista07.pdf>
 27. Moya García C. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Agencia de Calidad del SNS. [Internet] 2017 oct [citado 2018 Abril 11]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado04/factores%20asociados.html
 28. Pineda Roa CA. Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. Rev Col Psiqu. 2013. [citado 2018 Abril 11] 42(4):333-349. Disponible en: <https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiDr6qEnf7aAhWSo1kKHVBbAVAQFghfMAY&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F806%2F80629822006.pdf&usq=AOvVaw21pZR1rGm8mXDNW2iNcjoU>
 29. De los Ángeles Páramo M. Factores de riesgo suicida en adolescentes de San Carlos. [Tesis en Internet]. Mendoza; 2013 [citado 12 abril 2018]. Disponible en: bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/601/tesis-3101-factores.pdf
 30. Serra Valdés, M A. El dilema del paciente con trastornos mentales y de la conciencia en la práctica clínica. Rev Haba de Cien Méd [Internet] 2013, 12 [citado 11 de abril de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1804/180429299008/>
 31. Flores Sandí G. El antecedente personal de la anamnesis. Rev Costarr Salud Pública. 2014; [citado 2018 Abril 11] 24 (1): 49 – 53. Disponible en: https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjY_ZHmnv7aAhUCyFkKHcDGAUQFghhMAY&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.sa.cr%2Fpdf%2Frcsp%2Fv24n1%2Fart06v24n1.pdf&usq=AOvVaw37YR8BQjQ6MkQ4Jb626Kyx
 32. Paris E, Ríos JC. Intoxicaciones: Epidemiología, clínica y tratamiento. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2001.
 33. Banco LI. Injuries and poisoning. En: Dworkin PH. NMS Pediatrics. 3. ed. Baltimore: Edit William and Wilkins; 2004. p. 49-59.
 34. Pérez Rivadulla CM, Sáez Yumar L and Casado Díaz S. Intoxicaciones graves pediátricas en unidad de cuidados intensivos. Rev Ciencias Médicas [internet]. 2018 [citado 2018 Abril 11] 22(1): 5-13. ISSN 1561-3194. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000100003
 35. Zaballos M. Manejo general del paciente intoxicado. [internet]. 2014 [citado 2018 Abril 11] Disponible en: https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi5_4jfp_7aAhVLj1kKHXMSDugQFghfMAU&url=https%3A%2F%2Fwww.ucm.es%2Fdata%2Fcont%2Fdocs%2F107-2014-03-18-



[T%252018.%2520Manejo%2520del%2520paciente%2520intoxicado%252013.pdf&u sg=AOvVaw1GkWRhIGNJMdU8jcB0F2fs](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400012&lng=es)

36. Carrera González E, Herrera JL, García Fernández CR, Fernández Ros LM. Relationship between patients with alcoholic intoxication due to alcoholic drinks and the presence of hypoglycemia. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Ago [citado 2018 Mayo 11] ; 15(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400012&lng=es.
37. Chávez Amaro D, Capote Padrón J, Hernández López M, Rocha Vázquez M, Mantecón Ledo M. Comportamiento de las intoxicaciones agudas en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2017 Ago [citado 2018 Mayo 11] ; 15(4): 486-492. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000400006&lng=es.



ANEXOS

Anexo 1: TABLA I

Características generales de los pacientes pediátricos con intoxicaciones exógenas de la provincia de Cienfuegos durante el año 2017. (n=21)

Grupos de Edades	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
≤ 5 años	1	4.76 %	1	4.76 %	2	9.52 %
6-10 años	1	4.76%	2	9.52 %	3	14.28 %
11-15 años	4	19.05%	1	4.76%	5	23.81%
≥ 16 años	8	38.09%	3	14.29%	11	52.38%
Total	14	66.66%	7	33.33%	21	100 %
Media ± DE	12 ± 5,4					

Fuente: Formulario de datos.

Anexo 2: TABLA II

Distribución según municipio de procedencia.

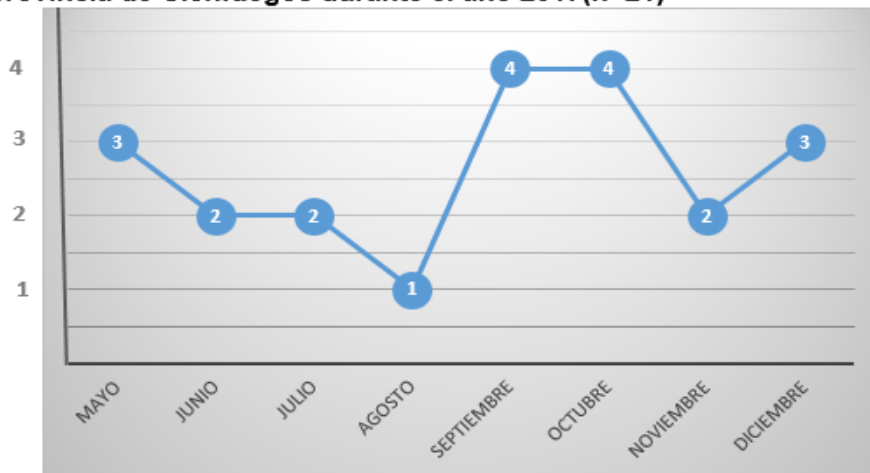
Procedencia(n=21)	No (%)
Cienfuegos	6 (28.57 %)
Abreus	3 (14.29 %)
Aguada	3 (14.29 %)
Cruces	2 (9.52 %)
Cumanayagua	-
Lajas	1(4.76%)
Palmira	4 (19.04%)
Rodas	2 (9.53 %)
Otro	-
Total	21 (100 %)



Fuente: Formulario de datos.

Anexo 3:

GRÁFICO I
Distribución por meses de los pacientes pediátricos con intoxicaciones exógenas de la provincia de Cienfuegos durante el año 2017(n=21)



Fuente: Formulario de datos.

Anexo 4: TABLA III

Distribución según nivel de escolaridad de los padres (n=21)

Nivel de escolaridad	No (%)
Iletrado	-
Primaria	-
Secundaria	7(33.3 %)
Bachiller	11(52.38 %)
Técnico Medio	3(14.29 %)
Universitario	-
Total	21 (100%)

Fuente: Formulario de datos

Anexo 5: TABLA IV

Distribución según los antecedentes patológicos personales (n=21)

Antecedentes Patológicos Personales	No (%)
Sin antecedentes patológicos personales	15 (71.43 %)
Con antecedentes patológicos personales	6(28.57 %)
Enfermedades psiquiátrica	1(4.76 %)
Otras	5(23.8 %)

Fuente: Formulario de datos.


Anexo 6: TABLA V

Distribución según vía de ingreso y circunstancias (n=21)

Vía de ingreso	Terapéutico		Accidental		Suicidio		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Respiratoria	-	-	-	-	-	-	-	-
Cutánea	-	-	-	-	-	-	-	-
Digestiva	2	9.52 %	6	28.57%	13	61.9%	21	100%
Circulatoria	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	2	9.52 %	6	28.57%	13	61.9%	21	100%

Fuente: Formulario de datos.

Anexo 7: TABLA VI

Distribución según tóxico ingerido y sexo (n=21)

Tóxico	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antidepresivos tricíclicos	2	9.52 %	1	4.76 %	3	14.28 %
Benzodiazepinas	6	28.57 %	2	9.52 %	8	38.1 %
Fenotiacinas	4	19.05 %	3	14.29 %	7	33.33 %
Barbitúricos	1	4.76 %	-	-	1	4.76 %
Combinado	1	4.76 %	1	4.76 %	2	9.52 %
Total	14	66.67 %	7	33.33 %	21	100.0

Fuente: Formulario de datos.

Anexo 8: TABLA VII

Distribución según la muestra analizada y tóxico ingerido (n=21)

Tóxico	Contenido Gástrico		Muestra de orina		Ambos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antidepresivos tricíclicos	-	-	3	14.28%	-	-	3	14.28 %
Benzodiazepinas	-	-	8	38.1 %	-	-	8	38.1 %
Fenotiacinas	-	-	2	9.52 %	5	23.81%	7	33.33 %
Barbitúricos	-	-	1	4.76 %	-	-	1	4.76 %
Combinado	-	-	1	4.76 %	1	4.76 %	2	9.52 %
Total	-	-	15	71.43%	6	28.57%	21	100.0

Fuente: Formulario de datos.



Anexo 9: TABLA VIII

Distribución según tóxico ingerido y circunstancia (n=21)

Tóxico	Terapéutico		Accidental		Suicidio		Total		Terapéutico	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Antidepresivos tricíclicos	1	4.76 %	2	9.52 %	-	-	3	14.28 %		
Benzodiazepinas	1	4.76 %	1	4.76 %	6	28.57 %	8	38.1 %		
Fenotiacinas	-	-	2	9.52 %	5	23.81 %	7	33.33 %		
Barbitúricos	-	-	-	-	1	4.76 %	1	4.76 %		
Combinado	-	-	1	4.76 %	1	4.76 %	2	9.52 %		
Total	2	9.52 %	6	28.57 %	13	61.90 %	21	100.0		

Fuente: Formulario de datos.

Anexo 10: TABLA IX

Distribución según manejo (n=21)

Método empleado	Total	
	Nº	%
Lavado gástrico	10	47.62 %
Carbón activado	18	85.71 %
Catárticos	-	-
Antídoto	2	9.52 %
Diuresis forzada	-	-
Depuración extrarrenal	-	-
Otros	-	-

Fuente: Formulario de datos.

Anexo 11: TABLA X

Relación según tóxico ingerido y evolución de los pacientes (n=21)

Tóxico	Evolución del paciente			
	Satisfactoria		No satisfactoria	
	No	%	No	%
Antidepresivos tricíclicos	3	14.28 %	-	-
Benzodiazepinas	8	38.1 %	-	-
Fenotiacinas	7	33.33 %	-	-
Barbitúricos	1	4.76 %	-	-
Combinado	1	4.76 %	1	4.76 %
Total	20	95.24 %	1	4.76 %

Fuente: Formulario de datos.



Anexo 12: TABLA XI

Distribución según estado al egreso (n=21)

Estado al Egreso	Total	
	No	%
Vivos	21	100 %
Fallecidos	-	-

Fuente: Formulario de datos.

Anexo 13: TABLA XI

Distribución de los pacientes pediátricos con intoxicaciones exógenas de la provincia de Cienfuegos durante el año 2017 según la estadía (n=21)

Estadía	Sala Abierta		Unidad de cuidados progresivos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hasta 2 días	10	47.62 %	-	-	10	47.62 %
De 3 a 5 días	9	42.86 %	-	-	9	42.86 %
Más de 6 días	1	4.76 %	1	4.76 %	2	9.52 %
Total	20	95.24 %	1	4.76 %	21	100 %
Media ± DE					3.04 ± 1.90	

Fuente: Formulario de datos.

CARACTERIZACIÓN DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EMERGENTES. CIENFUEGOS 2016-2017.

CHARACTERIZATION OF THE SHARP HEART ATTACK OF THE MIOCARDIO IN THE UNIT OF EMERGENT INTENSIVE CARES. CIENFUEGOS 2016-2017.

Autora: Estudiante: Leissay María Bordón González*, liclmbg960215@ucm.cfg.sld.cu

*leissay.bordon@nauta.cu, Universidad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado, Cienfuegos, Cuba, Estudiante de Cuarto Año de Licenciatura en Enfermería. Alumna Ayudante en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes.

Resumen

Introducción: El infarto agudo del miocardio constituye el mayor asesino individual de hombres y mujeres, es por ello que es llamado "azote de la vida moderna".

Objetivo: Caracterizar a los pacientes ingresados con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencias del Hospital General "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

Diseño Metodológico: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencias (UCIE) del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, utilizando un universo de 218 pacientes con diagnóstico de IMA correspondiente a la muestra seleccionada, desde el 1^{ro} de enero de 2016 hasta el 28 de febrero de 2017, utilizando como referencia la hoja de cargo médica.

Resultados: La incidencia de pacientes con diagnóstico de IMA tienen más de 55 años. Se ve la prevalencia del sexo masculino por encima del femenino. Prevalen las trombolisis en la UCIE por encima de las que fueron realizadas de forma extrahospitalarias. Los fallecidos representan solo un 5% del total de pacientes con IMA donde el 80% de los fallecidos no recibieron tratamiento trombolítico .

Conclusiones: El estudio realizado arrojó que la incidencia de pacientes con IMA tienen más de 55 años, predominando el sexo masculino por encima del femenino. La reducción de la mortalidad tanto hospitalaria como extrahospitalarias puede ser considerable mediante el tratamiento trombolítico donde la baja incidencia de pacientes fallecidos dan fe de la efectividad del tratamiento.

Palabras claves: infarto agudo del miocardio, mortalidad, edad, Unidad de Cuidados Intensivos

ABSTRACT

Background: The sharp heart attack of the miocardio constitutes the biggest individual murderer of men and women, it is for it that is called "it whips of the modern life."

Objective: To characterize the patients entered with diagnostic of Sharp Heart attack of Miocardio in the Unit of Intensive Cares of Emergencies of the General Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

Methods: He/she was carried out a retrospective descriptive study in the Unit of Intensive Cares of Emergencies (UCIE) of the University General Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" of Cienfuegos, using an universe of 218 patients with diagnostic of IMA corresponding to the selected sample, from January 1ro 2016 up to February of 2017, 28 using like reference the leaf of position doctor.

Results: The incidence of patient with diagnostic of IMA has more than 55 years. Leave the prevalence of the masculine sex above the feminine one. The trombolisis prevails in the UCIE above those that were carried out in way extrahospitalarias. The deceaseds represent alone 5% of the total of patient with IMA where 80% of the deceaseds didn't receive treatment trombolítico.

Conclusions: The carried out study threw that the incidence of patient with IMA has more than 55 years, prevailing the masculine sex above the feminine one. The reduction of the mortality so much hospital as outside of the hospital it can be considerable by means of the treatment trombolítico where the drop incidence of patients deceaseds gives faith of the effectiveness of the treatment.

Key words: sharp heart attack of the miocardio, mortality, age, Unit of Intensive Cares

Introducción

En el Papiro de Ebers (año 1500 a.n.e.) aparece la sentencia " Cuándo examines a un paciente que sufre dolor en los hombros, el pecho y a un costado del corazón, significa que la muerte esta próxima ". Reverenciado por los poetas de todos los tiempos, el vocablo "corazón" es uno de los símbolos indiscutibles de amor en la mayoría de las latitudes y culturas del mundo. Pero si a los escritores correspondió la tarea de inmortalizarlo en las letras, a los galenos le fue otorgada una misión algo más difícil, prolongar su latido y velar por su complejo mecanismo de "Bomba Biológica "imprescindible para la vida"⁽¹⁾

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, la posición hegemónica le corresponde a la cardiopatía isquémica, la cual puede definirse, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una afección miocárdica ocasionada por una desproporción entre el aporte del flujo sanguíneo y los requerimientos miocárdicos, generada por cambios en la circulación coronaria.⁽¹⁾

Su forma clínica de mayor presentación y peor pronóstico le corresponde al infarto agudo del miocardio (IAM), el cual ocurre por una privación del aporte sanguíneo al corazón (isquemia) durante un periodo de tiempo suficiente para producir alteraciones estructurales y necrosis del músculo cardiaco, generalmente como resultado de la oclusión de la arteria (trombosis); no obstante, si la isquemia es intensa, pueden presentarse trastornos electrocardiográficos precoces que conducen a la muerte súbita antes de que aparezcan cambios estructurales.^(3,4)

Cabe destacar que la mayoría de los autores atribuyen el origen del IAM a la enfermedad aterosclerótica de los vasos coronarios en más de 95 % de los casos.⁽²⁻⁵⁾

Datos de la OMS informan que esta enfermedad se presenta cada vez con mayor frecuencia en edades más tempranas de la vida, justamente cuando el individuo es más útil a la sociedad, o sea, en el momento de construcción de la familia y óptimo rendimiento laboral.⁽⁸⁾

Según las estadísticas de mortalidad, en los Estados Unidos la enfermedad coronaria aguda constituye el mayor asesino individual de hombres y mujeres, pues cada 29 segundos un norteamericano sufre un evento coronario agudo, es por ello que hoy día es llamado por muchos “azote de la vida moderna”.⁽⁸⁾

Constituye la primera causa de muerte en los países desarrollados debido al alto estándar de vida y al avance científico técnico alcanzado, donde es posible el logro de 2 de las premisas fundamentales de esta enfermedad: aumento de la expectativa de vida y control o minimización de las enfermedades trasmisibles.⁽¹⁰⁾

De hecho, en Cuba, desde hace más de 40 años, las enfermedades del corazón constituyen las primeras causas de muerte en todas las edades. La incidencia en el año 2000 alcanzó 1,8 por cada 1000 habitantes, con una letalidad de 65,2 %. Según datos de la OMS se estima que en el 2020 podría aumentar a 11,1 millones de personas.⁽¹³⁾

En la atención médica es relevante señalar la aplicación de procedimientos terapéuticos eficaces entre los cuales se destaca el uso de la Estreptoquinasa Recombinante, con el fin de contribuir a la trombolisis oportuna, para seguir disminuyendo el tiempo “síntoma-aguja” y reducir la mortalidad por esta patología, la que aparece junto a otros procedimientos como la revascularización coronaria quirúrgica y la angioplastia transluminal percutánea con balón, como métodos de tratamiento eficaces más recientes.^(2,6)

La trombolisis se inició en los últimos años del decenio 1970, haciendo avanzar dramáticamente la terapéutica del IMA, con el uso intravenoso de la misma, la eficacia de este proceder depende del menor tiempo en que se aplique y por supuesto el hecho de decidir su aplicación traerá innumerables ventajas para el paciente.^(2,6)

En un estudio de Iturralde, realizado en la Comunidad Foral de Navarra en 1987, muestra que en el 61,1% de los pacientes que fallecen por IMA, la muerte tiene lugar en el domicilio del mismo. La demora (unas 2 horas) en solicitar asistencia médica, imputable a los pacientes, no ha sido claramente modificada a pesar de los esfuerzos realizados.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Estudios previos realizados en Berlín Occidental, en la unidad móvil de cuidados intensivos, donde se realiza la selección de pacientes con infarto para recibir tratamiento trombolítico, demuestran que la trombolisis prehospitalaria es segura, viable y que está asociada a una ganancia significativa de tiempo.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

La obtención en el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB) de Cuba, de la Estreptoquinasa Recombinante, abrió nuevas perspectivas en el tratamiento trombolítico del Infarto Agudo del Miocardio (IMA), su calidad fue demostrada con el estudio multicéntrico nacional en 52 hospitales cubanos, que incluyó un total de 2915 pacientes con 302 fallecidos, para una letalidad de 10.4 % comparables con otros estudios de otras partes del mundo.⁽²⁰⁾

Según fuentes oficiales publicadas en el Anuario Estadístico de la OMS, comparativamente con 16 países seleccionados, Cuba ocupa el segundo lugar de importancia en la mortalidad por esta enfermedad, en las edades comprendidas entre los 35 y 64 años y se sitúa en el noveno lugar en las edades más avanzadas (75 años y más), los hombres mueren más que las mujeres a razón de 3:1. Se ha calculado que

los costos indirectos triplican los costos directos, debido a la mortalidad prematura, pues son la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos de 11 a 12 como promedio. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

En la provincia de Cienfuegos, en el año 2005 se mostró una tasa de 204,7 por 100 000 habitantes, en el año 2006 una tasa bruta de mortalidad de 190,7 por 100 000 habitantes y de 111,4 tasas ajustadas por 100 000 habitantes. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

En el Infarto Agudo del Miocardio (IMA), la disminución de su mortalidad depende significativamente de su rápido diagnóstico, manejo temprano y reperfusión precoz, por tal motivo es de vital importancia contar con un sistema pre-hospitalario que se encargue de optimizar dichas funciones. ⁽²⁰⁾

Las Áreas Intensivas Municipales (AIM), se encuentran rectorando esta actividad como parte del Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM), quienes tienen un rol protagónico desde 1996 y se han venido instrumentando en todo el país y por la pronta, oportuna y calificada prestación de medidas de apoyo vital en la atención de emergencia en todos los niveles hasta la atención especializada en unidades de cuidados intensivos, el tratamiento médico de la cardiopatía isquémica y la hipertensión, contribuyó a fortalecer la atención médica al paciente grave, con el consecuente impacto en la letalidad hospitalaria. ⁽²⁰⁾

Se ha demostrado que junto a la disminución de la mortalidad también ha aumentado la satisfacción y la seguridad de los ciudadanos, con la actuación oportuna y en menor tiempo de socorristas entrenados, la posibilidad de sobrevivir ante una emergencia médica es mayor. ⁽²⁰⁾

La terapia trombolítica lisa en un 50 a 75 % el trombo, que es causa de la mayoría de los infartos, disminuye el tamaño del daño al miocardio y el deterioro de la función miocárdica, de esta manera ofrece una mejor calidad de vida después del episodio agudo, su efectividad es mayor mientras más precoz sea su administración, pasadas las 6h del comienzo del cuadro, la trombolisis es menos efectiva y más tardíamente está contraindicada. ⁽²⁰⁾

Basada en el alto índice de ingresos de pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia, decidimos realizar esta investigación haciéndonos como pregunta ¿Cuál sería la caracterización de los pacientes ingresados con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencias? con el objetivo de caracterizar los pacientes ingresados con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencias del Hospital General “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”.

Resultados

Tabla No1. Pacientes con IMA ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia del Hospital General “Dr. Gustavo Aldereguía Lima según meses del año.

Año	Mes	No. Pacientes con IMA	%
2016	Enero	14	6
	Febrero	16	7
	Marzo	17	8
	Abril	8	4
	Mayo	18	8
	Junio	16	7
	Julio	12	5
	Agosto	16	7
	Septiembre	13	6
	Octubre	19	9
	Noviembre	11	5
	Diciembre	23	10
2017	Enero	18	8
	Febrero	17	8
	Total	218	100

Fuente: Hoja de cargo Médica

En la tabla No1. podemos apreciar el incremento de pacientes con IMA en el mes de Diciembre del año 2016, seguido por los mes de Octubre y Mayo (año 2016) y Enero (año 2017).

Tabla No.2 Pacientes con IMA según sexo, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia del Hospital General “Dr. Gustavo Aldereguía Lima

Año	Pacientes con IMA según sexo				Total
	Femenino	%	Masculino	%	
2016	55	83	128	84	183
2017	11	17	24	16	35
Total	66	100	152	100	218

Fuente: Hoja de cargo Médica

En la Tabla No.2 aparece representado la distribución de los pacientes con IMA según sexo donde podemos ver el predominio del sexo masculino por encima del femenino, representando un 70% de los pacientes ingresados en el servicio.

Tabla No. 3 Pacientes con IMA según la edad, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia del Hospital General “Dr. Gustavo Aldereguía Lima

Año	Edades					Total	%
	18-25	26-35	36-45	46-55	>55		
2016	0	2	0	5	176	183	84
2017	0	0	2	3	30	35	16
Total	0	2	2	8	206	218	100

Fuente: Hoja de cargo Médica

En la tabla No. 3 podemos apreciar como predominan las edades más avanzadas entre los paciente con IMA. Así encontramos como más de la mitad de los enfermos se encuentran en el grupo de edad de más de 55 años, siguiendo en orden de frecuencia los que se encuentran en el grupo de 46 – 55 años.

Tabla No.4 Cantidad de pacientes trombolizados ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencias del Hospital General “Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Año	Cantidad de pacientes trombolizados				Total
	Si	%	No	%	
2016	131	82	52	90	183
2017	29	18	6	10	35
Total	160	100	58	100	218

Fuente: Hoja de cargo Médica

En la tabla No. 4 podemos ver como de los 218 pacientes ingresados en el servicio con diagnóstico de IMA solo 160 tuvieron criterio de tratamiento trombolítico. Cabe destacar que solo en los dos meses estudiados del año 2017 ya se habían trombolizado 29 pacientes con IMA.

Tabla No. 5 Pacientes con IMA ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia del Hospital General “Dr. Gustavo Aldereguía Lima según el lugar donde se trombolizaron.

Año	No. Trombolizados en la UCIE		No. Trombolizados extrahospitalarios		Total
	No.	%	No.	%	
2016	122	82	9	75	131
2017	26	18	3	25	29
Total	148	100	12	100	160

Fuente: Hoja de cargo Médica

En la tabla No. 5 podemos apreciar como predominan la trombolisis en la UCIE por encima de las que fueron realizadas de forma extrahospitalarias, representando el 90% de las trombolisis hechas en el período seleccionado.

Tabla No. 6 Pacientes Fallecidos por IMA ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia del Hospital General “Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Año	No. Fallecidos por IMA				Total
	Si	%	No	%	
2016	8	80	175	84	183
2017	2	20	33	16	35
Total	10	100	208	100	218

Fuente: Hoja de cargo Médica

En la tabla No. 6 podemos apreciar que solo 10 de los 218 pacientes ingresados en la UCIE fallecieron en el periodo de tiempo transcurrido desde el 1ro de Enero de 2016 hasta el 28 de Febrero de 2017, lo que representa solo un 5% del total de pacientes con IMA.

Tabla No.7 Pacientes Fallecidos por IMA ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia del Hospital General “Dr. Gustavo Aldereguía Lima según tratamiento trombolítico.

Año	Tratamiento trombolítico		Total	%
	No	Si		
2016	7	1	8	80
2017	1	1	2	20
Total	8	2	10	100

Fuente: Hoja de cargo Médica

En la tabla No. 7 podemos ver que de los 10 pacientes fallecidos en el periodo estudiado 8 no recibieron tratamiento trombolítico representando el 80% del total de pacientes fallecidos.

Conclusiones

El estudio realizado a pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencias del Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos, arrojó que el 90% de los pacientes con diagnóstico de IMA tienen más de 55 años, predominando el sexo masculino por encima del femenino.

El impacto en la reducción de la mortalidad tanto hospitalaria como extrahospitalarias puede ser considerable mediante el tratamiento trombolítico, el cual tiene gran eficacia en el servicio predominando estas por encima de las que se hicieron de forma extrahospitalarias.

La baja incidencia de pacientes fallecidos dan fe de la efectividad del tratamiento utilizado, donde las muertes solo representan un 5% del total de pacientes con IMA ingresados en el servicio, además se evidencia que la mayoría de los pacientes fallecidos no recibieron tratamiento trombolítico.

Referencias Bibliográficas.

1. GermánTomás A, Monsó C, Tomás S. [Weekly variation of the incidence of acute myocardial infarction (IMI) in a local hospital]. *An Med Interna*. 2000 Jan;17(1):51. Spanish. PubMed PMID: 10730412.
2. Casola Crespo R, Casola Crespo E, Castillo Sánchez G, Casola Barreto E. Estreptoquinasa a casi 30 años de demostrada su eficacia en el infarto agudo de miocardio. *AMC [Internet]*. 2016 Feb [citado 2 Oct 2017]; 20(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000100014&lng=es
3. Sánchez Abalos VM, Bosch Costafreda C, Sánchez Abalos TM, González Blanco JC. Morbilidad y mortalidad por infarto agudo del miocardio. *MEDISAN [Internet]*. 2014 Abr [citado 2 Oct 2017];18(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000400008&lng=es
4. González-Pliego JA, Gutiérrez-Díaz Gonzalo I, Celis A, Gudiño-Amezcu DA. Registro de síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST en un centro hospitalario de tercer nivel de atención (estudio RESCATA-SEST). *Arch. Cardiol. Méx. [Internet]*. 2014 Jun [citado 2 Oct 2017]; 84(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402014000200006&lng=es
5. Vila-Córcoles A, Forcadell MJ, Diego C, Ochoa-Gondar O, Satué E, Baltasar R, et al . Incidencia y mortalidad por infarto agudo de miocardio en la población mayor de 60 años del área de Tarragona. *RevEsp Salud Publica [Internet]*. 2015 Dic [citado 2 Oct 2017]; 89(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000600007&lng=es
6. Del Toro Cámara A, Pozo Pozo D, Díaz Calzada M, Dot Pérez LC, Pereda Rodríguez Y. Trombolisis en el infarto agudo del miocardio en servicio de emergencias. *Rev Ciencias Médicas [Internet]*. 2013 Dic [citado 2 Oct 2017];17(6): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000600004&lng=es
7. Durán Rodríguez R, Arce García G, ColumbiéToirac M, Díaz Savón F. Rehabilitación precoz de infarto agudo del miocardio en Unidad de Cuidados Intensivos en adultos. *RevInfCient [Internet]*. 2016 [citado 2 Oct 2017];95(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/107>

8. Thygesen K, Alpert J, White H. Universal Definition Of Myocardial Infarction. Rational Pharmacotherapy in Cardiology [Internet]. 2008 [citado 2 Oct 2017];4(5): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.rpcardio.com/jour/article/view/1167/1204>
9. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Bravata DM, Dai S, Ford ES, Fox CS, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heit JA, Howard VJ, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, LichtmanJH, Lisabeth LD, Makuc DM, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, Moy CS, Mozaffarian D, Mussolino ME, Nichol G, Paynter NP, Soliman EZ, Sorlie PD, Sotoodehnia N, Turan TN, Virani SS, Wong ND, Woo D, Turner MB; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012 Jan 3;125(1):e2-e220. doi: 10.1161/CIR.0b013e31823ac046. Epub 2011 Dec 15. Erratum in: *Circulation*. 2012 Jun 5;125(22):e1002. PubMed PMID: 22179539; PubMed Central PMCID: PMC4440543.
10. Borrero Sánchez J, Céspedes Miranda EM, Peña Sánchez M, Suárez Castillo N, Olivero Betancourt RA. Mecanismos moleculares implicados en las enfermedades cardiovasculares aterotrombóticas. *Rev Cubana Med Gen Integral* [internet]. 2012 Jul-Sep. [citado 2 Oct 2017];28(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1252012000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud, 2011 (Edición Especial). Mortalidad [internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2012 [citado 6 Dic 2012]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2012/04/anuario-2011-e.pdf>
12. Claassen M, Sybrandy KC, Appelman YE, Asselbergs FW. Gender gap in acute coronary heart disease: Myth or reality? *World J Cardiol*. 2012 Feb 26;4(2):36-47. doi: 10.4330/wjc.v4.i2.36. PubMed PMID: 22379536; PubMed Central PMCID: PMC3289892.
13. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics 2010. Update: A Report From the American Heart Association. Dallas. *Circulation* [serie en Internet] 2010. [consultado 3 Jun 2011];121:46-215. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/121/7/e46>
14. Giraldo G. Three-pronged innovation to improve care for acute myocardialinfarction patients in Cuba. *MEDICC Rev*. 2010 Jul;12(3):11-6. PubMed PMID:20697332.
15. WHO. Cardiovascular disease. World Heart Day 2017. [Internet]. Geneva: World Health Organiation; 2017 [citado 2 Oct 2017]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-heart-day-2017/en/
16. WHO. WHO methods and data sources for life tables 1990-2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 16 Oct 2017]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/LT_method.pdf
17. Marrugat J, Elosua R, Covas MI, Fitó M, Schröder H, Masià R, et al. Registre Gironí del cor. Estudi REGICOR a les comarques de Girona. [Internet].Barcelona: Departament de Salut; 2008. [citado 8 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/regicorcat.pdf>

18. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud, 2016 (Edición Especial). Mortalidad [internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017 [citado 6 Oct 2017]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf
19. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwits M. Enfermedad Arterial Coronaria. En: El Manual Merck de diagnóstico y Tratamiento. 11.ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 676.
20. Antman EM, Braunwald E. Infarto del miocardio con elevación del segmento ST: En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jamenson JL. Harrison Principios de Medicina Interna. T. 2. 19. ed. México: McGraw-Hill; 2016. p. 1642.

CHAGAS, CONSIDERADA COMO ENFERMEDAD DESATENDIDA

CHAGAS CONSIDERATE A DISREGARDED ILLNESS

Sahily de la Caridad Ortega Medina^{1*}, Idalmis Reyes Rodriguez², Yoelvis Castro Bruzon³.

^{1*} E-mail: sahilyom661017@jagua.cfg.sld.cu Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba. Jefe de departamento laboratorio de parasitología. Especialista primer grado MGI. Master en Parasitología.

². E-mail: idalmis.reyes@gal.sld.cu Hospital Provincial Gustavo Aldereguia Lima. Cienfuegos, Cuba. Especialista primer grado MGI y primer grado Microbiología. Master en enfermedades infecciosa.

³. E-mail: joseafs@jagua.cfg.sld.cu Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba. Licenciada en laboratorio clínico.

Resumen

La Enfermedad de Chagas es la zoonosis parasitaria más importante en América Latina. Su presencia constituye una problemática que requiere de diversos enfoques social, cultural y científico. Se necesita urgentemente un abordaje desde el paradigma medico social, propiciar su análisis multi e interdisciplinario, con el fin de desarrollar la prevención integral, desde el diagnóstico a la rehabilitación con énfasis en la promoción y la protección específica en el ámbito de la salud. En el difícil camino de erradicar la enfermedad potenciando la prevención y promoción en salud, insertado en un proyecto social que tenga como elemento básico la erradicación de la pobreza y la disminución de las desigualdades sociales que implica voluntad política y responsabilidad social. Se concluye que esta enfermedad, constituye uno de los problemas prioritarios de salud pública dada su amplia distribución, elevada prevalencia, a esto se agrega la omisión de los deberes sanitarios, que sin dudas constituye un signo de abandono social de la población donde está presente la enfermedad. Tenemos mucho camino que recorrer y la necesidad de contar con los verdaderos protagonistas de esta historia, más que con los adelantos de la biología y la medicina. Considerándose un problema de solidaridad mundial.

Palabras Clave: Enfermedad de Chagas, ciencia – tecnología y sociedad, zoonosis parasitaria.

Abstracts

Chagas disease is the most important parasitic zoonosis in Latin America. Its presence constitutes a problem that requires diverse social, cultural and scientific approaches. An approach from the social medical paradigm is urgently needed, propitiating its multi and interdisciplinary analysis, in order to develop comprehensive prevention, from diagnosis to rehabilitation with emphasis on promotion and specific protection in the field of health. On the difficult path of eradicating the disease by promoting prevention and health promotion, inserted in a social project that has as its basic element the eradication of poverty and the reduction of social inequalities that imply political will and social responsibility. It is concluded that this disease is one of the priority public health problems given its wide distribution, high prevalence, to this is added the omission of health duties, which undoubtedly constitutes a sign of social abandonment of the population where it is present. disease. We have a long way to go and the need to have the true protagonists of this story, rather than the advances in biology and medicine. Considering a global solidarity problem.

Key words: Chagas disease, science - technology and society, parasitic zoonosis.

INTRODUCCION:

La Enfermedad de Chagas es la zoonosis parasitaria más importante en América Latina, actualmente ocupa el cuarto lugar en importancia como causa de discapacidad, después de las afecciones respiratorias, las diarreas y el VIH/sida. Se encuentra entre las seis enfermedades prioritarias para la investigación, tratamiento y control de enfermedades tropicales según la OMS. Después del paludismo, es la enfermedad más grave e importante y representa un problema de salud de alcance en 17 países latinoamericanos, con un total estimado de 100 millones de personas expuestas a la enfermedad y de 16 a 18 millones infectadas. El mal de Chagas, también llamada tripanosomiasis americana, es una enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*. Se calcula que en el mundo hay entre 6 y 7 millones de personas infectadas por *Trypanosoma cruzi*, el parásito causante de la enfermedad de Chagas. Se encuentra sobre todo en zonas endémicas de 21 países de América Latina, donde se transmite a los seres humanos principalmente por las heces u orina de insectos triatomíneos conocidos como vinchucas, chinches o con muchos otros nombres, según la zona geográfica.¹

El principal mecanismo de transmisión es vectorial, por hemípteros (chinches), de la Subfamilia Triatominae (con alimentación hematófaga). Infectan personas expuestas a su picadura, al depositar sus heces infectadas en heridas de la piel o sobre mucosas. Otras modalidades de transmisión son transfusional, congénita, trasplantes de órganos u oral.²

Es causa de más de 7.000 muertes al año, así como también, morbilidad y discapacidad de por vida, sin un tratamiento antiparasitario temprano y exitoso. Su distribución geográfica en los últimos tiempos se ha modificado, en virtud a los movimientos migratorios y el cambio climático.³ Las misiones cubanas de colaboración médica han crecido notablemente en los últimos años, tanto en el número de participantes como en el de países donde están presentes; también han aumentado las distintas escuelas en el país donde estudian jóvenes de Latinoamérica. En la mayoría de los países en que trabajan, estas misiones están en contacto con enfermedades que no existen hoy en Cuba, como es el caso de esta enfermedad, la cual es endémica de áreas rurales y a pesar de que no existe la enfermedad en Cuba tenemos el vector en las provincias orientales y occidentales.

OBJETIVO

Valorar la Enfermedad de Chagas desde el paradigma médico-social; con una perspectiva multi e interdisciplinaria haciendo énfasis en su prevención integral, promoción y protección de la población, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación, en las dimensiones individual y colectiva.

DESAROLLO:

El paradigma médico-social se presenta aislado y sin fuerza es visto por la comunidad internacional como una de las mejores soluciones a los grandes problemas de salud que afectan el planeta, el mismo es considerado como una posible solución para la prevención y control de esta enfermedad, dado que el proceso de salud-enfermedad se desarrolla en una comunidad ,teniendo en cuenta que afecta en particular a individuos que habitan en zonas rurales y suburbanas, directamente relacionado a condiciones de pobreza ,de bajo nivel cultural, y económico, se deriva en la “culpabilizarían de las víctimas” responsabilizando a las poblaciones que ya se encuentran estigmatizadas por el carácter endémico del Chagas cuando realmente lo que se necesita es de una respuesta social organizada y oportuna de los servicios de salud los cuales garanticen accesibilidad a los a los medios de diagnóstico y tratamiento,. Enfrentarlo ahora, es ya un reto ético, y el fin es mitigar los daños presentes y futuros en la población.⁴

El problema consiste como tal en que las relaciones entre el Estado, las condiciones de salud de las poblaciones pobres expuestas a la Enfermedad de Chagas y las políticas de salud existentes, no permiten dar adecuada y rápida respuesta social organizada a las posibles demandas que genera la enfermedad.

Por eso no posible una prevención integral, promoción y protección de la población, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación, en las dimensiones individual y colectiva. Por lo que se requiere de la realización de investigaciones basadas en la realidad social, el desarrollo e impulso de programas de investigación multidisciplinarios e interinstitucionales en los que se haga el estudio integral de la Enfermedad de Chagas y propicien a la vez, el desarrollo de tecnologías apropiadas a la realidad social. Por eso decimos que necesita urgentemente un abordaje desde el paradigma médico-social.

Contexto en que se desarrolla la Enfermedad el Chagas

Cuando ampliamos la mirada más allá de los aspectos biológicos o médicos, nos encontramos con más preguntas que respuestas.

Y el escenario se hace más complejo aun cuando vemos que en las últimas décadas, debido a los crecientes movimientos migratorios, el Chagas dejó de ser un problema exclusivamente rural y también dejó de ser una realidad exclusivamente latinoamericana. Necesitando de estrategias y tecnologías necesarias para promover salud, prevenir, recuperar y controlar enfermedades, rehabilitar e incrementar el bienestar y la calidad de la vida.⁵

Esto es posible mediante el desarrollo de una educación sanitaria a la población en coordinación con programas implementados tanto desde el nivel nacional como regional .Tiene un amplio espectro clínico que va desde formas indeterminadas de la enfermedad, donde el parásito está aparentemente ausente, hasta formas

graves que pueden conducir a la muerte. Su diagnóstico se realiza desde el punto de vista clínico, con los resultados de laboratorio y epidemiológico, y su prevención está encaminada al control del vector y de las personas y reservorios infectados.

Las vías de transmisión del parásito se pueden clasificar en:

- Vectorial
- No vectorial .Transplacentaría- Por transfusión de sangre o trasplante de órganos, por accidente de laboratorio, por vía oral etc.

La Enfermedad de Chagas tiene dos fases claramente diferenciadas. Inicialmente, la fase aguda dura unos dos meses después de contraerse la infección.

Fase aguda: se caracteriza por la parasitemia elevada y su diagnóstico es posible mediante métodos directos. La duración y la presentación clínica pueden ser variables, dependiendo de la edad del paciente, del estado inmunológico, la presencia de comorbilidades y la vía de transmisión. Durante esta fase aguda circulan por el torrente sanguíneo una gran cantidad de parásitos. En la mayoría de los casos no hay síntomas o estos son leves y no específicos.⁶

Fase crónica: el diagnóstico se realiza por técnicas serológicas porque la parasitemia en esta etapa, se hace indetectable. La mayoría de los pacientes cursan el resto de sus vidas de manera asintomática. Aproximadamente el 30% de estas personas desarrollarán lesión de órganos (principalmente a nivel cardíaco y/o digestivo) en un plazo de 10 a 20 años, con signos y síntomas de expresión variada.

Fase crónica, sin patología demostrada: anteriormente conocida como forma indeterminada. Se caracteriza por serología reactiva en ausencia de lesión orgánica cardíaca o digestiva compatible, clínicamente evidente o detectable por estudios complementarios. Esta etapa puede evolucionar en un término de 10 a 20 años a la siguiente fase.

Fase crónica con patología demostrada: cuando existe compromiso cardíaco o digestivo o hallazgos patológicos en estudios complementarios, compatibles con la Enfermedad de Chagas.

Diagnóstico.

El procedimiento diagnóstico a implementar para la detección del parásito estará condicionado a la fase evolutiva de la infección. Durante la fase aguda y de reactivación de la fase crónica, la parasitemia es elevada siendo posible utilizar métodos parasitológicos directos de concentración (gota fresca, microhematocrito, Strout) y moleculares (reacción en cadena de la polimerasa - PCR-) en sangre periférica y en otros fluidos corporales como líquido cefalorraquídeo. En la fase crónica el diagnóstico se realiza mediante la detección de inmunoglobulina G, ya que la parasitemia es de baja intensidad e intermitente. De acuerdo con los criterios internacionales, se consideran positivos para Enfermedad de Chagas aquellos sueros que son reactivos mediante 2 técnicas serológicas que utilizan antígenos distintos, y cuando los resultados son discordantes o dudosos es necesario realizar una tercera prueba confirmatoria. La biopsia permite realizar diagnóstico en casos

particulares como ocurre con las lesiones cerebrales y dérmicas. Es importante implementar programas sanitarios que fomenten la detección de Enfermedad de Chagas sobretodo del Chagas congénito.⁶

Tratamiento

Las drogas disponibles actualmente para el tratamiento son el nifurtimox, introducido a partir de 1965 (dosis en adultos 8-10 mg/kg/día, administrado en 3 o 4 tomas diarias, durante 60 días) y el benznidazol (dosis en adultos 5 mg/kg de peso/día, repartidos en 2-3 dosis diarias, durante 60 días). Ambos se administran por vía oral. Aunque se necesitan fármacos tripanocidas más eficaces, el uso de estas drogas es razonablemente seguro y eficaz, y las nuevas recomendaciones incluyen el tratamiento a un amplio rango de pacientes.⁸

Control y prevención

Los objetivos de control consisten en eliminar la transmisión y lograr que la población infectada y enferma tenga acceso temprano a la asistencia sanitaria. Según la zona geográfica, la OMS recomienda los siguientes métodos de prevención y control:

- Rociamiento de las casas y sus alrededores con insecticidas;
- Mejora de las viviendas y su limpieza para prevenir la infestación por el vector;
- Medidas preventivas personales, como el empleo de mosquiteros;
- Buenas prácticas higiénicas en la preparación, el transporte, el almacenamiento y el consumo de los alimentos;
- Cribado de la sangre donada;
- Pruebas de cribado en órganos, tejidos o células donados y en los receptores de estos;
- Cribado de los recién nacidos y otros niños de las madres infectadas, para diagnosticar y tratar tempranamente el problema.

CONCLUSIONES.

1. La enfermedad de Chagas, constituye uno de los problemas prioritarios de salud pública debido a su amplia distribución, elevada prevalencia y a la disminución de la calidad y esperanza de vida de los que la padecen.
2. La enfermedad sobre el hombre de hoy tiene una connotación e impacto no cuantificables aun para los servicios de salud, no solo en el peso económico, si no en el social. A esto se agrega la omisión de los deberes sanitarios para este problema previsible, que sin dudas constituye un signo de abandono social de la población del país donde está presente la enfermedad.
3. Su control depende de su abordaje integral y multidisciplinario sobre aquellos hábitos que permiten mantener un contacto estrecho con el hombre o los animales domésticos, y que ocupa diversos refugios que ofrece la vivienda humana empobrecida, muy presente en el continente americano.
4. La solución de este problema en el ámbito de la salud solo puede mejorarse mediante un abordaje desde el paradigma médico-social por lo que responde a nuestro objetivo en el difícil camino de erradicar la Enfermedad de Chagas por lo que es preciso potenciar la prevención y promoción en salud, lo que sin dudas coadyuvará a minimizar los problemas y dilemas éticos, esto por su puesto, insertado en un proyecto social que tenga como elemento básico la erradicación de la pobreza y la disminución de las desigualdades sociales.
5. El camino que hay por delante tiene tanto o más que ver con la necesidad ineludible de contar con los verdaderos protagonistas de esta historia que con los últimos adelantos de la biología y la medicina. *El futuro de la humanidad dependerá más que nunca de la producción, la difusión y la utilización equitativas del saber.*

BIBLIOGRAFIA.

1-Riatti S. Políticas de Ciencia, Tecnología y Educación para la Democratización del Conocimiento. La perspectiva desde una política para la ciencia y el desarrollo educativo [Internet]. [citado 30 oct 2017]. Disponible en: <http://www.oei.es/historico/salactsi/sara3.htm>

2-Sanmartino M. La enfermedad de Chagas desde un enfoque CTS. [Internet]. [citado 30 oct 2017]. Disponible en: <http://www.oei.es/historico/salactsi/sanmartino.htm>

3-Molina I, Salvador F, Sánchez-Montalvá A. Actualización en enfermedad de Chagas [Internet]. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2016; 34(2): [aprox. 6p]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2015.12.008>

4-Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades Infecciosas. Luis Kirchoff. Género Trypanosoma (tripanosomiasis americana, enfermedad de Chagas): biología de los tripanosomas. Cap. 277, 3478-3486; 2012

5-Zabala J. Producción y uso de conocimientos científicos vinculados a la enfermedad de Chagas [Internet]. 2013 [citado 30 oct 2017]. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/1051/105116595010.pdf

6-Lacunza C. Uso de la reacción en cadena de la polimerasa para el control terapéutico de la infección crónica por Trypanosomacruzi. RevPatolTrop.2015; 44(1):21-32.

7-Murcia L ,et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas. EnfermInfeccMicrobiolClin [Internet]. 2013;31(Supl 1):): [aprox. 8p]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/213808078/Diagnostico-y-Tratamiento-de-Enfermedad-de-Chagas>

8-Steven K. Chagas disease and NeglectedDiseases: Challengingpoverty and exclusion. In Mundo Sano [Internet]. 2012 [citado 30 oct 2017]. Disponible en: <https://www.mundosano.org/documentos/unitarias/interior%20libro.pdf>

CLIMA ORGANIZACIONAL DE ENFERMERÍA. HOSPITAL PEDIÁTRICO
UNIVERSITARIO. CIENFUEGOS.2018.

ORGANIZATIONAL CLIMATE OF NURSING. HOSPITAL PEDIATRICO
UNIVERSITARIO. CIENFUEGOS.2018.

Autores:

MSc. Lic. Annia Lourdes Iglesias Armenteros*

Dra. C. Julia Maricela Torres Esperón **

Esp. Lic. Irene López Sánchez ***

Esp. Lic. Jorge Luis González Mendoza****

*Correo electrónico: anniaia@jagua.cfg.sld.cu, Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, Cuba, Máster en Salud Pública.

** Correo electrónico: maricela.torres@infomed.sld.cu, Escuela Nacional Salud Pública, Cuba, Doctora en Ciencias de la Salud

***Correo electrónico: irenels70@yahoo.es, Hospital Pediátrico Universitario. Paquito González Cueto. Cuba

****Correo electrónico: luisicacuba@yahoo.es, Hospital Pediátrico Universitario. Paquito González Cueto. Cuba

RESUMEN

El clima organizacional surge en un momento en que se siente necesario dar cuenta a los fenómenos que tienen lugar en las organizaciones. Se realizó un estudio descriptivo transversal durante el período de marzo a mayo del 2017, en el Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto" de Cienfuegos. Con el objetivo de evaluar el clima organizacional de enfermería. El Universo estuvo constituido por la totalidad del personal de enfermería de los servicios, la muestra la constituyó el 50% de los enfermeros que se encontraban laborando en el tiempo del estudio. Para la recolección de los datos se aplicó un cuestionario sobre clima organizacional al personal de enfermería, obteniendo como principales resultados que existe un buen clima organizacional lo que ayuda a que se logre mayor calidad en la atención directa de enfermería a los pacientes hospitalizados.

Palabras Clave: Clima Organizacional, clima, Liderazgo, Dirección.

ABSTRACT

The organizational climate arises at a time when it is felt necessary to account for the phenomena that take place in organizations. A cross-sectional descriptive study was carried out during the period from March to May, 2017, at the Pediatric University Hospital "Paquito González Cueto" in Cienfuegos. With the objective of evaluating the organizational climate of nursing. The Universe consisted of all the nursing staff of the services, the sample constituted 50% of the nurses who were working in the time of the study. To collect data, a questionnaire on organizational climate was applied to nursing staff, obtaining as main results that there is a good organizational climate which helps to achieve higher quality in direct nursing care for hospitalized patients.

Keywords: Organizational Climate, Climate, Leadership, Leadership.

Introducción

El clima organizacional, se constituye en un proceso necesario para tomar decisiones ante problemas que puedan limitar el desempeño de una organización y de manera especial, sobre todo en aquellas que deben asumir de forma exitosa, sensibles y complejas tareas.¹

El clima organizacional constituye uno de los elementos a considerar en los procesos organizativos, de gestión, cambio e innovación. Por su repercusión inmediata adquiere relevancia, tanto en los procesos, como en los resultados, y ello incide directamente en la calidad del propio sistema y su desarrollo.

Actualmente, este fenómeno se valora y adquiere auge ante la necesidad de comprender los factores que influyen en el rendimiento de las personas, como condición ineludible en la obtención de la excelencia en el proceso del cambio².

El clima organizacional es hoy un factor clave en el desarrollo de las organizaciones y su estudio en profundidad, diagnóstico y mejoramiento incide de manera directa en el denominado espíritu de la organización. El objetivo de las herramientas para medir el clima organizacional es determinar las dificultades existentes en las instituciones, por lo tanto, es importante medir factores que estén orientados a los comportamientos, los elementos estructurales y los estilos de dirección.^{3,4}

El estudio del clima permite evaluar la gestión de la organización y su efectividad, también posibilita medir la actitud de las personas cuando se proyecta desarrollar cambios organizacionales y determinar en qué factores se debe trabajar para que el cambio sea efectivo.⁵

El *Clima Organizacional* surge en un momento en que se siente necesario dar cuenta a los fenómenos globales que tienen lugar en las organizaciones dado que el mismo se plantea desde la necesidad de enfrentar los fenómenos organizacionales, el Clima se compone de un grupo de variables que en su conjunto ofrecen una visión global de la organización. En este sentido, el concepto de *Clima* remite a una serie de aspectos

propios de la organización, se trata de un concepto multidimensional a diferencia de otros que están referidos a procesos específicos que tienen lugar en las organizaciones, tales como el poder, el liderazgo, el conflicto o la comunicación.⁶

El clima organizacional se ha constituido en el instrumento por excelencia para el cambio en busca del logro de una mayor eficiencia organizacional, condición indispensable en el mundo actual, caracterizado por la intensa competencia en el ámbito nacional e internacional. En estos tiempos cambiantes es cada vez más necesario comprender aquello que influye sobre el rendimiento de los individuos en el trabajo.⁷

El estudio e identificación del Clima Organizacional en los servicios de salud en general, y específicamente en aquellos donde está presente el personal de Enfermería, adquiere gran importancia porque hace posible conocer la dinámica de su funcionamiento y gerenciar con exactitud los problemas profesionales acontecidos en el accionar diario de los enfermeros. Igualmente favorece el diseño de estrategias organizacionales que promuevan relaciones armoniosas entre estos profesionales y así brindar una atención de calidad.⁸

De modo que los autores de este trabajo consideran como un gran reto para los directivos de enfermería en la Cuba de hoy, el modo en que toman parte en el proceso de dirección de los servicios donde laboran enfermeros partiendo de la concepción de una estructura organizacional adecuada. En la práctica esto permite una mejor orientación de estos profesionales para obtener de ellos el máximo nivel de compromiso con la tarea que realizan. Por lo anterior, el presente trabajo pretende reflexionar acerca de cómo el estudio del clima organizacional por los gerentes de enfermería constituye una herramienta eficaz para una mejor orientación de los recursos humanos de la profesión en la búsqueda constante de la excelencia.

Uno de los principios en los que se basa el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en Cuba es la descentralización ejecutiva de la función administrativa, regida a través de pautas normativas únicas.⁹ La descentralización ejecutiva es un principio que con la delegación de funciones y el nivel de recursos humanos y materiales adecuados, permite en la práctica, un nivel elevado de empoderamiento de los gerentes de enfermería de base y en el ámbito institucional. El empoderamiento con que cuentan estos directivos en las organizaciones de salud debe ser utilizado correctamente en función de elevar la calidad del servicio, a través de un correcto estudio y análisis del CO en las instituciones de salud.

A través del estudio del Clima Organizacional se crean las condiciones para fusionar diferentes enfoques que son consistentes con el pensamiento administrativo en enfermería, dentro de los que se pueden citar; el empirista: que subraya la experiencia como factor fundamental en el desempeño administrativo y sostiene que partir de esta se podrán aplicar los resultados en situaciones similares. De proceso: destaca la universalidad de la administración y permite la aplicación de pasos ordenados y coherentes que conduzcan a la consecución de un objetivo. Conductual o de relaciones humanas: permite al administrativo conocer las necesidades sociales y psicológicas del individuo, y actuar sobre sus motivaciones como la fuerza interna que lo impulsa a actuar. De contingencias: se fundamenta en la metodología

administrativa para aplicar la investigación con base en la relación variable. Toma de decisiones: sostiene que la aplicación de la economía, el análisis del valor y la comunicación son necesarios para llegar a la decisión óptima⁹

Por lo anterior, los autores asumen de todas las definiciones sobre Clima Organizacional revisadas para la confección de este trabajo la que plantea que, “es el conjunto de características permanentes que describen una organización, la distinguen de otra e influyen en el comportamiento de las personas que lo forman.”¹⁰ La anterior definición se prefiere porque su análisis permite a los gerentes de enfermería abordar de manera genérica situaciones percibidas en el contexto laboral, recogerlas de forma sumaria, y evaluarlas dentro del propio contexto.¹¹ La agudeza con que los directivos de esta profesión perciban los aspectos que caracterizan la evaluación del CO en el terreno, puede definir el modo y los estilos que usen para gerenciar los procesos organizacionales y dirigirlos a la obtención de buenos resultados. Por lo que nos trazamos como objetivo de nuestro estudio evaluar el clima organizacional de enfermería en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos.

Método

Se presenta una investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud con estudio de tipo: descriptivo, transversal. Escenario: servicios de enfermería del Hospital Pediátrico de Cienfuegos. Período que abarcó el estudio: Marzo – Mayo 2017. Con el objetivo de evaluar el clima organizacional de enfermería de dicha unidad.

El Marco muestral: estuvo constituido por la totalidad de enfermeros que laboran en la unidad y que se encontraban laborando en el tiempo del estudio y el 20 % de los pacientes ingresados en la fecha mencionada. Criterio de Inclusión: Enfermeros que se encontraron laborando en el momento del estudio y que estuvieron dispuestos a emitir sus criterios. Criterio de Exclusión: Enfermeros que no dieron su consentimiento informado para participar en la investigación y los enfermeros que no se encontraron laborando durante el tiempo de la investigación. Las variables estudiadas fueron clima organizacional de la vice dirección de enfermería, recursos de salud, dimensiones del clima: liderazgo, motivación, reciprocidad, participación, seguridad; así como la satisfacción de la población las cuáles se operacionalizaron por el método establecido. Recolección de los datos: Se recolectó la información mediante una encuesta. Para cumplir los objetivos previstos se llevó a cabo la observación documental de actas, planes de trabajo, registro de desarrollo individual y de investigación, programación de actividades científicas y manual de normas y procedimiento; que nos permitió obtener información del servicio en cuanto a estructura, organización y funcionamiento de dicha área.

Con el propósito de obtener mayor información sobre el proceso y resultado del trabajo como parte del cumplimiento de las funciones del ciclo administrativo, calidad del trabajo, política de reconocimiento, estímulos por los buenos resultados y acerca de la organización y relación entre la organización y el entorno, se llevó a cabo la técnica cualitativa de grupo focal con la participación de jefes de sala y personal asistencial. A través de la entrevista semiestructurada realizada a las personas que dirigen directamente los servicios ratificamos la información acerca de la estructura organizativa formal e informal, niveles de dirección, planificación y calidad del trabajo.

Para identificar otras desviaciones se aplicó el inventario de clima organizacional, instrumento de tipo proyectivo diseñado por la organización Panamericana de la Salud(OPS) para el desarrollo de la capacidad gerencial de los servicio de salud de Centroamérica adaptado a nuestro país; a los directivos de enfermería del área. La cual fue aplicada por la autora de la investigación. Procesamiento de la información: Los datos se procesaron utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistic Package for Social Science, Chicago Illinois, Versión 15.0) y los resultados para mejor comprensión se expresaron en tablas con números absolutos y por cientos.

RESULTADOS

En la unidad se prestan servicios para garantizar la atención de enfermería en esta área se cuenta con un potencial plantilla aprobada de 201 enfermeras y cubierta con 171 para un 84 % de completamiento.

Del total de las 170 enfermeras 123 para un 72.35% son licenciadas y 47 para un 27.65% son técnico medio.

Se revisó la documentación de la totalidad de los servicios donde se pudo evidenciar que la documentación revisada estaba completa y actualizada.

El Documento de las Entregas y recibo estaban realizadas y firmadas, en cuanto a la Reuniones de pacientes y acompañantes, se realiza periódicamente.

Los Planes de trabajo de la jefas de sala estaban elaborados

Al revisar la rotación mensual se pudo verificar La Rotación mensual estaba confeccionada adecuadamente.

Al realizar la exploración de satisfacción de pacientes y familiares, expresan tener satisfacción con los servicios que reciben de su personal de enfermería, ya sea en la realización de procedimientos, o en el horario del cumplimiento de los medicamentos, por lo que sienten seguridad en el medicamento que se le esté administrando.

Al evaluar el clima organizacional se pudo evidenciar que la variable comunicación y la motivación alcanzan valores bastante aceptables y por ende existe calidad del trabajo, las personas se ven involucradas en la toma de decisiones y en las actividades de la organización, lo cual pudiera explicar el valor que alcanza la involucración en el cambio.

Los valores más bajos se alcanzaron en la reciprocidad, la retribución y la equidad y este aspecto hay que tenerlo muy en cuenta porque cuando las personas consideran que aportan más que lo que a su juicio se les está retribuyendo, corremos el riesgo de abandono por no sentir cubiertas sus expectativas.

CONCLUSIONES

Existen algunas desviaciones respecto al clima organizacional de enfermería del Hospital Pediátrico Paquito González Cuero, existe un buen clima organizacional en el área, en la práctica se evidencia aumento del liderazgo a nivel de las personas que dirigen las salas, existe satisfacción de pacientes y familiares lo que ayuda que se logre mayor calidad en la atención que brinda el personal de enfermería, la comunicación y la motivación alcanzan valores aceptable y existe calidad del trabajo de enfermería .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Lorenzo, MSc. María del carmen; Peña Carbajales, Lic. Jorge Adalberto; Montes de oca Montano, Lic. José Luis. clima organizacional en el ámbito laboral en Cuba, año 2011. conrado, [s.l.], v. 10, n. 45, jun. 2014. issn 1990-8644. disponible en: <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/rcr/article/view/389/244>>. fecha de acceso: 25 nov. 2015
2. Segredo Pérez Alina María. Propuesta de instrumento para el estudio del clima organizacional. ccm [revista en la internet]. 2013 sep [citado 2017 nov 19]; 17(3): 344-352. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1560-43812013000300011&lng=es.
3. Segredo Pérez AM, Pérez Piñero J, López Puig P. Construcción y validación de un instrumento para evaluar el clima organizacional en el ámbito de la salud pública. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41(4). Acceso: 26 Abr 2017. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/513/376>
4. García Solarte M. Clima Organizacional y su Diagnóstico: Una aproximación Conceptual. Universidad del Valle. Colombia. Cuad Admon. 2009;42:43-61. Acceso: 20 May 2016. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=225014900004>
5. Segredo Pérez AM. Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. Rev Cubana Salud Pública. 2013;39(2):385-93. Acceso: 12 May 2016. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200017&lng=es&nrm=iso
6. Segredo Pérez AM. Percepción del clima organizacional por directores de policlínicos. Cuba, 2003. Correo Científico Médico Holguín [Internet]. 2004 [citado 12 Abr 2018];8(4). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no84/n84ori7.htm>
7. Segredo Pérez AM. La gestión universitaria y el clima organizacional. Educ Méd Sup [Internet]. 2011 [citado 12 Abr 2017];25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Rocha Vázquez Mabel. Caracterización del Clima Organizacional de vicedirectores docentes municipales en Cienfuegos. [monografía en Internet]. Disponible en: www.medisur.sld.cu/scripts/forum/viewtopic.php?f=82&t=163&p=398 - 23k
9. Segredo Pérez AM, Pérez Perea L. L. El clima organizacional en el desarrollo de los sistemas organizativos. Rev INFODIR [Internet]. 2007 [citado 12 Abr 2018];4.

Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/clima_organizacional_en_el_desarrollo_de_sistemas_organizativos.doc.

10. Valdez R, Monterrey NL. Desarrollo Organizacional y Comunicación Organizacional [monografía en Internet]. México: N. M, [citado 10 Junio 2017]. Disponible en:
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/DOCO.htm#2h>
11. Segredo Pérez Alina María, Rigñack Ramírez Liliams, García Nieblas Rosa María, Perdomo Victoria Irene, León Cabrera Pablo, García Milián Ana Julia. Evaluación del clima organizacional en instituciones docentes de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Educ Med Super [Internet]. 2015 Sep [citado 2018 Ene 31] ; 29(3): . Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000300012&lng=es.

Anexos

Tabla # 1 Distribución del personal de enfermería entre la edad y categoría académica.

Grupo de edades	Técnicos	%	Licenciados	%	Total
20- 29	24	55.81	19	44.19	43
30- 39	12	31.58	26	68.42	38
40- 49	4	10.00	36	90.00	40
50- 59	1	2.63	37	97.37	38
60 y más	6	54.54	5	45.45	11
Total	47	27.65	63	72.35	170

Tabla # 2 Comportamiento de la dimensión Motivación del clima organizacional.

Calificación	Criterios							
	Realización personal		Reconocimiento de la aportación		Responsabilidad		Adecuación de las condiciones de trabajo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	0		5	17.86	4	14.29	2	7.14
1	1	3.57	5	17.86	4	14.29	1	3.57
2	1	3.57	4	14.29	7	25.00	2	7.14
3	7	25.00	4	14.29	4	14.29	2	7.14
4	9	32.14	6	21.43	6	21.43	7	25.00
5	10	35.72	4	14.29	3	10.72	14	50.00
TOTAL	28	100	28	100	28	100	28	100
Media	3.93		2.46		2.46		3.89	

Fuente: Inventario clima organizacional

Tabla # 3 Comportamiento de la dimensión Reciprocidad del clima organizacional

Calificación	CRITERIOS							
	Aplicación al Trabajo		Cuidado al Patrimonio Institucional		Retribución		Equidad	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	0	0	1	3.57	7	25.00	4	14.29
1	1	3.57	1	3.51	5	17.85	3	10.72
2	3	10.72	1	3.57	7	25.00	3	10.72
3	2	7.14	2	7.14	2	7.14	6	21.43
4	4	14.29	3	10.72	3	10.72	5	17.85
5	18	64.29	20	71.43	4	14.29	7	25.00
TOTAL	28	100	28	100	28	100	28	100
Media	4.25		4.86		2.04		2.93	

TABLA #4: Comportamiento de la dimensión Participación del clima organizacional.

Calificación	Criterios							
	Compromiso con la productividad		Compatibilización de intereses		Intercambio de información		Involucración en el cambio	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	1	3.57	1	3.57	8	28.57	10	35.72
1	2	7.14	1	3.57	5	17.86	6	21.43
2	3	10.72	2	7.14	2	7.14	3	10.72
3	4	14.29	4	14.29	6	21.43	2	7.14
4	8	28.57	4	14.29	4	14.29	12	7.14
5	10	35.72	16	57.14	3	10.72	5	17.86
TOTAL	28	100	28	100	28	100	28	100
Media	3.64		4.03		2.07		1.82	

CLUB MARTIANO “DE LA MANO DE MARTÍ APRENDO A CUIDAR MI SALUD”

MARTI CLUB “FROM THE HAND DE MARTI LEARNS HOW TO TAKE CARE OF MY HEALTH”

Autores: MSc Dulce Milagros Niebla Delgado. dulcemilagro@ffh.uh.cu. Facultad de Filosofía e Historia. Universidad de La Habana.

Dra. Vanessa Vázquez Sánchez. vanevaz@fbio.uh.cu Facultad de Biología. Vicedecana. Universidad de La Habana.

Lisandra Peña Gómez, filosofia962@ucm.sld.cfg.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Ernesto Eramis Jacomino López, ejacomino@ucf.edu.cu, Universidad de Cienfuegos, Cuba.

Arianna Carreño Nieblas, dietetica@dps.cfg.sld.cu , Dirección Provincial de Salud Pública de Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

La ponencia recoge las acciones y resultados del Club Martiano “De la mano de Martí aprendo a cuidar mi salud”, desarrollado en dos municipios de la capital. Proyecto universitario, dirigido a fomentar la salud como valor en escolares de enseñanza primaria, haciendo hincapié en la formación de hábitos alimentarios saludables y en la prevención de la obesidad, a partir del acercamiento intencionado al ideario martiano. Puede apreciarse la acogida favorable al programa del Club, cambios de percepción sobre salud y la responsabilidad, impacto positivo de las actividades con niños y padres para alertar acerca de las diversas complicaciones que trae el sobrepeso y la obesidad. El objetivo es analizar desde la perspectiva antropológica los resultados alcanzados, las evidencias documentadas, recogidas como resultado de las diferentes técnicas empleadas, sobre la diferencia de percepción y actitud, en cuanto a las posibles causas y soluciones de la obesidad, del papel de la escuela y responsabilidad de los padres al respecto en los dos territorios. El punto de partida de la reflexión es la positiva influencia que sobre los niños ha ejercido desde su inicio la “tercera voz”, como es designado el proyecto, por uno de los padres, en ambos territorios.

Palabras clave: obesidad, responsabilidad, salud.

Summary:

The report picks up the actions and results of the Club Martiano Of the hand of Martí I learn how to take care of my health", developed in two municipalities of the capital. Project university student, directed to foment the health like value in school of primary teaching, making stress in the formation of healthy alimentary habits and in the prevention of the obesity, starting from the deliberate approach to the ideario martiano. The favorable welcome can be appreciated to the program of the Club, changes of perception have more than enough health and the responsibility, positive impact of the activities with children and parents to alert about the diverse complications that he/she brings the overweight and the obesity. The objective is to analyze from the anthropological perspective the reached results, the documented evidences, collections

as a result of the different techniques employees, about the difference of perception and attitude, as for the possible causes and solutions of the obesity, of the paper of the school and the parents' responsibility in this respect in the two territories. The starting point of the reflection is the positive influence that it has more than enough the children it has exercised from its beginning the third voice", like the project is designated, for one of the parents, in both territories.

Key words: obesity, responsibility, health.

A los niños, sobre todo, es preciso robustecer el cuerpo a medida que se les robustece el espíritu. (t. 8, pág. [389], Párr. 1, lín. 11)

INTRODUCCIÓN

El estudio e investigación del pensamiento martiano está presente en la labor desarrollada por la intelectualidad y los docentes cubanos históricamente, han sido múltiples los proyectos dirigidos a lograr un acercamiento a este desde los más diversos ángulos, por lo cual resultó de gran importancia para el proyecto que nos ocupa en primer lugar conocer la vasta obra de José Martí así como aquellos estudios sobre esta que especialmente centran su atención en cómo concibió Martí debe ser la adecuada preparación del hombre para una vida sana y su concepción de bienestar. Revisar una y otros ha sido por tanto obligatorio punto de partida.

En esa línea se establece este proyecto comunitario y de educación popular relacionada con los temas de la salud. Se escoge trabajar con niños entre 10-12 años, que cursan el 5^{to} y 6^{to} grado de la enseñanza primaria porque de una parte ya ha ocurrido un primer acercamiento a la obra martiana por vía curricular y también coincide con una etapa importante en el proceso de elaboración de la proyección futura de su personalidad¹

Este acercamiento intencionado a la obra martiana persigue que el niño sea capaz de elaborar diversas estrategias de incorporación de hábitos saludables y potenciar las posibilidades del entorno en el logro de sus objetivos, metas y deseos de forma tal que esos significados y valores que ponderamos a través de las lecturas y actividades didácticas pasen a ser significativos al propósito trazado.

En el pensamiento martiano encontramos el contenido adecuado para llevar a los niños la importancia de la salud como valor, cómo concebir la responsabilidad individual y social asociada al cuidado de la misma que propende al equilibrio físico y mental del ser humano, la necesidad de la educación consciente con intención de mejorar los hábitos de higiene personal, elementos de cultura para el cuidado del medio ambiente y una transformación conductual que traiga aparejado especialmente distancias con el sedentarismo y la obesidad.

La especial atención a la obesidad responde a los resultados que aportan los instrumentos aplicados a los niños participantes en el Club durante los dos primeros cursos en los que se destacan la existencia de malos hábitos alimentarios y déficit en la práctica físicos.

En niños y adolescentes la obesidad es frecuente y se ha convertido en los últimos años en un problema de proporciones considerables. A pesar de su tratamiento clínico, es muy poco lo que se puede hacer sin la ayuda y compromiso de los maestros, padres y la familia en general. Es pertinente en momentos que se identifican cada vez más los factores culturales como los principales causantes de la obesidad, desarrollar desde la escuela la capacidad de enfrentar este problema de salud pública, con repercusiones sociales y para ello la mirada, técnicas e instrumentos de la Antropología han sido de crucial importancia.

DESARROLLO

El programa del Club Martiano de Bioética “De la mano de Martí aprendo a cuidar mi salud”, coordinado desde la Universidad de La Habana y con la participación del MES, el Museo de Playa y el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, se desarrolló en las escuelas primarias República Federativa del Brasil del municipio Cerro y Vo Thi Thang, del municipio Playa, respectivamente y participaron todos los niños de 5^{to} y 6^{to} grados.

Naturaleza del Proyecto:

El proyecto se desarrolló mediante la modalidad investigación acción participativa, durante el curso académico, con los presupuestos siguientes:

1. En las actividades semanales del club participaron todos los niños de 5^{to} y 6^{to} grado que así lo desearon.
2. Se documentó sistemáticamente el proceso, las manifestaciones y las actividades de la comunidad de niños y maestros con que se trabajaba en términos de los significados que mostraron tener para ellos lo que estaban aprendiendo.
3. Se mantuvo presente siempre el concepto de Paulo Freyre “concientización”, que propició, sobre la base del entendimiento y concientización de la salud como valor, que los niños y maestros participantes puedan tomar decisiones que influyan en el cambio de su modo de vida.
4. Con previo consentimiento informado de sus padres se les evaluó antropométricamente a los niños el estado nutricional mediante el índice de masa corporal según las normas cubanasⁱⁱ.
5. El análisis de la percepción de la imagen corporal se efectuó mediante un test de siluetas donde los niños debían seleccionar a cuál se parecen, cuál quisieran ser y explicar las razones de sus elecciones.
6. Con los niños clasificados como sobrepesos y obesos y sus familiares, que así lo desearon, se emprendieron acciones especialmente dirigidas a modificar sus conductas.

Etapas del Proyecto:

ETAPAS	TAREAS PRINCIPALES
Organizativa	Fundamentar teórica y metodológicamente la investigación. Constituir equipo de investigación y desarrollar su capacitación.

Identificativa	Realizar el diagnóstico integral de la comunidad de niños participantes para identificar concepciones, intereses, problemas y aplicar las técnicas antropométricas.
Transformativa	Desarrollo de los encuentros semanales del club según cronograma. Implementar estrategias de transformación en la comunidad seleccionada.
Evaluativa	Realizar el diagnóstico final para valorar los resultados alcanzados en los sujetos y la comunidad.

La base programática durante el desarrollo del club fue la combinación de actividades teóricas y lúdicas:

- Lectura comentada y reflexión sobre los textos martianos escogidos y presentados en la hipermedia.
- Visitas reales o virtuales a lugares relacionados con la vida y obra martiana
- Elaboración por los niños de textos, dibujos u otras creaciones que expresen sus conocimientos e interpretaciones sobre el tema.
- Charlas sobre temas de interés relacionados con la temática central.

Durante el primer encuentro y presentación del contenido del club se aplicó una encuesta que permitió saber el conocimiento acumulado e interés acerca de los temas a tratar, obteniendo como resultados generales del total de ambas escuelas:

El 68% reconoce que conoce poco la obra literaria de José Martí.

El 54 % recuerda haber leído obras martianas en las que se habla de la salud.

El 74% reconoce su responsabilidad individual para con el cuidado y la atención de su salud.

El 100% afirma que le gustaría aprender nuevas formas de ser un niño sano.

El desarrollo del club durante todo el curso permitió a los estudiantes una paulatina aproximación a las principales tesis martianas acerca de la temática, en la segunda etapa del proyecto se aplicó la metodología de investigación de la Antropología Social y Física a los niños participantes, previo consentimiento de sus padres: se realizaron mediciones antropométricas, cuestionarios acerca de sus hábitos, preferencias, grupo de discusión para padres/madres (voluntarios), entrevistas y observaciones.

Resultó preocupante comprobar que de los 184 niños medidos en la escuela República Federativa del Brasil, de ellos 29 fueron obesos, para un 16%, en tanto de la escuela Vo Thi Thang de los 124 escolares, resultando de ellos 38 niños obesos, representando el 31% del total de la muestra, coinciden el resultados de las entrevistas realizadas a los niños en mostrar que no es el ejercicio físico, ni los juegos con actividad física lo más habitual en sus prácticas y que los hábitos alimentarios tienden fundamentalmente hacia comidas poco sanas, sin embargo resulta interesante que en los resultados de las encuestas aplicadas a los niños con el propósito de valorar sus conocimientos acerca de las propiedades de los alimentos, los estudiantes de la escuela Vo Thi Thang mostraron conocimientos más amplios del valor y bondades de los alimentos que componen una dieta sana, destacando la importancia de las proteínas animales, incluyendo el pescado y mariscos (ni siquiera mencionados estos en la escuela

República Federativa del Brasil), la importancia del azúcar, con no pocas aclaraciones del peligro que significa el exceso en su consumo, pero si su necesidad como fuente de energía y destacaron sobre todo la importancia del empleo de vegetales y frutas (más del 50%) en la dieta, curiosamente la manzana, entre las preferidas, no así ocurrió con los niños de la escuela República Federativa del Brasil, cuyas respuestas fueron menos amplias y correctas, referenciaron mangos y naranjas como las preferidas y de mayor consumo.

Actividades como las conferencias impartidas por los especialistas del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos acerca de la alimentación sana y por la especialista del Museo Antropológico Montané sobre la alimentación de los primeros pobladores de Cuba fueron muy bien acogidas por los niños y complementaron la sesión dedicadas a la reflexión del pensamiento martiano “Comer bien, que no es comer ricamente, sino comer cosas sanas bien condimentadas, es necesidad primera para el buen mantenimiento de la salud...”ⁱⁱⁱ

El conocimiento y el interés por el saber al respecto está presente, al menos teóricamente refieren tener conocimientos básicos e información sobre ello, pero los resultados obtenidos en las entrevistas acerca de las preferencias en los alimentos, la práctica habitual en el consumo y la presencia de preocupante cantidad de niños con obesidad y sobrepeso hace volver los ojos sobre la importancia del análisis del problema desde la antropología de la educación en que a decir de Freire^{iv} ha de cuidarse la articulación entre los conceptos de hombre y educación, saber de forma concreta que hombre se pretende educar, los fines que poseen los esfuerzos educativos y los métodos que han de utilizar separa hacerlos viables y concretos, para que no se conviertan en meros reproductores de teoría sin haberla asumido e incorporado. La concepción de Freire sobre la educación parte de la relación del hombre con la realidad, promoviendo la curiosidad, el espíritu inquisitivo y la creatividad. Para Freire, desde una perspectiva progresista, afirma que “enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción”^v, perseguir la idea de la importancia del auto cuidado como punto de partida está bien fundamentado y transformar los conocimientos en convicciones que modelen hábitos y estilos de vida es el propósito.

Esta intención se fue materializando durante el curso y paulatinamente poniéndose de manifiesto los resultados, como denotan expresiones de los padres, valorando el trabajo al decir –“el proyecto me parece muy relevante, incluso yo sugeriría transversalizarlo un poco, hay materias como biología, cívica y la propia educación física, que podrían incorporar una sesión de nutrición, esto podría pensarse en qué momento”^{vi} y otra mamá que destaca –“Yo sí creo que una manera de ayudarnos, como dijo el abuelito que estaba sentado aquí, es porque las terceras personas influyen en determinar en los niños porque a veces tu aconsejas a tus hijos, viene un amigo y oyen a la mamá y el papá por disciplina pero se van por la vía del amigo o sea que a mí me parece la oportunidad que los niños conozcan con más profundidad que es la obesidad, que consecuencias futuras puede traer”^{vii}.

En las escuelas primarias que se aplicó esta experiencia existe un verdadero interés por llevar a los niños formas novedosas y amenas de asimilar estos conocimientos por parte de maestros, instructores de arte y por supuesto también los padres, en tanto los niños han estado interesados en el acceso a formas diferentes de participar y adquirir la

perspectivas de análisis de un Martí que descubren, el cual además de ser el Apóstol de Cuba, escritor, poeta, también les enseña cómo vivir manera más saludable y se confirma que es importante “Poner ante los ojos de los niños elementos vivos de la tierra que pisan, los frutos que cría y las riquezas que guarda, los modos de fomentar aquellos y extraer estas, la manera de librar su cuerpo en salud de los agentes e influencias que lo atacan, y la hermosura y superior conjunto de las formas universales de la vida, prendiendo así en el espíritu de los niños la poesía y la esperanza indispensables para llevar con virtud la faena humana”^{viii}

El resultado de la experiencia ha sido positivo en ambas escuelas pues “El contenido con el cual se trabaja les está resultando interesante según manifiestan padres, maestros y niños. La forma con la que se están desarrollando los encuentros resulta satisfactoria y les permite expresar por diversas vías sus sentimientos, comprensión e interiorización de los asuntos que se tratan. El medio didáctico cumple las funciones para lo cual fue concebido. En resumen, que están aprendiendo y a su vez se divierten.”^{ix}

Del total de niños evaluados como obesos los padres de los 29 niños de la Escuela República Federativa de Brasil (13 niños y 16 niñas) y 16 niños (12 niños y 4 niñas), de la Escuela Vo Thi Thang del municipio Playa accedieron a participar en las restantes técnicas especialmente dirigidas a este grupo, las cuales fueron aplicadas en paralelo al trabajo que se desarrollaba con el resto de los niños pertenecientes al Club, sólo que por la necesaria participación de los padres hubo de hacerse en horarios no laborables y es precisamente a partir de entonces que comienzan a emerger con mayor fuerza las diferencias que nos hacen pensar en la importancia de proponer acciones que respondan a las necesidades sentidas y percibidas desiguales.

Enfrentar la obesidad, reconocida como serio problema y que se representa como prioridad emergió en los grupos de discusión con los padres, así como la convicción que muy poco lo que se puede hacer sin la ayuda de la escuela, los padres y la comunidad que es el entorno en que el niño se desarrolla, sin embargo las ideas que emergieron en estos grupos de discusión focal, realizados con los padres de los niños obesos, lo recogido como causas fundamentales del problema (reconocido desde el inicio en ambos grupos como problema) y más significativo aún, las propuestas de posibles soluciones varían considerablemente.

En la escuela del Cerro plantearon como inquietudes fundamentales: ¿Con qué preparo la merienda que sea saludable? ¿Qué le doy de almuerzo que sea saludable? ¿Cómo determinar a nivel de pueblo y no a nivel de profesionales lo que es bajo peso, sobrepeso, normal en un niño? ¿Existe un cálculo entre talla y peso como para determinar eso?, piensan además que existe notable influencia de los cánones de belleza y la estética aprehendidos, hicieron referencias a que los niños se sienten mal, con complejos y se afecta la autoestima. Los de 6to grado, que pasan ya a la secundaria, son los que más sufren, en relación con el comienzo de la adolescencia. Las burlas y estereotipos sobre la gordura fueron cuestiones recurrentes así como el hecho de estigmatizarlos con frases como “la gordita”, el gordito”, porque son “diferentes”. Reiteran que se hace difícil gestionar la comida por la situación económica y la falta de tiempo, “se come lo que hay”, es frase recurrente. Los niños hacen poca

actividad física, ven mucha tv y juegan en computadora. Se percibe sentido de “culpa” más que asumir la responsabilidad. Hacen una clasificación interesante en función de idiosincrasia del cubano y de la constitución física para diferenciar a las “criollas o envueltas en carne” de las gordas u obesas. Plantean que la escuela se preocupa por la alimentación y que “es bueno que el director de esta sepa del reconocimiento”, que sienten la necesidad de orientación, ayuda, que los niños no se desvinculen del proyecto y se haga algo respecto a que la educación física que es insuficiente sea rigurosa, acorde a las necesidades, confían en que el resultado de este proyecto abrirá nuevas posibilidades de solución al problema.

En la escuela de Playa, la inquietud manifiesta es la necesidad de oír criterios diferentes para resolver el problema, piensan que la obesidad es multifactorial. Influye sobre todo, el sedentarismo, la comida chatarra, los videojuegos, la falta de tiempo para hacer ejercicios y el uso de nuevas tecnologías, que los niños hacen poca actividad física, ven mucha tv, juegan en computadora, no practican apenas juegos en la calle y la Educación Física que reciben es insuficiente, sienten incapacidad de resolver el problema creado por el exceso de complacencia y como sería dificultad para la alimentación de los niños exponen el desacuerdo con la alimentación de la escuela, por lo que oferta “que no le gusta a nadie” y por la violación de horarios de almuerzo, “casi a las 2pm”, plantean saber que pertenecen a grupo social sin presiones económicas por lo que ofrecen la posibilidad de hacer un experimento de consumo de alimentos, financiado por los padres para este grupo de niños obesos, que es importante relacionar la temática de la obesidad con las asignaturas que reciben para lograr mayor efectividad en el trabajo, manifiestan la necesidad de llegar al MINED con propuestas concretas sobre la manera que debe abordarse en las escuelas el tema alimentario sin dogmatismos ni imposiciones.

En ambos casos la dirección de la escuela recibió detallado informe de los resultados y las propuestas generales generadas partir de ello por el equipo de investigadores del proyecto:

1. Ofrecer conferencias sobre alimentación a padres, niños, personal de la escuela y propuestas de menú.
2. Propiciar el vínculo de la cátedra de Educación Física de la escuela con el centro de Cultura Física Terapéutica de la Universidad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte Manuel Fajardo.
3. Intercambio de experiencias con los maestros para propiciar la relación de los conocimientos aportados por el proyecto con las asignaturas del grado.

Ha sido importante, al reorientar el trabajo del club para obtener mejores resultados en el proyecto tener en cuenta que “En una distribución basada en la igualdad de oportunidades para todos los grupos sociales, acceden grupos con diferentes niveles de punto de partida, por lo tanto aprovechan mejor esa distribución aquellos que tienen un punto de partida más avanzado. Esa igualdad de oportunidades reproduce también desigualdades, ahí deberían incluirse elementos de discriminación positiva, como le llaman algunos, o políticas de afirmación.”^x

Principales resultados:

- Se logró cambio de percepción en los niños de la relación salud/enfermedad y la responsabilidad al respecto.

- Perfeccionamiento del trabajo educativo en relación con la higiene personal y ambiental.
- Acogida favorable por los niños participantes, del contenido y la forma propuesta en el programa del Club.
- Coherencia temporal de los conocimientos compartidos en esta actividad con los que reciben por vía curricular, con enfoques diferentes y enriquecedores.
- Mediciones antropométricas de todos los participantes que permitió categorizar los niños en normo peso, obesos y sobrepeso e informadas a los padres.
- Actividades con niños y padres para alertar acerca de las diversas complicaciones y enfermedades que trae apareja el sobrepeso y la obesidad infantil.
- Desarrolló de grupo de discusión focal con los padres, donde se plantearon inquietudes, preocupaciones y disposición para que sus hijos fuesen atendidos por expertos en el tema en cuestión
- Inscripción de los niños obesos en consulta con especialistas en nutrición y dietética. La consulta se fijó los miércoles 2pm en el Instituto de Nutrición, atendidos por una especialista perteneciente al proyecto.
- En coordinación con la Universidad de la Cultura Física y el Deporte Manuel Fajardo, se desarrolló un curso de preparación física durante el período vacacional y al comenzar el curso pasaron a diferentes áreas de cultura física terapéutica.
- Se firma el convenio “Pedro Rey in memoriam” con la Universidad de la Cultura Física y el Deporte Manuel Fajardo, dirigido a la atención de niños obesos para la práctica supervisada de ejercicios físicos y reciban orientación adecuada sobre alimentación.

Consideraciones Finales

- El proyecto brinda la posibilidad de utilizar ideas martianas en la educación de los niños en pos de que crezcan y desarrollen estilos de vida saludables y lleguen a interpretar la salud como un valor de elevada significación
- Es pertinente y necesario como vía que posibilita un cambio de conducta en los niños que propende a desarrollar hábitos que los dirijan hacia una vida sana.
- Aplicar la metodología de investigación de la Antropología Social y Física a los niños participantes, previo consentimiento de sus padres, permite redirigir el trabajo, reconsiderar los aspectos más importantes a reforzar para lograr la transformación de los comportamientos.
- La educación por sí misma no cambia el mundo, pero sin ella es imposible hacerlo. En consecuencia, el educador progresista debe tener un compromiso ético político por la construcción de un mundo más justo^{xi}.

Referencias

ⁱEntendida como la estructuración e integración de un conjunto de motivos elaborados en una perspectiva temporal futura, a mediano o largo plazo, que poseen una elevada significación emocional o sentido personal para el sujeto y de las estrategias correspondientes para el logro de los objetivos propuestos se gesta desde edades tempranas del desarrollo, se estructura a nivel de formaciones motivacionales en la juventud, expresándose en los ideales y concepción del mundo. (L. .Domínguez y L. Ibarra. 2003).

ⁱⁱEsquivel y Rubí, 1991

ⁱⁱⁱ Martí, J O C 8 p437

^{iv} Freire, 1970, p. 75.

^v Ibid 1970, p. 47).

^{vi} Intervención de Sergio Benvenuto Solás, padre de Sergio Benvenuto Robaina, niño obeso de 6to grado Escuela Vo Thi Thang durante el desarrollo del grupo de discusión focal realizado el día 26 de noviembre del 2013.

^{vii} Intervención de Arlyn Santana del Valle, mamá de Edwin Lázaro Socarrás Santana, niño obeso de 6to grado de República Federativa del Brasil durante el desarrollo del grupo de discusión focal realizado el día 14 de junio de 2013

^{viii} Martí, J O C T11 p 85

^{ix} Niebla y otros 2010

^x Espina P, 2008, p.1

^{xi} Freyre, 1990

Bibliografía

1. Departamento de Crecimiento y Desarrollo 2008. Variaciones del desarrollo físico y el estado nutricional en la población de Ciudad de La Habana, 2001-2006. Informe al Ministro de Salud Pública. La Habana.
2. Domínguez, L, Ibarra, L: “Psicología del Desarrollo: Adolescencia y juventud”. Editorial Félix Varela, La Habana, 2003.
3. Espina Prieto, M Políticas de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del estado en la experiencia cubana. CD Colección CLACSO-CROP ISBN 978-9871-1183-89-5, 2009
4. Esquivel M, Gutiérrez JA, González C 2009. Los estudios de crecimiento y desarrollo en Cuba. Rev Cubana Pediatr. ; 81(Sup):74-84.
5. Esquivel M, Rubén M, González C, Rodríguez L, Tamayo V 2011. Curvas de crecimiento de la circunferencia de la cintura en niños y adolescentes habaneros. Rev Cubana de Pediatr ; 83(1):44-55.
6. Esquivel M, Rubí A 1991. Valores cubanos del índice de masa corporal en niños y adolescentes de 0 a 19 años. Rev Cubana Pediatr. 63(3):181-90.
7. Freire, Paulo Pedagogía del oprimido. México: Siglo XXI. 1970
8. Freire, Paulo Cultural Action for Freedom, Penguin Education, Middlesex, England, 1972
9. Freire, Paulo La naturaleza política de la educación, Barcelona, España: Paidós, 1990
10. García Leyva, Mirtha. “Paulo Freire entre nosotros”. Colectivo de Investigación Educativa C.I.E. “Graciela Bustillos”. Asociación de Pedagogos de Cuba, La Habana, 1998.
11. Hernández Gladys, Solana Fidelina, Amable Zoraida, Henríquez, Ruht D. “De la salud en Martí a la salud en la Sanología”. Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humano, UH, La Habana, 2002.
12. León García, Margarita. “Ciencia, educación y formación de valores”. ISPETP, La Habana, 1998.
13. Marchante Castellanos, Carlos M. “José Martí: el valor de una doctrina.” (en CD Sistema José Martí), La Habana, 1995.
14. Martí Pérez, José. Obras Completas (en CD para la Maestría en Ciencias de la Educación. Módulo1. Grandes Maestros. IPLAC) La Habana, 2003.

-
15. Martínez Llantada, Martha. “Vigencia de la Filosofía Martiana de la Educación ante las demandas del Siglo XXI”. (en formato digital),2009
 16. Navas, J. La educación nutricional en el contexto familiar y sociocultural. Revista Española de Nutrición Comunitaria, 14 (1):22-28, 2008
 17. Niebla Delgado, Milagros y otros en CD Memorias del Congreso Internacional Universidad 2010 ISBN 978-959-16-2255-6

TÍTULO: COLONIZACIÓN NASOFARÍNGEA POR NEUMOCOCO EN PRESCOLARES EN LA ERA PREVACUNAL. CIENFUEGOS 2013-2015

Autores:

Dra. Dunia María Chavez Amaro, metmed5807@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. Máster en Ciencias

Dra.C. Maria Felicia Casanova González, neurofisiologia@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico, Cienfuegos, Cuba. Doctora en Ciencias Médicas

Dra.C Maria Eugenia Toledo Romaní, mariaeugenia@ipk.sld.cu, Instituto Medicina Tropical, La Habana, Cuba. Doctora en Ciencias Médicas

Dr. C Nivaldo Linares Pérez, nlinares@finlay.edu.cu, Instituto Finlay de Vacunas, La Habana, Cuba. Doctor en Ciencias Médicas

Dra. Martha Montes de Oca, neurofisiologia@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico, Cienfuegos, Cuba.

Dr. Jorge Luis Capote Padrón, jorgelu@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico, Cienfuegos, Cuba, Máster en Ciencias.

RESUMEN

Fundamento: El *Streptococcus pneumoniae* coloniza habitualmente la nasofaringe de los niños y jóvenes de forma asintomática. Existe una gran relación entre colonización nasofaríngea y la enfermedad neumocócica. **Alcances del estudio:** Estimar la proporción de colonización nasofaríngea global y por serotipos en niños prescolares no vacunados, que sirva de línea de base antes de la introducción del candidato vacunal cubano contra el neumococo. **Métodos:** Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal en el municipio de Cienfuegos, en el período comprendido de octubre a diciembre del 2013 en niños entre 2 a 18 meses de edad (Fase I); y de junio del 2014 hasta abril del 2015 en infantes entre uno y cinco años institucionalizados en círculos infantiles (Fase II). Se evaluaron criterios de inclusión y se obtuvo el consentimiento informado de los padres incluyéndose en el estudio 980 niños en la fase I y 1 129 en la fase II. Las muestras de exudado nasofaríngeo se tomaron siguiendo los protocolos establecidos. Se estimó la prevalencia de colonización y se identificaron los serotipos más frecuentes. El análisis de datos incluyó la distribución de frecuencias. **Resultados:** La prevalencia global de colonización nasofaríngea por neumococos para las fase I y II fue de 21,63% y 31,01 % respectivamente. Los serotipos vacunales fueron predominantes en este estudio. **Conclusiones:** los hallazgos sugieren que la carga de enfermedad neumocócica y la colonización nasofaríngea en niños menores de 5 años pudiera ser significativamente impactada por la introducción de la nueva vacuna cubana contra neumococos.

Palabras clave: *Streptococcus pneumoniae*; colonización nasofaríngea; serotipos; vacunas conjugadas antineumocócica.

Introducción

El *Streptococcus pneumoniae* o neumococo (*S. pneumoniae*) es reconocido como el principal patógeno bacteriano que afecta el tracto respiratorio de los niños y adultos. Ocasiona infecciones de la vía aérea superior, y constituye la principal causa de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en los países desarrollados y en vías de desarrollo¹.

La enfermedad neumocócica constituye una de las diez primeras causas de muerte en los países desarrollados. Se estima que del 15 al 30% de todas las neumonías son debidas al neumococo^{2, 3}.

En Colombia se reporta que la neumonía es la tercera causa principal de muerte en lactantes, y la segunda en niños de 1 a 4 años de edad. Se calcula que 1200 menores de cinco años mueren anualmente por neumonía⁴.

Estudios en América Latina y el Caribe muestran que el costo de la enfermedad neumocócica es una carga económica importante y significativa para los Sistemas de Salud y las familias⁵.

Un hecho central en la epidemiología de las infecciones neumocócicas es la colonización nasofaríngea, ya que es el paso previo a la infección, representa el reservorio de la enfermedad y condiciona la selección de resistencias. Todas las enfermedades causadas por neumococos están precedidas de una colonización nasofaríngea asintomática de mayor o menor duración, en función de diferentes factores, pero principalmente de la invasividad de cada serotipo. El porcentaje de portadores asintomáticos varía con la edad, el entorno y la presencia de infecciones en el tracto respiratorio alto. La prevalencia de portadores puede llegar a alcanzar hasta el 60% en niños en edad preescolar, el 35% en edad escolar y mostrar hasta un 29% de prevalencia en los adultos jóvenes⁶.

En la actualidad, se describen 93 serotipos de neumococos inmunológicamente distintos, que difieren según la estructura de su cápsula de polisacáridos. Cada serotipo difiere en sus propiedades biológicas, la capacidad patógena e invasora, los síndromes que producen, la capacidad para colonizar la nasofaringe y la resistencia a antibióticos⁷. La introducción de la vacuna antineumocócica en los esquemas de inmunización es una herramienta efectiva para la prevención y control de la enfermedad neumocócica y la colonización nasofaríngea. La nueva generación de vacunas conjugadas antineumocócicas es altamente efectiva en niños menores de dos años y se ha introducido en varios países con gran éxito, registrándose una disminución evidente en la incidencia de la Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI) en menores de cinco años⁸⁻¹².

Cuba no ha iniciado la vacunación antineumocócica, pero se está trabajando en un candidato vacunal heptavalente (PCV7-TT), actualmente en fase de evaluación clínica, que se espera introducir en el 2018¹³⁻¹⁵.

El **objetivo** de este estudio es estimar la proporción de colonización nasofaríngea global y por serotipos en niños prescolares no vacunados institucionalizados del municipio de Cienfuegos durante el período 2014-2015.

Desarrollo:

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en el municipio de Cienfuegos, en el período de junio del 2014 a noviembre del 2015.

El universo de estudio lo constituyeron 4 084 niños, matrícula total de los 26 círculos infantiles ubicados en las 8 áreas de salud del municipio de Cienfuegos. Fueron incluidos los que cumplieron los criterios de inclusión asociados al rango de edad, el consentimiento informado firmado por los padres y la condición de asistencia a círculos infantiles. La selección para completar el tamaño de la muestra fue realizada de forma aleatoria. Resultaron incluidos 1 135 sujetos.

Se consideraron como criterios de exclusión: la presencia de defecto anatómico que limitara la toma de muestra en el paciente; las enfermedades o trastornos de la sangre referidos por los padres; el tratamiento antibiótico 7 días antes de que se recogieron muestras clínicas; o historia previa de vacunación contra neumococo.

Los exudados nasofaríngeos (NF) fueron recogidos por el técnico de laboratorio del área de salud, previamente entrenado, se siguió el procedimiento establecido de insertar el hisopo en la parte posterior de la nasofaringe y girar antes de ser retirado.

El aislamiento de *S. pneumoniae* y la serotipificación fue realizada en el Laboratorio Nacional de Referencia de Neumococo del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (LNRN-IPK). La identificación de *S. pneumoniae* se basó en la presencia de α -hemólisis y la inhibición por optoquina¹⁶.

De los cultivos sugerentes de neumococo, en función de la presencia de α -hemólisis, se seleccionaron al menos dos colonias. Estas se cultivaron en placas de agar sangre en las que se incluyó un disco de optoquina. Los aislamientos susceptibles a optoquina se informaron como *S. pneumoniae*, y ante resultados dudosos se corroboró la identificación empleando la prueba de la solubilidad en bilis. Cada cultivo recuperado de una misma muestra de exudado NF identificado como neumococo se conservó independientemente. Los aislamientos confirmados como *S. pneumoniae* se almacenaron a -70 °C en 1,0 mL del medio LTGG hasta el momento de la serotipificación.

El tipo capsular o serotipo se determinó empleando la reacción de Neufeld-Quellung o reacción de hinchamiento capsular, utilizando el juego de reactivos Pneumotest (Statens Serum Institute, Copenhagen, Dinamarca)¹⁶.

Los serotipos se clasificaron en: a) serotipos vacunales incluidos en el candidato vacunal cubano contra neumococo (1, 5, 6B, 14, 18C, 19F y 23F); b) relacionados con la vacuna por posible reacción cruzada (6A y 19A); c) serotipos no vacunales, referido a los no incluidos en la formulación de dicho candidato vacunal; y d) aislamientos para los que no se podría asignar una cápsula se informaron como "sin serotipar" en el laboratorio de referencia.

Se realizó una entrevista individual utilizando una encuesta de recolección de información donde se recogieron los datos de identificación del sujeto y de la muestra de exudado nasofaríngeo tomada. Los registros se incluyeron en una base de datos utilizando Microsoft Access versión 2007.

Se estimó la prevalencia de la colonización NF global y por serotipos. Se describieron las proporciones de serotipos vacunales, los relacionados con la vacuna y los serotipos no vacunales.

El protocolo de estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del IPK y de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, así como por el Consejo Científico Provincial.

Resultados

De 4 084 niños entre 1-5 años de edad posibles a estudiar, se incluyeron 1 135 (27%) que cumplieron los criterios de inclusión. Se obtuvo 1 129 muestras de exudado nasofaríngeo y el 32,32 % (365/1 135) de los sujetos estaban colonizados (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia global de colonización nasofaríngea (NF) en niños entre uno y cinco años institucionalizados en círculos infantiles. Cienfuegos, 2014-2015.

Colonización NF	N	%
Positivos	365	32,32
Negativos	764	67,68
Total	1 129	100,00

En los niños entre uno y cinco años el predominio fue de los serotipos vacunales (176/365), que representó el 15,6 % del total de exudado nasofaríngeos, resultado significativamente estadístico. Al distribuir por grupo etario, los sujetos de dos a cinco años mostraron mayor colonización a expensas de los serotipos vacunales, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de serotipos de neumococo entre portadores nasofaríngeos en niños de uno a cinco años institucionalizados. Cienfuegos, 2014-2015

Serotipos	1-5 años n=1129			12-23 meses n=560			2-5 años n=569			p
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Global	365	32,3	29,7-35,2	137	24,5	21,1-28,2	228	40,1	36,1-44,1	<0.001
SV	176	15,6	13,6-17,8	67	12	9,5-14,9	109	19,1	16,1-22,6	0.001
SR (6A, 19A)	91	8,1	6,6-9,8	39	7	5,1-9,4	52	9,1	7,0-11,8	0.218
SNV	64	5,7	4,5-7,2	25	4,5	3,0-6,5	39	6,8	5,0-9,2	0.108
No tipificado	34	3,0	2,2-4,2	6	1,1	0,5-2,3	28	4,9	3,4-7,0	<0.001

En la tabla 3 se evidencia que los serotipos vacunales más frecuentes, en los niños de uno a cinco años, fueron el 19F (6,02%) y el 6B (3,99%), este último con significación estadística. Los serotipos relacionados con la vacuna, el 6A fue el más frecuente con un 5,58%, aunque el 19A fue significativamente estadístico.

Tabla 3. Colonización por serotipos más frecuentes en niños institucionalizados por grupos de edades. Cienfuegos 2014-2015.

Serotipos	12 a 23 meses n= 560		2 a 5 años n=569		Total n=1 129		Valor de p
	No.	%	No.	%	No.	%	
Serotipos vacunales PCV7-T							
14	10	1,79	15	2,63	25	2,21	0.3416
18C	0	0	4	0,70	4	0,35	0.1244
6B	14	2,50	31	5,45	45	3,99	0.01733
19F	31	5,54	37	6,50	68	6,02	0.5771
23F	12	2,14	22	3,87	34	3,01	0.1285
Serotipos relacionados							
6A	31	5,54	31	5,45	62	5,49	1
19A	8	1,43	21	3,69	29	2,57	0.0182

En los aislamientos de serotipos no vacunales (Tabla 4), puede apreciarse que el de mayor frecuencia de aislamiento fue el serotipo 15B, aislado en 14 sujetos (4,09%), le siguieron en orden de frecuencia el serotipo 19C en 10 muestras (2,92%), el serotipo 23A en 10 sujetos (2,92%) y los serotipos 29, 34, 35, 42, y 47 en 7 muestras (2,05%).

Tabla 4. Distribución de serotipos no relacionados con la vacuna aislados en niños entre 1 y 5 años que asistían a Círculos Infantiles del municipio Cienfuegos. 2014-2015.

Serotipos no vacunales	N	%
10A	1	1.33
10B	1	1.33
10C	1	1.33
11A	3	4.00
15B	14	18.65
15C	2	2.70
15F	1	1.33
18A	3	4.00
18B	3	4.00
18F	2	2.70

19B	1	1.33
19C	10	13.33
23A	10	13.33
23B	2	2.70
23F	1	1.33
29,34,35,42,47	7	9.30
3	4	5.33
35B	1	1.33
6C	4	5.33
7B	1	1.33
7F	1	1.33
9N	1	1.33
9V	1	1.33
Total	75	100.00

Discusión

La Enfermedad Neumocócica Invasiva se considera un problema de salud pública en el mundo, en niños y adultos, que causa un amplio espectro de manifestaciones de la enfermedad¹⁷.

Estos resultados forman parte de los estudios de línea de base previos a la introducción de la vacuna cubana antineumocócica PVC7-TT, que servirán para evaluar la efectividad y el impacto de la misma en los menores de cinco años.

La colonización nasofaríngea por neumococo en la muestra estudiada se comporta con resultados similares a los reportados en la literatura^{18, 19}. Se ha estimado que entre un 25% y un 60% de los niños menores de 4 años están colonizados por esta bacteria²⁰.

Estudios reportados en Europa plantean que del 25-60% de los niños y un 6-29% de los jóvenes, presentan colonización nasofaríngea por este germen y que la misma está relacionada, en el caso de los adultos, a la convivencia con lactantes y párvulos^{21, 22}.

La mayor proporción de serotipos aislados en nuestra muestra corresponden a serotipos vacunales (19F, 6B, 23F, 14 y 18C); estimamos entonces que al introducir la vacuna cubana en el esquema de inmunización, se debe reducir en un 40% la carga de colonización nasofaríngea, impactando favorablemente en la morbimortalidad de la enfermedad neumocócica.

La distribución de serotipos varía a lo largo del tiempo y es diferente de una área geográfica a otra, dependiendo de la edad, del uso de los antibióticos y de otros factores conocidos²³.

En poblaciones no vacunadas frente a neumococo, los serotipos que con más frecuencia colonizan la nasofaringe son el 3, 6A, 6B, 7F, 14, 18C, 19A, 19F y 23F, comportamiento muy similar al encontrado en nuestro estudio, teniendo en cuenta tanto los serotipos vacunales como los relacionados con la vacuna.

Diversos reportes han puesto de manifiesto que los serotipos que predominan en el mundo son los serotipos 4, 14, 6, 19, 23, 18 y 9 y que los más prevalentes en los países desarrollados tales como EE.UU, Canadá y Europa son los serotipos 6, 14, 19 y 23^{12, 24}.

Varios artículos científicos²⁵⁻²⁷ avalan que, aunque la nasofaringe de los niños es colonizada en el primer año de vida y la vacunación en los primeros meses resulta muy efectiva, también es una realidad que la efectividad de la vacunación antineumocócica en niños entre 1 y 5 años como población meta reducirá la transmisibilidad del neumococo y la carga de enfermedad, produciéndose efecto rebaño en el lactante y convivientes adultos.

En nuestro país existen pocos estudios sobre los serotipos causantes de ENI aunque se ha venido documentando que los serotipos 14, 19A, 19F, 6B, 23F y 6A fueron detectados con frecuencia en niños menores de 5 años de edad hospitalizados²⁸. Los serotipos 1, 5, 6A, 6B, 14, 19F y 23F constituyen causa frecuente de enfermedad neumocócica en menores de 5 años en todo el mundo²⁹.

Poder estudiar la prevalencia de la colonización NF por neumococo en los menores de cinco años resulta una contribución a la generación de la nueva evidencia científica que está construyendo nuestro país, basada en la combinación de estrategias metodológicas y diseños de estudios rigurosos y confiables, que pueden ser aplicados en la evaluación de otros productos y tecnologías en diferentes escenarios. La síntesis y valoración de todo el cuerpo de la evidencia integrada en el modelo de evaluación de PCV7-TT, permitirá la toma de decisiones por el sistema de salud para su introducción y uso.

Referencia bibliográficas

1. Hausdorff WP, Feikin DR, Klugman KP. Epidemiological differences among pneumococcal serotypes. *Lancet Infect Dis* 2005; 5; 83-93.
2. Sinclair A, Xie X, Teltscher M, Dendukuri N. Systematic review and meta-analysis of a urine-based pneumococcal antigen test for diagnosis of community-acquired pneumonia caused by *Streptococcus pneumoniae*. *J Clin Microbiol* 2013;51(7):2303-10.
3. Muhammad RD, Oza-Frank R, Zell E, Link-Gelles R, Narayan KM, Schaffner W, et al. Epidemiology of invasive pneumococcal disease among high-risk adults since the introduction of pneumococcal conjugate vaccine for children. *Clin Infect Dis* 2013;56:e59-67.
4. De la Hoz F, Gálvis N, Narváez J, Orozco J. Evaluación del impacto epidemiológico y económico de la introducción de la vacuna del neumococo en Colombia. *Infect Dis.* 2008;12(S1):90.
5. Bello González T, Rivera-Olivero I.A, Sisco M.C, Spadola E, Hermans P.W, de Waard J.H. PCR deduction of invasive and colonizing pneumococcal serotypes from Venezuela: a critical appraisal. *J Infect. Dis* 2014; 8 (4), , 469-473.
6. Salleras L, Domínguez A, Izquierdo C. Epidemiología de la enfermedad neumocócica en el adulto. En: *La enfermedad neumocócica y su prevención. Caminando hacia el futuro.* Moraga Llop FA. 2010; 113-26.
7. Lee H, Cha JH, Nahm MH, Burton RL, Kim KH. The 7-valent pneumococcal conjugate vaccine elicits cross-functional opsonophagocytic killing responses to *Streptococcus pneumoniae* serotype 6D in children. *BMC Infect Dis* 2013; 13: 474.
8. Diamantino-Miranda J, Isabel Aguiar S, Carrico JA, Melo-Cristino J, Ramirez M. Conjugate vaccine introduction in Portugal was followed by a decrease of serotype 6A and 6E but not of serotypes 6B and 6C. In: *Abstr 12th EuroPneumo.2015, abstr P2.22.*

9. Lee GM, Kleinman K, Pelton SI, Hanage W, Huang SS, Lakoma M, et al. Impact of 13-valent pneumococcal conjugate vaccination on *Streptococcus pneumoniae* carriage in young children in Massachusetts. *J Pediatr Infect Dis* 2014;3(1):23–32.
10. Ben-Shimol S, Greenberg D, Givon-Lavi N, Schlesinger Y, Somekh E, Aviner S, et al. Early impact of sequential introduction of 7-valent and 13-valent pneumococcal conjugate vaccine on IPD in Israeli children <5 years: an active prospective nationwide surveillance. *Vaccine* 2014;32(27):3452–9.
11. Moore CE, Paul J, Foster D, Mahar SA, Griffiths D, Knox K, et al. Reduction of invasive pneumococcal disease 3 years after the introduction of the 13-valent conjugate vaccine in the Oxfordshire region of England. *J Infect Dis* 2014;210(7):1001–11.
12. Moore MR, Link-Gelles R, Schaffner W, Lynfield R, Lexau C, Bennett NM, et al. Effect of use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine in children on invasive pneumococcal disease in children and adults in the USA: analysis of multisite, population-based surveillance. *Lancet Infect Dis* 2015;15(3):301–9.
13. González N, Paredes B, Pérez S, Mirabal M, Rivero I, González C, et al. Safety and immunogenicity of Cuban antipneumococcal conjugate vaccine PCV7-TT in healthy adults. *MEDICC Review*. 2015;17(4):32-7.
14. Dotres CP, Puga R, Ricardo Y, Brono CR, Paredes B, Echemendía V, et al. Safety and preliminary immunogenicity of Cuban pneumococcal conjugate vaccine candidate in healthy children: A randomized phase I clinical trial. *Vaccine*. 2014;32(41):5266-70.
15. Toledo ME, Casanova MF, Linares-Pérez N, et al. Prevalence of Pneumococcal Nasopharyngeal Carriage among Children 2-18 Months of Age: Baseline Study Pre Introduction of Pneumococcal Vaccination in Cuba. *Pediatr Infect Dis J*. 2017 Jan; 36(1):e22-e28.
16. World Health Organization & Centers for Disease Control and Prevention. Laboratory methods for the diagnosis of meningitis caused by *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, and *Haemophilus influenzae* [homepage en Internet]; WHO manual, 2011 [citado 12 de junio de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70765>
17. Oliveira LH. La vigilancia de la enfermedad neumocócica en América Latina y Caribe: conceptos, oportunidades y desafíos. OPS. V Simposio de Neumococo. São Paulo, 5-6 marzo de 2013.
18. Croucher NJ, Kagedan L, Thompson CM, Parkhill J, Bentley SD, Finkelstein JA, et al. Selective and genetic constraints on pneumococcal serotype switching. *PLoS Genet*. 2015; 11(3): e1005095.
19. Ziane H, Manageiro V, Ferreira E, Moura IB, Bektache S, Tazir M, et al. Serotypes and antibiotic susceptibility of *Streptococcus pneumoniae* isolates from invasive pneumococcal disease and asymptomatic carriage in a pre-vaccination period, in Algeria. *Front Microbiol*. 2016; 7: 803-10.
20. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet* 2014;385(9966):430–40.
21. Tin Tin Htar M, Christopoulou D, Schmitt HJ. Pneumococcal serotype evolution in Western Europe. *BMC Infect Dis* 2015; 15: 419.

22. Van der Linden M, Falkenhorst G, Perniciaro S, Imöhl M. Effects of infant pneumococcal conjugate vaccination on serotype distribution in invasive pneumococcal disease among children and adults in Germany. *PLoS One* 2015; 10: e0131494.
23. Muñoz-Almagro C, Ciruela P, Esteva C, Marco F, Navarro M, Bartolomé R, et al. Serotypes and clones causing invasive pneumococcal disease before the use of new conjugate vaccines in Catalonia, Spain. *J Infect.* 2011;63:151-162.
24. Kawaguchiya M, Urushibara N, Kobayashi N. High prevalence of genotype 6E (putative serotype 6E) among noninvasive/colonization isolates of *Streptococcus pneumoniae* in northern Japan. *Microb Drug Resist* 2015;21(2):209–14.
25. Knol, M. J. et al. Invasive pneumococcal disease 3 years after introduction of 10-valent pneumococcal conjugate vaccine, the Netherlands. *Emerg Infect Dis* 2015; 21, 2040–2044.
26. Desai, A. Decline in Pneumococcal Nasopharyngeal Carriage of Vaccine Serotypes after the Introduction of the 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Children in Atlanta, Georgia. *Pediatr. Infect. Dis. J* 2015; 34, 1168–1174.
27. Principi, N. et al. Oropharyngeal and nasopharyngeal sampling for the detection of adolescent *Streptococcus pneumoniae* carriers. *J. Med. Microbiol* 2014; 63, 393–8.
28. Toraño G, Pérez L, Abreus M, Rodríguez M, Dickinson F, Valcarcel M, et al. Serotipos y resistencia antimicrobiana de aislamientos meníngeos de *Streptococcus pneumoniae*, Cuba, 2007-2012. *VacciMonitor.* 2014; 23(3):117-23.
29. Hicks LA, Harrison LH, Flannery B, Hadler JL, Schaffner W, Craig AS, et al. Incidence of pneumococcal disease due to non-pneumococcal conjugate vaccine (PCV7) serotypes in the United States during the era of widespread PCV7 vaccination, 1998-2004. *J Infect Dis.* 2007; 196:1346–54.

Comportamiento de algunos factores de riesgo de la gingivitis crónica en adultos. Consultorio 13, Cruces.2017.

Dra. Marileisy Herrera Morales^I, Dra. Cleidy Toledo Toledo^{II},

- I. Policlínico Docente “Manuel Fajardo”, Cruces, Cienfuegos, Cuba.
- II. Puesto Médico de Salud Territorial de las FAR, Cienfuegos, Cuba.

Resumen

La gingivitis crónica es la más común de las denominadas enfermedades periodontales, se define como el proceso inflamatorio que afecta el periodonto de protección y altera las características normales de la encía; por lo que se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal en pacientes del consultorio 13 del municipio Cruces en el período comprendido de junio a diciembre del 2017 para describir el comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la presencia de gingivitis crónica. El universo estuvo constituido por 385 pacientes de 20 a 44 años que acudieron a consulta durante el periodo de estudio. Se tomó como muestra 128 personas con diagnóstico de gingivitis crónica según criterios del Índice Periodontal de Russell aplicado con previo consentimiento informado. Para la recolección de los datos se aplicó una encuesta a cada paciente; así como el Índice de Higiene Bucal Simplificado de Greene y Vermillion y la Escala Sintomática de Estrés (ESS). Se valoraron las variables: sexo, deficiente higiene bucal, hábito de fumar, número de cigarrillos diarios, Diabetes Mellitus y presencia de estrés. Los datos fueron recogidos de forma manual y computarizada; los resultados se mostraron en tablas y gráficos. Se obtuvo como resultados fundamentales que el sexo femenino fue el más afectado (54.7%); los factores de riesgos de mayor índice fueron el estrés (84.4%) y la deficiente higiene bucal (80.5%). Se pudo concluir que todos los factores de riesgo estudiados estuvieron presentes en la muestra de pacientes con gingivitis crónica seleccionada.

Palabras claves: Gingivitis crónica, factores de riesgo.

Introducción

La atención estomatológica es una de las estrategias priorizadas del MINSAP, con una alta implicación en el estado de salud de la población y en el orden político y social. El Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población tiene como fundamento el Modelo de Estomatología General Integral, que enfatiza aquellas acciones dirigidas a la promoción de salud y la prevención de enfermedades.¹ A pesar de que se cumpla a cabalidad este modelo, es tarea obligatoria de los profesionales de este sector insistir en el control y/o erradicación de los factores de riesgo que inciden en las enfermedades bucodentales de mayor prevalencia, entre las que se destacan las periodontopatías; las cuales ocupan el segundo lugar en la jerarquización de las enfermedades bucodentales, tanto por su prevalencia como por sus efectos.

La enfermedad periodontal está catalogada entre las afecciones más usuales del género humano, constituyendo una afección tan antigua como la humanidad. La

gingivitis crónica es la más común de sus formas, afectando más del 90% de la población. Con el transcurso del tiempo, el conocimiento de la gingivitis ha sufrido grandes cambios y es hoy en día una de las enfermedades de mayor prevalencia entre los pacientes que asisten a los servicios estomatológicos.^{2, 3}

Estudios de paleontología han evidenciado que la misma afectó al hombre primitivo en diferentes culturas como en el antiguo Egipto y la América precolombina. Esta afección es la más común de todas las enfermedades que se comprueban en los cuerpos embalsamados del antiguo Egipto. El papiro de Ebers contiene numerosas referencias a la enfermedad gingival y ofrece un buen número de recetas para fortalecer dientes y encías.⁴

La distribución y gravedad de la gingivitis alcanza al máximo antes de los 20 años y se mantiene más o menos igual toda la vida. La mayoría de los niños son susceptibles de que alguna vez en la vida (alrededor de al menos un diente) la padezcan. En adultos, la incidencia de gingivitis aumenta con la edad, con un pico alrededor de los 34 años.

En cuanto al género, la prevalencia es generalmente igual en ambos sexos. No obstante, las mujeres pueden ser más susceptibles debido a las influencias hormonales; y en los hombres se debe típicamente a pobres hábitos de higiene bucal. Por otro lado, parece que las alteraciones gingivales afectan sobre todo a pacientes varones. Los índices de gingivitis en hombres son un 10% mayor que en mujeres, independientemente de la edad.

En relación a las etnias raciales, es generalmente pandémico; sin embargo, los africanos y americanos tienen mayor prevalencia que los caucásicos, los cuales tienen a su vez mayor prevalencia que los hispanos.⁵⁻⁹

La prevalencia de la gingivitis varía en diferentes regiones del mundo, hay indicios de que podría ser más prevalente en países en vías de desarrollo que en los ya desarrollados. En países industrializados aproximadamente el 50 % de la población adulta tiene gingivitis. Algunos autores, plantean que en países subdesarrollados, en los que no existen programas de educación para la salud ni preventivos, todos los individuos tienen gingivitis en casi todas las áreas de la dentadura alrededor de los 14 años.¹⁰

Investigaciones en Cuba revelan que la gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños de edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis.

Muchos científicos han dedicado miles de horas al estudio de los factores causales. La periodoncia moderna enfoca estos problemas bajo un prisma nuevo, el de los llamados factores de riesgo, para el inicio y progresión de la enfermedad periodontal.

A partir de la década del 50 se estudia la relación del nivel sociocultural con la enfermedad periodontal, y es en 1956 que se expresa que la gravedad de la afección aumenta en los grupos socioeconómicos más bajos, que se caracterizan por hábitos higiénicos y dietéticos deficientes.^{4, 12, 13}

La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituyen el factor de riesgo que más se asocia con el origen y la evolución de la gingivitis crónica por ser el contacto mantenido de los microorganismos con la encía.¹⁴

Existen trabajos que relacionan otros factores de riesgo con la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal; dentro de los que se destacan fundamentalmente el hábito de fumar, la Diabetes Mellitus y el estrés.

La prevención de las afecciones gingivales es el mejor tratamiento del que disponemos con el fin de lograr un mejor cuidado de la cavidad bucal en nuestros pacientes. De aquí la importancia de nuestra investigación en los momentos actuales de enfocarnos como objetivo principal en describir el comportamiento de algunos factores de riesgos asociados a la presencia de gingivitis crónica en adultos de 20 a 44 años del Consultorio 13 del municipio Cruces en el período comprendido de junio a diciembre del 2017.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, en el Consultorio 13 del municipio Cruces entre junio y diciembre del 2017. El universo estuvo conformado por 385 pacientes con edades comprendidas entre 20 y 44 años, que acudieron a consulta durante del periodo de estudio. Fue seleccionada a través de un muestreo intencional constituido, una muestra de 128 pacientes cumpliendo con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de gingivitis crónica según Índice Periodontal de Russell (connotación 1 y 2).
2. Pacientes que manifestaron su consentimiento para participar en la investigación.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes con enfermedades sistémicas crónicas que ingieren medicamentos que producen agrandamientos gingivales.
2. Embarazadas y retrasados mentales.

Técnicas y procedimientos

Se realizó el examen clínico de los pacientes en un sillón fijo de la consulta de estomatología del policlínico docente “Manuel Piti Fajardo” del municipio Cruces; con apoyo de la luz artificial y set de clasificación (espejo bucal, pinza, explorador), teniendo en cuenta el previo consentimiento informado de los mismos. Se aplicó el Índice Periodontal de Russell (IP) sin el criterio adicional con radiografía, para buscar presencia de gingivitis crónica; criterio por el cual se seleccionó la muestra.

Posteriormente se aplicó el índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S) para determinar higiene bucal deficiente.

La entrevista permitió la obtención de información de fuente primaria, amplia y abierta. Para la misma se utilizó un cuestionario diseñado con el fin de recoger los factores de riesgo de la gingivitis crónica a los cuales se encontraban expuestos, los cuales fueron anotados en una planilla de vaciamiento.

Se aplicó la Escala Sintomática de Estrés (ESS) Seppo-Aro (1980), versión 2 IMT 1985; cuestionario empleado para determinar el nivel de afectación por estrés en los pacientes sometidos a la investigación.¹⁵

Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta las siguientes variables: sexo, higiene bucal deficiente, hábito de fumar, número de cigarrillos, Diabetes Mellitus y presencia de estrés.

Procesamiento estadístico

Los datos fueron recogidos en una ficha de vaciamiento mediante el programa Excel del Office 2013, y fueron procesados mediante el paquete estadístico computacional SPSS versión 12.0. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos para su mejor discusión e interpretación.

Resultados y Discusión

La gingivitis crónica afecta generalmente ambos géneros por igual. La tabla 1 muestra la distribución de enfermos gingivales según sexo, donde se evidencia mayor afectación de la féminas con el 54.7%, respecto a los hombres con el 45.3%.

Algunos estudios aseguran lo anterior, tomando como base los mayores cambios hormonales que se producen en las mujeres, como el embarazo, la pubertad, la menstruación, la ovulación, la menopausia o el consumo de anticonceptivos hormonales; ya que son factores capaces de modificar la respuesta tisular inflamatoria ante la placa bacteriana.

Al analizar los resultados del estudio de Pérez Barrero y col.⁴ sobre los principales factores de riesgo de la gingivitis crónica, puede verse también que el sexo femenino prevaleció sobre el masculino con 136 féminas (60,4%), y que tanto en el grupo de estudio como en el control sobresalió este mismo sexo (62,7 y 59,3 %), respectivamente.

Pérez Marrero y col.¹⁶ representa en su estudio que según la edad y el estado periodontal, el 36,1% de los pacientes presentaba gingivitis, dentro de estos el más afectado el sexo femenino.

Otros autores afirman que la gingivitis es más usual en el sexo masculino debido a los deficientes hábitos de higiene bucal y a la menor preocupación por su salud oral. Un ejemplo de esto lo muestra Marulanda u col.¹⁷ en su trabajo sobre las condiciones periodontales de los estudiantes de la Universidad de Colombia, donde los hombres constituyeron el 71% de la muestra afectada.

En otro estudio de Pérez Marrero y col.¹⁸, del total de pacientes, 33,3 % presentaban gingivitis crónica, con mayor afectación en los varones (64,0 %).

Romero Castro y col.¹⁹, por su parte, mantiene la equidad genérica, ya que la prevalencia de gingivitis en hombres fue 78,0 % y en mujeres 75,0 %; y la diferencia no tuvo significación estadística.

La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituye el factor de riesgo más fuertemente asociado con el origen y evolución ulterior de la gingivitis crónica, perpetuándola en la medida en que se mantenga el contacto de la encía con los acúmulos de placa y a su vez esta condición es el resultado de un hábito incorrecto de higiene bucal.¹¹ La tabla 2 evidencia el angosto vínculo entre dicho factor de riesgo y la presencia de gingivitis crónica en los pacientes seleccionados como muestra (80.5%).

Estudios epidemiológicos llevados a cabo hace más de cuatro décadas han mostrado que la mayor prevalencia y gravedad de las gingivitis estaban estrechamente asociadas con la mala higiene bucal de las poblaciones estudiadas; resultados que se han venido evidenciando hasta nuestros días.²⁰

En el trabajo de Doncel Pérez y col.¹⁴ se muestra la distribución de los jóvenes según la eficiencia del cepillado, la cual estuvo deficiente en el 81,6 % de los examinados, y lo cual determina a su vez la deficiente higiene bucal en los que tenían diferentes grados de gingivitis.

Según los índices utilizados en el estudio de Romero Castro y col.¹⁹ 16,0 % de los estudiantes tuvieron mala higiene bucal y 87,3 % placa dentobacteriana.

En el estudio de Pérez Hndez y col.²¹ aparece una evaluación de la higiene bucal realizada a todos los enfermos de la muestra según el índice de higiene bucal revisado (IHB-R). El 95.1% de los enfermos tenía hábitos incorrectos de cepillado. Solo el 4.9% de ellos practicaban buena higiene.

En los estudios de Pérez Barrero ²², Rubio Ríos ²³, Pérez Marrero ^{16,18} y Mayán Reina ²⁰; sobresalió la higiene bucal deficiente como factor primordial en cuanto a los factores de riesgo presentes en los pacientes afectados por gingivitis.

Como es evidente, todas las investigaciones realizadas al respecto confluyen en que existe una relación muy significativa entre la práctica de una higiene bucal inadecuada y la gingivitis. En consecuencia, las medidas terapéuticas, tanto preventivas como curativas, se deben orientan a eliminar la mayor cantidad de microorganismos que sea posible, básicamente por medio de la instrucción de técnicas de higiene adecuadas a cada paciente, en combinación con terapias de remoción de placa dentobacteriana y otros depósitos por parte del odontólogo.

El tabaquismo constituye un factor de riesgo fuertemente asociado a la gingivitis crónica. Las tabla 3 muestra la relación entre el hábito de fumar y la presencia de dicha enfermedad; reflejando un total de 87 fumadores para un 68%.

Las manchas que produce el cigarro sobre la superficie dentaria generan los productos de la combustión que eliminan la lisura del esmalte y esa superficie

áspera aumenta la posibilidad de formación de placa. En los fumadores existe también la tendencia a disminuir el flujo salival que ejerce similar acción.

Relacionar el hábito de fumar con las periodontopatías crónicas se fundamenta en las variaciones que produce en el ecosistema subgingival, alteraciones en la fagocitosis, quimiotaxis y actividad defensiva de los polimorfonucleares neutrófilos (PMN), trastornos en la microcirculación gingival, hipoxia crónica, entre otros.^{11,20,24}

El tabaquismo también estuvo presente en 93 pacientes (41,3% de los casos estudiados), en el estudio de Pérez Barrero y col.⁴ sobre los principales factores de riesgo de la gingivitis crónica.

Pérez Marrero y col.¹⁸, mostró que el hábito de fumar se encontró en 42,7 % de la serie, pero preponderantemente en el grupo de estudio (60,0 %).

Otro estudio de Traviesas Herrera y col.²⁵ registra en su investigación la situación periodontal para los fumadores y muestra que el 19,5 % de los fumadores presentaron gingivitis, y ningún fumador se encontraba sano. Más de la mitad de los fumadores (57,23 %) tenían una gingivitis establecida. La situación periodontal en los fumadores, según la intensidad del tabaquismo, estuvo, donde se evidencia que la condición predominante de la situación periodontal es la gingivitis establecida, y que todos los pacientes tenían alguna manifestación de enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica en sus tejidos periodontales, y existe una correspondencia entre los pacientes con pérdida de la función masticatoria con el tabaquismo severo.

Sin embargo, en otras investigaciones los rangos de tabaquismo fueron bajos en toda la muestra; como Marulanda¹⁷, con un 13,5% y Romero Castro¹⁹ con un 17,2 % de los pacientes estudiados.

La tabla 4 muestra la relación entre la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente con la presencia de gingivitis crónica; donde se refleja que del total de fumadores, el 48.3% consumían entre 11 y 20 cigarrillos diariamente.

El hábito de fumar está asociado con una variedad de cambios perjudiciales en la boca, que pueden sumarse a los originados por la xerostomía psicofarmacológica, el deterioro en la higiene oral y alteraciones en la dieta, situaciones relacionadas con factores psicoemocionales.

La morbilidad por enfermedad periodontal se incrementa con el aumento a la exposición del tabaco: cuanto mayor sea la cantidad de cigarros consumidos al día y mayor el tiempo fumando el paciente, más grave será la enfermedad periodontal.

Stany y colaboradores (1996) opinan que el efecto del hábito de fumar en la severidad de la enfermedad periodontal no está asociado a la edad ni al sexo y es más evidente en fumadores de más de 10 cigarrillos por día.

Tonetti (1998) al considerar el hábito de fumar como un verdadero factor de riesgo describe el aumento en 2 ó 3 veces las probabilidades de desarrollar periodontopatías. Refiere que este efecto es dosis-dependiente y propone como fumadores “fuertes” aquellos que fuman más de 10 cigarrillos al día.^{11,20,24}

Estas literaturas coinciden con los resultados del presente estudio, donde la mayor parte de los pacientes consumen más de 10 cigarrillos por día; lo cual discrepa con Marulanda ¹⁷, que de una muestra de 48 fumadores solo el 5% fumaba 5 o más cigarrillos por día.

Como podemos observar, la población en estudio se encuentra severamente afectada por el tabaquismo, el cual es un factor de riesgo difícil de eliminar; y que como toda adicción no sería correcto eliminarlo de golpe, sino indicando la reducción paulatina del número de cigarrillos por días, semanas o meses hasta su erradicación total. En este sentido, los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel importante al promover el abandono del hábito de fumar mediante consejos que manifiesten los riesgos asociados con su consumo.

La Diabetes Mellitus es otro factor de riesgo muy asociado a la gingivitis crónica, con aumento 2 o 3 veces de susceptibilidad. Las estadísticas reportadas en la tabla 5 respecto a la cantidad de enfermos gingivales con padecimiento de Diabetes Mellitus, fueron relativamente bajas; obteniéndose un 18%; al igual que las investigaciones de Pérez Barrero¹⁸, donde se apreció la presencia de diabetes mellitus en 7 de los integrantes de la serie (3,1%), de los cuales 6 pertenecen al grupo de estudio (8,0%) y una incidencia muy baja de un paciente en el grupo control (0,7%); y el de Romero Castro ¹⁹, donde solo el 0,4 % dijo padecer diabetes.

Esta patología endocrino-metabólica conspira contra el funcionamiento del componente defensivo y reparativo del huésped, por tanto, incrementa su susceptibilidad y su influencia en el aumento de los elementos de agresión es dudosa.^{4, 11}

Esta enfermedad sistémica no causa gingivitis o bolsas periodontales, pero hay indicios de que altera la respuesta de los tejidos periodontales frente a los irritantes locales, así como que agrava la pérdida ósea en la enfermedad periodontal y retarda la curación posquirúrgica de los tejidos periodontales.²⁴

Los factores psicosociales pueden provocar cambios supresores en el sistema inmunitario. Así el estado mental de la persona puede modificar la respuesta inmune. La tabla 6 muestra el vínculo directo entre la gingivitis y el estrés con un alto porcentaje de pacientes con este trastorno psicosomático (84.4%).

Diversos estudios han demostrado como las experiencias estresantes pueden deprimir o tener un efecto negativo sobre la inmunidad. Acontecimientos vitales como las pérdidas familiares, separación matrimonial, la soledad o pérdida de empleo se ha demostrado que provocan depresión del sistema inmune.

Como consecuencia del estrés existe un aumento en la liberación de glucocorticoides que disminuyen la normal respuesta inmune. Se producen alteraciones en los mecanismos humorales y celulares inmunitarios, decrece la actividad de los linfocitos y de los anticuerpos ante determinados antígenos, alterándose también la acción antiviral del interferón, a su vez aumenta la permeabilidad y tonicidad vaso motriz y disminuye la renovación del tejido conectivo.²⁴

Otros autores también coinciden al respecto. La percepción de estrés fue 51,7 % en un estudio de Romero Castro y col.¹⁹ sobre prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México.

En el estudio de Sánchez Rguez y col.²⁶ se observó que un 35% de los estudiantes afectados por gingivitis tenían un alto nivel de estrés.

Conclusiones

A partir de los resultados de la presente investigación se pudo evidenciar que la higiene bucal deficiente, el hábito de fumar, la Diabetes Mellitus y el estrés constituyen factores de riesgo evidentemente presentes en los pacientes de la población estudiada afectados por gingivitis crónica.

Referencias Bibliográficas

1. Colectivo de autores. Introducción. En: Guías Prácticas de Estomatología. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médica, 2010.p.14-15 [Citado 2017 Feb 23]. Disponible en: <ftp://ftp.sld.cu/ftphosting/UVS/sbucal/cli n/guiascaries>
2. Cruz Morales R, Caballero López D, Limonta Vidal ER. Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en niños. Colegio “Presidente Kennedy”. Venezuela. 2006. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(4). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/año%202009/vol4%202009/tema07.htm> [consulta: fecha de acceso]
3. Camacho Escalante L, Rodríguez Nieves M, González Linares Y, Rodríguez Martín O, Delgado Zamora M, Pérez Morgado R. Intervención con láser terapéutico en pacientes portadores de gingivitis crónica. MEDICIEGO 2014; Vol.20 Supl.2. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_Supl%20_14/articulos/T9.html
4. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años [artículo en línea] MEDISAN 2009; 13(1). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san06109.htm
5. Pereda Rojas ME, González Vera FE. Intervención educativa sobre higiene bucal y gingivitis en embarazadas de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez. ccm [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Set 27]; 19(2): 222-232. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200005&lng=pt.

6. Paez González Y, Tamayo Ortiz B, Batista Bonillo A, García Rodríguez YC, Guerrero Ricardo I. Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos. ccm [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Set 27] ; 19(2): 269-281. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200009&lng=pt.
7. Díaz Cárdenas Y, García Reguera O, Suárez Morales X, Valdez Sardiñas SA, Iglesias León D. Enfermedad periodontal en una población adulta del municipio de Encrucijada. Medicentro Electrónica [Internet]. 2014 Set [citado 2017 Set 27] ; 18(3): 107-114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000300004&lng=pt.
8. Santana Fernández KA, Rodríguez Hung AM, Silva Colomé ME, Núñez Antúnez L, García Fajardo I. Características de la enfermedad periodontal en la población atendida en consulta externa de la Clínica Estomatológica "Camilo Torres Restrepo". MEDISAN [Internet]. 2014 Jul [citado 2017 Set 27] ; 18(7): 915-922. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700005&lng=pt.
9. Zaldívar Bernal HL, Cid Rodríguez MC, Sánchez Gay JM, Montes de Oca Ramos R. Comportamiento de la gingivitis crónica en adolescentes de la Secundaria Básica "Jesús Fernández". Santa Marta, Cárdenas. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 [citado 2017 Set 27] ; 36(Suppl 1): 711-719. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700004&lng=pt.
10. Khansa Taha A, Zafer Mohammad Faisal AH and Yousef SK. Ababneh et al. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a Multi-Centre study in North Jordan: a cross sectional study BMC Oral Health 2012, 12:1. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/12/1>
11. Colectivo de autores. Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Guías prácticas de Estomatología. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médica, 2010.p.195-260 [Citado 2017 Feb 23]. Disponible en: <ftp://ftp.sld.cu/ftphosting/UVS/sbucal/cli n/guiascaries>
12. Rojas González C, Segovia Chamorro J, Raccoursier Schwerter V, Godoy Olave J, Lopetegui Buschmann MS. Estado periodontal y necesidad de tratamiento en pacientes GES 60 años de Villa Alemana. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2010 Ago [citado 2016 Oct 04] ; 3(2): 86-89. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000200005>.

13. Oliveira Dos Santos, Carlus Alberto et al. O Tabagismo e suas implicações na saúde pulpar e periodontal. Rev Cubana Estomatol, [S.l.], v. 54, n. 3, sep. 2017. ISSN 1561-297X. Disponible en: <<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1189/367>>. Fecha de acceso: 26 sep. 2017
14. Doncel Pérez C, Vidal Lima M, del Valle Portilla MC. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Oct 04] ; 40(1): 40-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100006&lng=es.
15. Colectivo de autores. Instrumentos para el estudio del estrés y el afrontamiento. En: Instrumentos de medición para el estudio del estrés y el afrontamiento. 2012. Disponible en: http://www.sld.cu/infosearch_simple_search?Sid=62&text=escala%2520de%2520estr%25C3%25A9s
16. Pérez Barrero BR, Sánchez Zapata R, Gondín Gener M, Sánchez Garrido AV, Gan Cardero B. Estado periodontal de pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Vista Alegre. MEDISAN [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 Set 27]; 16(4): 532-541. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400007&lng=pt.
17. Marulanda AM, Coral D, Sabogal D, Serrano C. Periodontal conditions of Colombian university students aged 16 to 35. Braz. oral res. [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 04] ; 28(1): 1-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242014000100223&lng=en. Epub May 16, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2014.vol28.0009>.
18. Pérez Barrero BR, Duharte Garbey C, Perdomo Estrada C, Ferrer Mustelier A, Gan Caldero B. Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y gingivitis crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años. MEDISAN [Internet]. 2012 Sep [citado 2016 Oct 04]; 15(9): 1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000900001&lng=es.
19. Romero-Castro NS, Paredes-Solís S, Legorreta-Soberanis J, Reyes-Fernández S, Flores Moreno M, Andersson N. Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Jun [citado 2016 Oct 04]; 53(2): 9-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000200003&lng=es.

20. Mayán Reina G, de Beche Riambau E, Sosa Rodríguez I, Parejo Maden D, Morales Morán L. Gingivitis crónica y la higiene bucal en adolescentes de la secundaria básica "Raúl González Diego". Rev haban cienc méd [Internet]. 2012 Dez [citado 2017 Set 27]; 11(4): 484-495. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000400008&lng=pt.
21. Pérez Hernández LY, de Armas Cándano A, Fuentes Ayala E, Rosell Puentes F, Urrutia Díaz D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Oct 04]; 15(2): 53-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200006&lng=es
22. Pérez Barrero BR, Duharte Garbey C, Perdomo Estrada C, Ferrer Mustelier A, Gan Caldero B. Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y gingivitis crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años. MEDISAN [Internet]. 2011 Set [citado 2017 Set 27]; 15(9): 1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000900001&lng=pt.
23. Rubio Ríos G, Cruz Hernández I, Torres López MC. Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años. Área Norte. Sancti Spiritus 2010. Gac Méd Espirit [Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Set 27]; 15(1): 48-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100007&lng=pt.
24. Lemus Correderas IG, González Díaz ME, China Meneses EM, Toledo Pimentel B. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la Enfermedad Periodontal inflamatoria crónica. En: Colectivo de autores. Compendio de Periodoncia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006. p.195-311.
25. Traviesas Herrera EM, Echarry Cano O, Morales Aguiar DR, Ilizástigui Ortueta ZT, Rodríguez Ortega J. Intervención comunitaria intersectorial en adultos para disminuir el tabaquismo y las periodontopatías. Boquerón, Monagas, Venezuela. 2012. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2012 Abr [citado 2016 Oct 04]; 34(2): 162-172. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000200006&lng=es.
26. Sánchez Rodríguez R; Maceo Palacio O; Fruto Martínez Y; Domínguez Maceo Y; Roben López R. Caries dental y gingivitis en estudiantes de segundo año de Estomatología con estrés académico. Multimed 2014; 18(2) Disponible en : <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2014/v18-2/5.html>

Anexos

Tabla 1. Distribución de pacientes con gingivitis crónica según sexo. Cruces.2017.

Sexo	No	%
Femenino	70	54.7
Masculino	58	45.3
Total	128	100

Fuente: Formulario de datos

Tabla 2. Distribución de pacientes con gingivitis crónica en relación con la higiene bucal deficiente. Cruces.2017.

Higiene bucal deficiente	No	%
Sí	103	80.5
No	25	19.5
Total	128	100

Fuente: Formulario de datos

Tabla 3. Distribución de pacientes con gingivitis crónica en relación con el hábito de fumar. Cruces.2017.

Hábito de fumar	No	%
Sí	87	68
No	41	32
Total	128	100

Fuente: Formulario de datos

Tabla 4. Distribución de pacientes con gingivitis crónica según el número de cigarrillos consumidos diariamente. Cruces.2017.

Cantidad de cigarrillos consumidos en el día	No	%
Menos de 10 cigarrillos	11	12.6
Entre 11 y 20 cigarrillos	42	48.3
Más de 21 cigarrillos	34	39.1
Total de fumadores	87	100

Fuente: Formulario de datos

Tabla 5. Distribución de pacientes con gingivitis crónica en relación con la presencia de Diabetes Mellitus .Cruces.2017.

Diabetes Mellitus	No	%
Sí	23	18
No	105	82
Total	128	100

Fuente: Formulario de datos

Tabla 6. Distribución de pacientes con gingivitis crónica en relación con la presencia de estrés. Cruces.2017.

Presencia de estrés	No	%
Sí	108	84.4
No	20	15.6
Total	128	100

Fuente: Formulario de datos.

COMPORTAMIENTO DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS CARDIOVASCULARES EN LA PROVINCIA CIENFUEGOS. 2008-2013

Maylé Santos Solís. mf4740@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba

Vivian Rosa Vázquez Martínez vda@ucm.sfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Máster en Educación Médica Superior. Vicedecana Docente.

Daniela Beatriz Aguiar Santos. Estudiante de pregrado .3er año Carrera de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos. Cuba

Resumen:

Las malformaciones congénitas cardiovasculares contribuyen de forma importante a la mortalidad infantil. Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal en Cienfuegos en el período de enero de 2008 a diciembre de 2013. El universo lo conformaron 94 gestantes, registradas con fetos o recién nacidos con malformaciones congénitas cardiovasculares. Se recolectó la información de los registros de Malformaciones Congénitas RECUMAC, RECUPREMAC y del departamento de archivo del Hospital Provincial. Los resultados se muestran en gráficos y tablas de porcentajes que muestran la tendencia de las malformaciones en el periodo, los tipos más frecuentes de defectos cardiovasculares que se presentaron y los factores maternos que se les asociaron. Las cardiopatías congénitas predominaron en los años 2010 y 2011 y prevaleciendo en el área II y VIII del municipio Cienfuegos así como en el municipio Cumanayagua; siendo la CIV el tipo más frecuente. Los factores maternos que con mayor frecuencia se presentaron las madre fueron la edad materna normal, la primiparidad, las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el uso de medicamentos como los antibióticos y las infecciones en el primer trimestre de la gestación sobre todo las vaginales. A pesar de los avances logrados aún existe falta de percepción de los riesgos y es necesario su identificación para trazar estrategias de intervención que permitan una maternidad saludable.

Palabras Clave: Malformaciones Congénitas Cardiovasculares /Factores maternos asociados.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento sumamente esperado en el entorno familiar y causa de alegría y regocijo, sin embargo, para muchas parejas la reproducción puede ser incierta y muchas veces trae aparejada resultados no tan positivos; al nacer el tan esperado bebé con algún defecto congénito.

Se considera defecto congénito, malformación congénita y anomalía congénita como sinónimos para definir trastornos estructurales, de la conducta, funcionales y metabólicos presentes en el recién nacido.^{1,2}

A pesar de los adelantos en la Teratología, es difícil determinar con exactitud la etiología de muchos defectos congénitos. No obstante, se acepta que 16 % son de naturaleza genética, 10 % ambiental, 26 % multifactorial, 1 % asociado a la gemelaridad y 46 % restante desconocida.^{3,4}

Se estima que en el mundo nacen anualmente casi 8 millones de niños con defectos congénitos (DC) y que las afecciones cardíacas constituyen las malformaciones congénitas severas más frecuentes.

Se considera como cardiopatía congénita a todo defecto estructural o funcional del corazón y grandes vasos presente en el recién nacido como consecuencia de un error en su embriogénesis, o a lesiones en útero posteriores a su formación.⁵

El periodo vulnerable para el desarrollo de una malformación del corazón fetal, comienza a los 14 días de la concepción, y se puede extender hasta los 60 días. En el 85 % de las malformaciones congénitas cardíacas, se involucran factores genético-ambientales, es decir, multifactoriales, y en el 15 % restante existe una herencia monogénica (afección de un gen específico) o una anomalía cromosómica, generalmente acompañando a un síndrome genético.⁶

En el mundo su prevalencia estimada es de 8 a 12 casos por cada 1000 nacidos vivos y un ligero predominio del sexo masculino. Es por ello que las cardiopatías congénitas son las responsables del 20 al 30 % de las muertes neonatales y del 3% de muertes en el menor de un año, siendo también responsables del 50% de la mortalidad infantil dentro del total de las anomalías congénitas vigentes.^{7,8}

En Cuba las cifras de niños con afectación cardíaca es alrededor de 1440 casos anuales y de ellos 350 son complejas con tratamiento difícil y mal pronóstico, por lo que nacionalmente la incidencia es de 7-8 x 10 000 nacidos vivos, pudiendo llegar hasta un 14 x 10 000 nacidos vivos dependiendo de las cardiopatías incluidas y del período analizado.^{6, 7,8,9}

En Cienfuegos, los estudios previos sobre malformaciones congénitas se remontan a varios años atrás, Fonseca Hernández(1988-1992), encontró mayor prevalencia en defectos de tabicamiento cardiovasculares como canal AV y Comunicación Interventricular (CIV); Luján Hernández en su trabajo sobre defunciones de los menores de un año ocurridas en la provincia Cienfuegos durante 1989-1998 reporta las cardiopatías congénitas como su causa más frecuente, por su parte Gabriel González J. estudió el panorama general de las malformaciones congénitas mayores y la eficacia del screening ultrasonográfico en la provincia de Cienfuegos 1999-2001 y encontró que primaron las malformaciones neurológicas y cardiovasculares, siendo estas últimas las que más escaparon del diagnóstico ultrasonográfico.¹⁰

Por todo lo antes expuesto se plantea el siguiente estudio con el objetivo de determinar el comportamiento de las cardiopatías congénitas en la provincia en el período 2008-2013.

DESARROLLO

La tendencia de las malformaciones cardiovasculares en los 6 años estudiados se muestra en el gráfico 1, siendo los años 2010 y 2011 los de mayor prevalencia con 21 casos cada uno.

Estudios realizados en Gambia coinciden con un predominio de los defectos del Sistema Cardiovascular al analizar los sistemas afectados por malformaciones en nacidos vivos; también en otras regiones de nuestro país como en Camagüey y Pinar del Río, resultaron ser las cardiopatías congénitas las malformaciones más frecuentes seguidas de las alteraciones de Sistema Nervioso Central.^{11, 12,13}

En nuestra provincia en el periodo 1997-2006 fueron las patologías cardiovasculares las más frecuentes diagnosticadas prenatalmente, por su parte Vázquez y Torres en el

2013 reportaron predominio de las malformaciones del SOMA en recién nacidos vivos.^{10, 14}

En el gráfico 2 se puede apreciar distribución de malformaciones congénitas cardiovasculares en los 6 años que incluyó el estudio pudiendo observarse un predominio en los municipios de Cienfuegos, Cumanayagua, Aguada siendo las áreas de salud II y VIII las más afectadas en el municipio Cienfuegos.

Estudios previos sobre malformaciones congénitas en la provincia reportan como municipios más afectados a Cienfuegos con las áreas III, VII, VIII y los municipios de Lajas y Aguada en orden decreciente.¹⁵ En relación a las malformaciones cardiovasculares específicamente no se ha realizado una caracterización en el territorio teniendo en cuenta las localidades más afectadas.

En la tabla N° 1 se muestra que predominó el grupo de edad materna normal (75,5%) sobre las adolescentes y añosas y las gestantes con historia obstétrica de primiparidad (39,3%). El predominio de malformaciones en el grupo de edad normal puede corresponderse a que constituye este el rango de edad con que mayor frecuencia se embarazan las féminas, al ser el período óptimo para la reproducción.

Otros autores coinciden con este hallazgo, al encontrar en la Isla de la Juventud durante un período de seis años, que el 74% de las madres de niños malformados pertenecían al grupo de edades de 20-35 años.^{16,17}

Algunos investigadores han concluido que las mujeres añosas y adolescentes corren mayor riesgo de tener un niño con malformaciones congénitas; siendo la edad de la madre añosa asociada a síndromes como la Trisomía 21 que se asocia con frecuencia a malformaciones cardiovasculares como la comunicación interventricular e interatrial, y las adolescentes con persistencia de ductus arterioso.^{18, 19}

Al analizar la paridad de las madres con hijos afectados por cardiopatías se observa que son más frecuentes las progenitoras primíparas. Este hallazgo difiere de lo expuesto por Canals y Cavada quienes incluyen entre los factores asociados a los defectos congénitos el número de embarazos maternos; en su estudio, las gestantes con historia obstétrica mayor a dos gestaciones se vieron más afectadas que las de menor número de embarazos.²⁰

Un aspecto que pudiera influenciar este resultado sería que el aumento de la paridad materna va en relación con la edad, es difícil discernir si realmente lo que está influyendo es la paridad o que los últimos nacimientos coinciden con madres de mayor edad.

Otra variable que se presentó con frecuencia el grupo de estudio fueron las enfermedades maternas asociadas, de ellas el 31,9% de las 94 gestantes estudiadas presentaron algún tipo de padecimiento, predominó la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las cardiopatías y la anemia (Tabla 2).

Acosta y Mullings en su estudio caracterización de malformaciones congénitas en recién nacidos vivos, encontraron predominio de la Diabetes Mellitus y el Asma Bronquial en la población materna.¹⁷ Resultados que coinciden con otros estudios nacionales que relacionan además a la Hipertensión Arterial.^{14,21}

La Diabetes produce alteraciones cerebrales, el mecanismo teratogénico es aún desconocido, pero interviene la alta concentración de radicales libres, alteración en el metabolismo de las prostaglandinas, glicosilación de proteínas y múltiples mutaciones en el ADN.^{3, 4, 22}

En relación a la Hipertensión arterial y el Asma bronquial constituyen patologías que por mecanismos diferentes afectan la oxigenación del embrión- feto ya sea por déficit de perfusión o por hipoxia respectivamente, y es conocido el efecto teratogénico de ambos en el nuevo ser en desarrollo sobre todo en el sistema cardiovascular.^{1, 3,4}

La presencia de infecciones en el primer trimestre de la gestación se evidenció en 28 casos (29,7%), siendo las más frecuentes las infecciones vaginales. Este predominio ha sido observado en otros estudios nacionales.^{14, 17}

El padecimiento de episodios infecciosos en la primera etapa de la gestación determina el buen desarrollo embrio-fetal al actuar como un teratógeno, la patogénesis de estas anomalías puede generalmente ser atribuidas a una invasión directa del feto, produciendo inflamación del tejido fetal y muerte celular.^{5,9}

En nuestro estudio se observaron con frecuencia los casos afectados por cardiopatías congénitas y antecedentes del uso de medicamentos por las madres durante el primer trimestre de la gestación, con 43 de los 94 casos, para un 45,7%. Predominó el grupo de antibióticos, seguidos por los analgésicos, hipotensores e hipoglicemiantes. Otros autores obtuvieron similares resultados.^{14,23}

A pesar del incremento de las enfermedades infecciosas durante el embarazo, tales como la infección vaginal y urinaria, no se justifica que se encuentren los anti-infecciosos como los agentes farmacológicos más consumidos, lo cual es un punto de partida para realizar acciones de promoción y educación para la salud en la población obstétrica.^{23,24}

En la tabla N° 2, sobresalen los defectos por afectación en el tabicamiento cardíaco o de sus tractos de salida. Varias son las literaturas que ubican a la CIV como la cardiopatía más frecuente dentro del sistema cardiovascular, coincidiendo con nuestro estudio.^{5,7,11}

Estudios nacionales en las provincias de Santiago de Cuba, Sancti Spíritus y Pinar del Río también prevalecieron las malformaciones del SCV entre los defectos congénitos diagnosticados.¹² En nuestra provincia Fonseca Hernández encontró mayor prevalencia en defectos de tabicamiento cardiovasculares como canal AV y Comunicación Interventricular (CIV); y en el 2013 los defectos cardiovasculares ocuparon el segundo lugar, y de ellos la más frecuente fue la CIV.^{10,14}

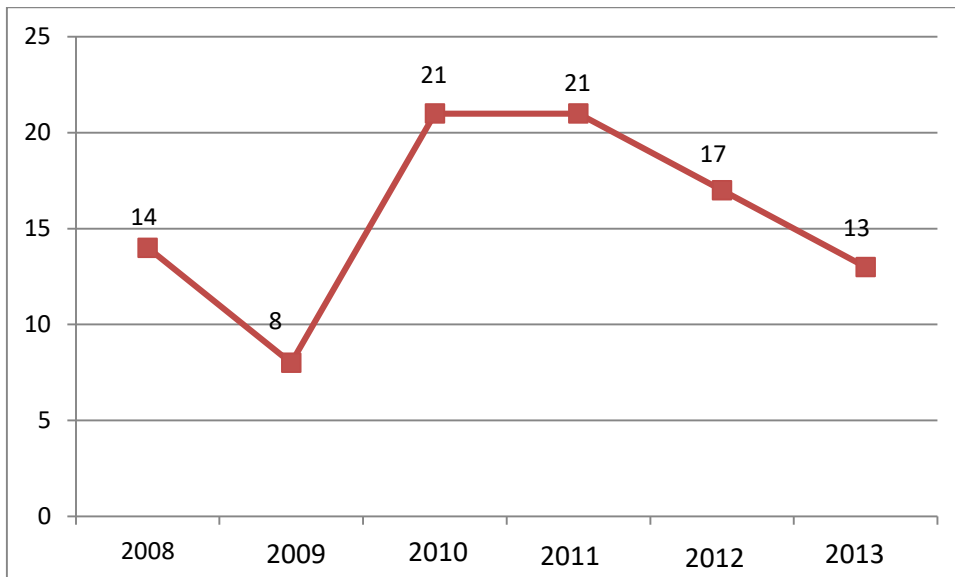
El advenimiento de la ecografía en la Medicina Fetal constituye una de las herramientas más importantes para el diagnóstico prenatal. El examen ecográfico detallado de la anatomía fetal permite detectar por un lado las malformaciones y por otro, los marcadores ecográficos que constituyen signos de alerta que obligan a descartar la presencia de una alteración fetal; y constituye el sistema cardiovascular uno de los sistemas que con más certeza se explora por este medio diagnóstico.²⁵

CONCLUSIONES:

A pesar de los avances logrados en la prevención de los defectos congénitos cardiovasculares, aún existe falta de percepción de los riesgos y es necesaria su identificación para trazar estrategias de intervención que permitan una maternidad saludable.

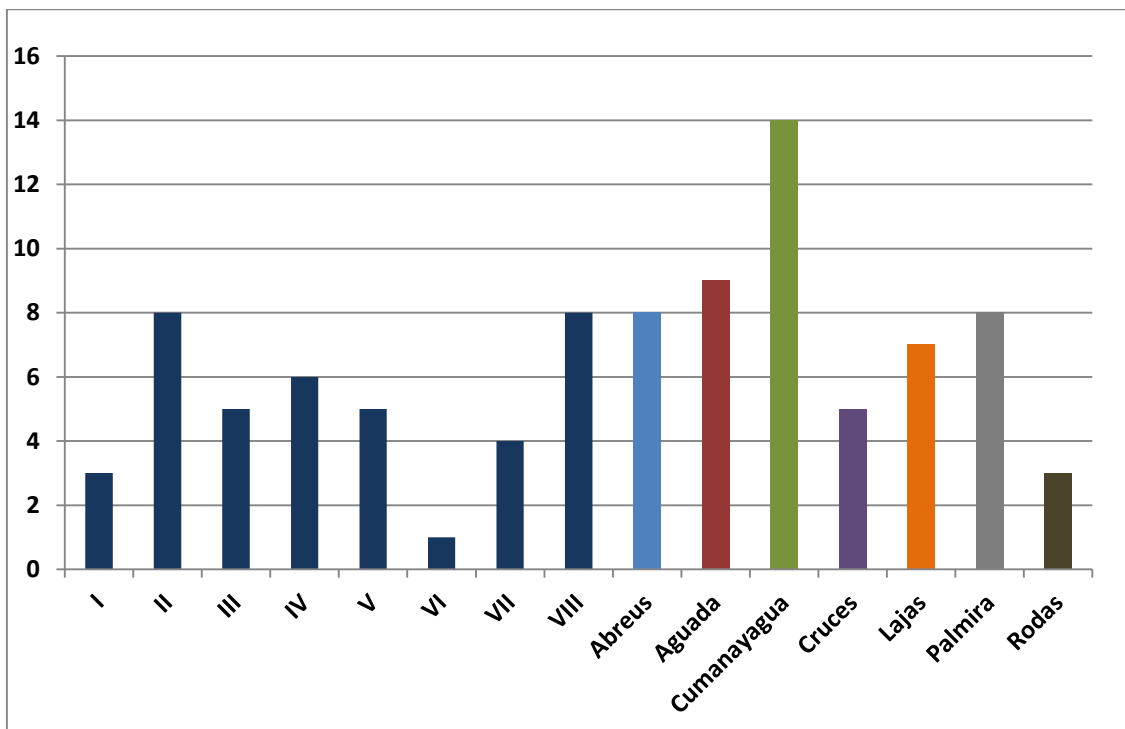
ANEXOS

Gráfico 1: Prevalencia de las malformaciones cardiovasculares según años de estudio. Cienfuegos 2008-2013



Fuente: Departamento de Estadísticas Salud Provincial

Gráfico 2: Distribución de las malformaciones cardiovasculares según áreas de salud y municipios. Cienfuegos 2008-2013



Fuente: Departamento de Estadísticas Salud Provincial

Tabla 1: Factores presentes en las madres con hijos portadores de malformaciones cardiovasculares. Cienfuegos 2008-2013

Variables	N°		%
Edad materna	Adolescente	12	12,7
	Normal	71	75,5
	Añosa	11	11,8
Consanguinidad	Si	4	4,2
	no	90	95,8
Paridad	Nulípara	33	35,1
	Primípara	37	39,3
	Secundípara	18	19,1
	Tercípara	5	5,3
	Múltipara	1	1,2
Antecedentes familiares de malformación	Si	15	15,9
	No	79	84,1
Enfermedades crónicas maternas	Si	30	31,9
	No	64	69,1
Hábito de fumar	Si	12	12,7
	No	82	87,3
Consumo de alcohol 1 ^{er} trimestre del embarazo	Si	2	2,1
	No	92	97,9
Fiebre 1er trimestre del embarazo	Si	7	7,4
	No	87	92,6
Infecciones agudas 1er trimestre del embarazo	Si	28	29,7
	No	66	70,3
Uso de medicamentos 1er trimestre del embarazo	Si	43	45,7
	No	51	54,3

Fuente: Departamento de Estadísticas Salud Provincial

Tabla 2: Enfermedades maternas y malformaciones cardiovasculares. Cienfuegos 2008-2013

Enfermedades maternas	N°	%
Hipertensión arterial	8	26,7
Diabetes mellitus	6	20,1
Cardiopatías congénitas	5	16,7
Anemia	4	13,4

Asma bronquial	2	6,6
Epilepsia	1	3,3
Alteraciones del SOMA	1	3,3
Retraso mental	1	3,3
Alergia	1	3,3
Esclerodermia	1	3,3
TOTAL	30	100

Fuente: Departamento de Estadísticas Salud Provincial

Tabla 3: Infecciones agudas 1er trimestre del embarazo y malformaciones cardiovasculares. Cienfuegos 2008-2013

Infecciones agudas 1er trimestre del embarazo	N°	%
Sepsis vaginal	16	57,1
Infecciones respiratorias agudas	7	25
Infecciones urinarias	5	17,9
TOTAL	28	100

Fuente: Departamento de Estadísticas Salud Provincial

Tabla 4: Uso de medicamentos en el 1er trimestre del embarazo y malformaciones cardiovasculares. Cienfuegos 2008-2013

Uso de medicamentos	N°	%
Antibióticos	16	37,3
Analgésicos y Anatinflamatorios	8	18,2
Hipotensores	7	16,3
Hipoglicemiantes	4	9,3
Antivirales	3	6,9
Sedantes	1	2,4
Anticonvulsivantes	1	2,4
Anestésicos	1	2,4
Esteroides	1	2,4
Antiácidos	1	2,4
TOTAL	43	100

Fuente: Departamento de Estadísticas Salud Provincial

Tabla N° 5: Tipos de malformaciones cardiovasculares. Cienfuegos 2008-2013

Sistema Cardiovascular	Nombre de la malformación	N° Malformados	%
	CIV	44	46.8
	TGV	13	13.8
	Canal AV	7	7.4
	Doble emergencia VD	5	5.3
	Hipoplasia cav.izq	5	5.3
	Valvulopatías	5	5.3
	CIA	4	4.2
	Fallot	4	4.2
	Tronco común	2	2.1
	Dextrocardia	2	2.1
	Coartación aorta	1	1.1
	Bloqueo AV	1	1.1
	PCA	1	1.1
TOTAL	94	100	

Fuente: Departamento de Estadísticas Salud Provincial

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Langman J, Sadler TW. Embriología médica con orientación clínica.12 va. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.p. 523-527.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [actualizado abr. 2015. [citado 18 marzo 2017]. Centro de Prensa. Anomalías congénitas. Nota descriptiva N° 370. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>
3. Carlson B.M. Problemas del desarrollo. En: Embriología Humana y Biología del Desarrollo. 5ta. ed. Madrid:: Elsevier; 2014. p.132-45, 216-56.
4. Moore K L, Persaud T.V.N, Torchia M. Embriología Clínica. 9na ed. Barcelona: Elsevier; 2013: 389-427, 471-501.
5. Martínez Leyva G.et al. De la embriogénesis a la prevención de cardiopatías congénitas, defectos del tubo neural y de pared abdominal. Rev.Med.Electrón [revista en internet]. 2016 [citado 30 de marzo 2017]; 38 (2): [aprox. 7p]. Disponible en:http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200012&lng=es&nrm=iso
6. Vega Gutiérrez E, Rodríguez Velásquez L, Gálvez Morales V, Sainz Cruz LB, García Guevara C. Incidencia y tratamiento de las cardiopatías congénitas en San Miguel del Padrón. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2012[citado 26 feb 2017]; 28 (3): [aprox. 7p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300002&nrm=iso
7. Navarro Ruiz M, Herrera Martínez M. Mortalidad infantil por cardiopatías congénitas en un período de nueve años en Villa Clara. Medicentro Electrón

- [revista en Internet]. 2013 ene-mar [citado 16 feb 2017]; 17(1). Disponible en: <http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202013/v17n1a13/mortalidad.htm>
8. Navarro Ruiz M. Estudio clínico, epidemiológico y etiopatogénico de las cardiopatías congénitas en Villa Clara [Internet]. Tesis en opción del grado científico de Doctor en Ciencias Médicas. Santa Clara: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara; 2013 [citado 16 feb 2017]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/711/1/Tesis_Dra_Maribel_Navarro_Ruiz-Villa_Clara.pdf
 9. Blanco Pereira ME, Almeida Campos S, RussinyollFonte G, Rodríguez de la Torre G, Olivera Muñiz EH, Medina Robainas R. Actualización sobre la cardiogénesis y epidemiología de las cardiopatías congénitas. Rev méd electrón [revista en Internet] 2009; 31(3). [citado 16 feb 2017]. Disponible en : http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000100004&lng=es&nrm=iso
 10. Lujan Hernández M, Fabregat Rodríguez G. Mortalidad infantil por malformaciones congénitas 1989-1998. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en Internet]. 2003 [citado 20 Feb 2017] ; 27 (3): [aprox. 7p].Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol39_1_01/hie03101.html
 11. Chávez Viamontes JA, Quiñonez Hernández J, Paulino Basulto R, Bernárdez Hernández O. Defectos congénitos en menores de un año. Rev Arch Méd Camagüey [revista en Internet]. 2010 [citado 20 Jun 2016];14(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100012&lng=es&nrm=iso&tling=es
 12. Pereda Chávez H, Delgado Aguiar F, Carmen Morejón M, Pérez expósito Y, Hernández Fernández LM. Comportamiento de los defectos congénitos en San Luis. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [revista en Internet]. 2012 [citado 20 Jun 2016]; 16(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n4/rpr03412.pdf>
 13. Hernández Triguero Y, Suárez Crespo M, Rivera Esquivel MC, Rivera Esquivel VC. La genética comunitaria en los programas de diagnóstico prenatal. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2013 May-Jun [citado 21 Ene 2017];17(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942013000300009&script=sci_arttext
 14. Vázquez Martínez V, Torres González C, Díaz Dueñas AL, Torres Vázquez G, Díaz Díaz D, de la Rosa López R. Malformaciones congénitas en recién nacidos vivos. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 4 Jul 2016]; 12(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2639>
 15. Santos-Solís M, Vázquez-Martínez V, Torres-González C, Torres-Vázquez G, Aguiar-Santos D, Hernández-Monzón H. Factores de riesgo relevantes asociados a las malformaciones congénitas en la provincia de Cienfuegos, 2008-2013. Medisur [revista en Internet]. 2016 [citado 8 marzo 2017]; 14(6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3418>
 16. Herrera García YI, Reyes Ortiz L, Pérez García Y, Hernández García I, Columbié Samón M, Morales Díaz O. Comportamiento de la mortalidad fetal e infantil por malformaciones congénitas. Isla de la Juventud. 2006-2011. REMIJ [revista en Internet]. 2013 [citado 1 Mar 2017];14(1):[aprox. 26p]. Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/55/117>

17. Acosta Batista C, Mullings Pérez R. Caracterización de malformaciones congénitas en recién nacidos vivos: Medisur. [revista en Internet]. 2015 [citado 30 Marzo 2016] 13(3): [Aprox. 5p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300007
18. Nazer Herrera J, Cifuentes Ovalle L. Prevalencia de malformaciones congénitas en hijos de madres mayores de 34 años y adolescentes. Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2002-2011. Rev Chil Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2013 [citado 1 Mar 2017]; 78 (4):[aprox. 11p]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262013000400009&script=sci_arttext
19. Constanza Ramírez, Nazer Herrera J, Cifuentes Ovalle L, Águila AR. Et al. Cambios en la distribución etaria de las madres en Chile y en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y su influencia en la morbimortalidad neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2012 [citado 1 Mar 2017]; 77 (3):[aprox. 11p]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000300003&script=sci_arttext&tlng=e
20. Canals CA, Cavada CG, Nazer Herrera J. Factores de riesgo de ocurrencia y gravedad de malformaciones congénitas. Rev Méd. Chil I [revista en Internet]. Nov 2014 [citado 1 Mar 2017]; 142 (11): [aprox. 11p]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001100010
21. Estrada Nelson M, Agueida Carbonell LS, Galván Noa T. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. MEDICIEGO [revista en Internet]. 2011 [citado 20 Jun 2016]; 17(2): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T13.pdf
22. Cruz Hernández J, Hernández García P, Grandía Guzmán R. Consideraciones acerca de la diabetes mellitus durante el embarazo. Rev Cubana Endocrinol. 2015 [revista en internet]. 26 (1): [aprox. 16 p.]. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000100005
23. Silva González GK, Rodríguez Peña Y, Muñoz Callol JL et al. Incidencia de los defectos congénitos asociados al uso de medicamentos en Las Tunas. Rev Zoilo Marinello [revista en internet]. 2014 [citado 30 de marzo 2015]; Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/61>
24. Fernández Romero T; Clapés Hernández S; Suárez Román G. Marcadores de estrés oxidativo en embarazadas diabéticas, Rev Cubana Invest Bioméd [revista en internet]. 2010 [citado 30 de marzo 2016]; 29 (4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002010000400002&script=sci_arttext
25. Figueroa Calderón I Saavedra Moredo D, Torres Sieres Y, Sánchez Lueiro M. Interrupciones de embarazo por causa genética. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet] 2012; [citado 4 marzo 2013] 38(4): [Aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000400002&script=sci_arttext

TÍTULO- COMPORTAMIENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES CENTRADO EN EL SISTEMA DE GÉNERO.

- Dra. Anabel Geroy Fernández- Esp. 1er Grado en MGI Profesor Instructor – Policlínico Área II. Cienfuegos.
- Dra. Ana Teresa Fernández Vidal- Esp. 1er y 2do Grado en MGI Profesora Auxiliar FCM – Cfgos
- Anay de la Caridad Núñez Herrera- Esp. 1er Grado en MGI Profesor Asistente. Policlínico Área II. Cienfuegos.
- Dra. Galia Ibis Pérez Rumbaut Esp. Histología I y II GRADO Profesor Auxiliar. MsC. En MNT. FCM. Cienfuegos
- Dra. Laura Naranjo Hernández Esp. Histología I GRADO Profesor Asistente. MsC. En MNT. FCM. Cienfuegos
- Dra. Yanet Villafuerte Reinante Esp. MGI. I y II GRADO Profesor Asistente. MsC. en Atención Integral a la Mujer. FCM. Cienfuegos

RESUMEN

Fundamento: El consumo de bebidas alcohólicas constituye un verdadero problema de salud en la adolescencia. Los resultados alcanzados por diferentes investigaciones desarrolladas con la comunidad universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos en respuesta al Proyecto Universidad por la Salud motivaron el desarrollo del estudio. **Objetivo** de determinar el comportamiento sexual de estudiantes de 1er año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos y la influencia del género en la caracterización del mismo. **Material y Métodos:** estudio descriptivo y transversal, durante el periodo de octubre a marzo de 2017, que incluyó 83 estudiantes femeninas correspondientes a un 32%, y 64 masculinos (28 %), seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. Se analizaron las siguientes variables: sexo, grupo étnico, consumo referido de bebidas alcohólicas, otros hábitos tóxicos, edad de inicio, frecuencia y lugares de consumo y sensación experimentada al consumir alcohol. **Resultados:** el 30,6% de los estudiantes refirieron que consumen bebidas alcohólicas; el 66.0% refieren el consumo de café y el 30.6% consumen tabaco, se aprecia el inicio al consumo a edades más tempranas en el sexo femenino (50%), el mayor por ciento de los adolescentes de ambos sexos consumen los fines de semana con un 62,2%; el 100% lo hace en bares, discotecas y la playa, se aprecia diferencia en cuanto al sexo en la sensación experimentada con el estado de embriaguez alcohólica, lo cual puede estar relacionado con el género que se manifiesta través de la construcción social. **Conclusiones:** El consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes, debe analizarse según el sistema de género, es importante considerar que el género no sólo afecta a los hábitos de consumo, sino que lo hace también sobre las percepciones acerca del consumo de alcohol y otras drogas.

Palabras clave: consumo de alcohol, adolescencia, género.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de la vida de paso de la infancia a la edad adulta del ser humano y constituye un período transicional. Dicha etapa es un período idóneo para la adopción de hábitos y actitudes, especialmente en el uso de sustancias adictivas que posteriormente pueden permanecer en la adultez, si no son bien manejadas, y llegan a afectar la salud del individuo y la sociedad.¹

El siglo XXI se presenta con un incremento mundial en el consumo de alcohol, se señalan cifras de alrededor del 70 % de la población vinculada al consumo. Investigaciones señalan que en Cuba, se considera que el 45,2 % de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas,² fundamentalmente en los rangos de edades comprendidos entre 15 y 44 años de edad y la mayoría de los dependientes alcohólicos tienen edades comprendidas entre 25 y 42 años, en los últimos 15 años se ha observado una tendencia al aumento del consumo a escala social, además se ha identificado que las edades de iniciarse en el consumo se encuentran en la etapa de la adolescencia.³

En Cuba diversas investigaciones han evidenciado la magnitud del problema y se ha reportado que el inicio del consumo de etanol se produce en las etapas de la adolescencia temprana,⁴ así mismo el consumo de alcohol y el alcoholismo en la provincia de Cienfuegos, constituye un problema de salud, a nivel individual, familiar y comunitario.

El Proyecto CARMEN 2 desarrollado en la provincia de Cienfuegos señala en las mediciones realizadas cifras de aproximadamente 2% para el alcoholismo como factor de riesgo.⁵

En un estudio realizado en el área IV de Cienfuegos se obtiene resultados que sustentan el consumo de bebidas alcohólicas como un verdadero problema de salud en la adolescencia, en la investigación se aprecia que todos los adolescentes refieren consumir bebidas alcohólicas, el 22 % consume una vez por semana, el 88, 9 % lo hace en bares, discotecas y lugares públicos, el 50, 5 % de los consumidores son fumadores y el 73, 6 % refirió a la familia como fuente para obtener información sobre consumo de alcohol. La edad de inicio del consumo en general es entre los 14 y 16 años, con un inicio más temprano en el sexo femenino. Casi la totalidad refirió consumo de alcohol por familiares, se presentó una relación casi similar por amigos o compañeros de la escuela y la totalidad conocen los efectos indeseables del alcohol.

Para analizar el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes centrado en el sistema de género, es importante reconocer que el género se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino, sobre las características biológicas establecidas por el sexo. Posee aspectos subjetivos como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como las conductas y las actividades que diferencian a hombres y mujeres.⁶

El género condiciona las relaciones que hombres y mujeres mantienen, con el consumo de alcohol y otras drogas, se aprecia que muchas mujeres comparten con los hombres hábitos de consumo, estas mantienen un patrón de consumo menos nocivo para la salud: consumen con menor frecuencia y menores cantidades que los hombres.

Pero el género no sólo afecta a los hábitos de consumo, sino que lo hace también sobre las percepciones acerca de las drogas y los riesgos que entraña tanto su consumo esporádico como habitual. Las mujeres muestran una mayor percepción del riesgo asociado al consumo de todas las sustancias que los hombres, salvo en el caso de los tranquilizantes/somníferos, sustancias consumidas en mayor proporción por las mujeres.

Los elementos expuestos anteriormente y los resultados alcanzados por diferentes investigaciones desarrolladas con la comunidad universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos en respuesta al Proyecto Universidad por la Salud y que han mostrado conductas de riesgo en los estudiantes, motivaron al grupo

de investigación para desarrollar un estudio con el objetivo de determinar el comportamiento del consumo de alcohol en adolescentes de 1er año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos y la influencia del género en la caracterización del mismo.

II. DESARROLLO

Diseño metodológico:

Con el propósito de determinar el comportamiento del consumo de alcohol en adolescentes de 1er año de medicina comprendidos entre 17 a 20 años de edad, pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos y la influencia del género en la caracterización del consumo, se desarrolla un estudio descriptivo y transversal, durante el periodo de octubre a marzo de 2017.

El universo integrado por un total de 255 estudiantes femeninas y 232 masculinos, la muestra se seleccionó mediante un muestreo aleatorio simple mediante un programa computarizado y estuvo integrada por 83 estudiantes femeninas correspondiente a un 32%, y 64 masculinos (28 %).

Fueron utilizadas técnicas de investigaciones cualitativas y cuantitativas, insertadas en un sistema de métodos teóricos, empíricos y de procedimientos estadísticos.

Se solicitó el consentimiento informado de forma escrita de cada uno de las participantes en el estudio.

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados se aplicó un instrumento (encuesta) que recoge los datos de las variables estudiadas: sexo, grupo étnico, consumo referido de bebidas alcohólicas, otros hábitos tóxicos, edad de inicio, frecuencia y lugares de consumo y sensación experimentada al consumir alcohol.

Las técnicas estadísticas aplicadas son de tipo descriptivas con distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. Las presentaciones de los resultados obtenidos se realizaron mediante tablas y gráficos. El procesamiento de la información se realizó mediante una computadora personal Pentium 4 con ambiente de Windows XP y el paquete computacional MSWord XP como procesador de texto.

Resultados

Tabla N°.1 Distribución de los estudiantes según consumo de alcohol referido

Consumo de Alcohol	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	FEMENINAS		MASCULINOS		TOTAL	
Refieren consumo	16	19.3	29	45,3	45	30,6
No refieren consumo	67	80.7	35	54.7	102	69.4
TOTAL	83	100,0	64	100	147	100

Fuente: Encuesta

Al analizar la tabla # 1 se puede apreciar que 45 estudiantes (30,6%) estudiantes refirieron el consumo de alcohol y el 69.4% (102 estudiantes) no refieren. Del total que adolescentes que refieren consumir bebidas alcohólicas 16 (19.3%) pertenecen al sexo femenino y 29 para un 45.3% al sexo masculino

Tabla No.2 Distribución de los estudiantes según otros hábitos tóxicos referidos

Otros hábitos Tóxicos Referidos	No	%	No	%	No	%
---------------------------------	----	---	----	---	----	---

	FEMENINAS		MASCULINOS		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Café	48	57.8	49	76,7	97	66.0
Cigarros	19	22.9	26	40,6	45	30,6
Drogas prohibidas	0	0	0	0	0	0
Ninguno	31	37.3	15	23,4	46	31,1

Fuente: Encuesta

La tabla # 2 expone la distribución de las estudiantes según otros hábitos tóxicos referidos por los estudiantes, apreciándose que 97 de ellos (66%) afirmaron ingerir café, 45 (30,6%) estudiantes refirieron el consumo de cigarros, ningún estudiante señaló estar habituada a las drogas prohibidas y 46 estudiantes (31,1%) no señalaron hábitos tóxicos.

Al analizar los resultados según el sexo es importante señalar que se presentan resultados superiores para el sexo masculino con 76,7%, y un 57,8 para el sexo femenino en cuanto al consumo de café, el consumo de alcohol también se presenta con cifras más elevadas en los adolescentes masculinos con 45,3% y en los femeninos la cifra es de 19,3%, así mismo el consumo de cigarrillos es superior en los masculinos con un 40, 6 y en los femeninos de 22,9%.

Al considerar los adolescentes que no refieren consumo o hábito tóxico, es importante señalar que el porcentaje de mujeres es superior con un 37,3% y en los masculinos de 23,4.

Tabla # 3- Inicio del consumo de alcohol según sexo y edades

Inicio del consumo	Femeninos		Masculinos		Total	
	No	%	No	%	No	%
11-13 años	8	50	6	20.7	14	31.1
14-16 años	6	37.5	11	37.9	17	37.8
17-19 años	2	12.5	12	41.4	14	31.1
Total	16	100,0	29	100	45	100

Fuente: Encuesta

En la tabla # 3 se presenta el inicio del consumo de alcohol según sexo y edades, se aprecia que del total de adolescentes, el mayor número comenzó a beber en las edades entre 14 y 16 años (37.8 %), es de destacar que el 31.1 % de los adolescentes comenzó a beber entre las edades de 11 a 13 años, destacándose con cifras superiores el inicio del consumo en estas edades del sexo femenino con un 50 %. Al analizar los resultados según sexo, los masculinos comenzaron en un mayor por ciento en las edades entre 17 y 19 años (41.4 %), las femeninas exhiben solo el 12.5 % de inicio al consumo en estas edades.

Tabla # 4- Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas por los adolescentes

Frecuencia del consumo	Femeninos		Masculinos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Todos los días	0	0	0	0	0	0
Una vez por semana	4	25.0	5	17.2	9	20.0
Fines de semana	9	56.2	19	65.6	28	62,2
Una vez al mes	3	18.8	5	17.2	8	17.8
Total	16	100,0	29	100	45	100

Fuente: Encuesta

En la tabla # 4 se expone la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas por los adolescentes, al analizar esta variable se evidenció un mayor porcentaje de consumo los fines de semana con un 62.2 % (28 adolescentes de forma general). Al analizar estos resultados según sexo se apreció que el porcentaje de consumo los fines de semana es más elevado en el sexo masculino que en el femenino, con 65.6 % (19 adolescentes) y 56.2 % (9 adolescentes) respectivamente. El 20 % bebe una vez por semana (9 adolescentes), representado en un mayor porcentaje por el sexo femenino con un 25 % y en el masculino se representan cifras de 17.2%.

Del total de adolescentes, el 17.8 % refiere consumo de bebidas alcohólicas una vez al mes. No se presentaron adolescentes en el estudio que refirieran consumo diario de bebidas alcohólicas.

Tabla 5. Lugares en que los adolescentes consumen bebidas alcohólicas

Lugares para el consumo	Femeninos		Masculinos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
En su domicilio	1	6.2	3	10.3	4	8.9
Domicilio de amigos	1	6.2	5	17.2	6	13.3
En la escuela	0	0	0	0	0	0
En bares, Discotecas, playas y fiestas públicas	16	100	29	100	45	100

Fuente: Encuesta

En la Tabla # 5 se presentan los lugares en que los adolescentes consumen bebidas alcohólicas refiriendo estos el mayor consumo (100%) para ambos sexos, en bares, discotecas y fiestas, playas y en fiestas en lugares públicos, solo el 8.9% refirió su domicilio, el 13.3% el domicilio de amigos, siendo estos porcentajes superiores en el sexo masculino, es importante señalar que ninguno de los estudiantes refirió consumo en la escuela.

En la investigación se pudo apreciar que del total de adolescentes que refieren consumir bebidas alcohólicas (45), el 40 % (18 adolescentes) señalaron haber presentado estado de embriaguez alcohólica al menos en una oportunidad, superior en el sexo masculino, con 13 adolescentes (el 44.8 %) y un 31.2% en el sexo femenino con 5 estudiantes que refirieron haber sufrido estado de embriaguez en alguna oportunidad.

Tabla # 6. Sensación experimentada con el estado de embriaguez alcohólica.

Sensación experimentada	Femeninos		Masculinos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Placer	11	68.2	22	75.8	33	73.3
Relajación	12	75.0	9	31.0	21	46.7
Desinhibición	10	62.5	20	69.0	30	66.7
Ninguna	2	12.5	0	0	2	4.4

Fuente: Encuesta

En la tabla # 6 se presenta un mayor por ciento de los adolescentes 73.3 % (33) que refieren haber experimentado sensación de placer con el consumo de bebidas alcohólicas, más elevado en el sexo masculino con 75.8 % (22 adolescentes) y en el sexo femenino 68.2 % con 11 adolescentes. La desinhibición fue experimentada por el 66.7 % (30 estudiantes), es importante señalar que esta variable fue superior en el sexo masculino con 69.0 % (20 adolescentes). La sensación de relajación fue experimentada en un 46.7 % (21 adolescentes) de forma general; al analizarlo según sexo, se presenta diferente al placer y la desinhibición que expone por cientos más elevados en el sexo masculino, en este caso la relajación (diversión o desahogo) exhibe cifras más elevadas en el sexo femenino con un por ciento de 75.0% (12 adolescentes), en el sexo masculino la sensación fue experimentada por 9 adolescentes para un 31.0 %.

De los adolescentes estudiados, 2 del sexo femenino refirieron no experimentar ninguna sensación para un 4.4 % de forma general, lo que se corresponde con un 12.5 % para este sexo.

Análisis y discusión de los resultados

Es importante reconocer que el género condiciona las relaciones de hombres y mujeres con el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, el consumo de alcohol genera diversos problemas de salud en las personas consumidoras; es importante considerar la afectación en la esfera social que engendran, afectando los servicios de salud con aumento de los gastos originados por la atención a estos pacientes y sus familiares, en el aumento de conflictos y violencia en la familia y en la sociedad, así como otros efectos negativos.

El consumo de alcohol en el sexo femenino tiene un mayor impacto en el ámbito familiar y social. Un número elevado de autores señalan en correspondencia con los resultados de la investigación que el consumo de alcohol es más elevado en el sexo masculino que en el femenino.^{1,5,7}

Algunas investigaciones señalan que no existe una causa conocida del abuso del alcohol y del alcoholismo, sugieren que ciertos genes pueden incrementar el riesgo de dependencia de sustancias adictivas, dentro de ellas el alcohol. Algunos autores han identificado hasta 400 genes humanos afectados en adicciones a ciertas drogas.^{8,9}

Las autoras de la investigación sostienen que si bien es cierto que no se puede soslayar la importancia que tienen los cambios fisiológicos y psicológicos relacionados con esta etapa de la vida, también es pertinente considerar la influencia que la cultura da a dichos cambios y el grado de conflicto implícito en ellos. Para

analizar el consumo de alcohol en adolescentes el profesional de la salud nunca debe olvidar los rasgos que caracterizan a este grupo etéreo, pues esta etapa se caracteriza por transformaciones y cambios, por nuevas formas de mirar el mundo, en oportunidades debido a la falta de inhibición que produce el alcohol, en esta etapa de la vida se incrementa la posibilidad de aparición de adicciones, debido a la necesidad de independencia y autoafirmación, la curiosidad, la sensación de invulnerabilidad, la búsqueda de emociones y de aceptación en el grupo de iguales. Al analizar integralmente el comportamiento del adolescente es necesario desarrollar diferentes estrategias para atender el asunto en torno a las dimensiones reales de los riesgos y las enfermedades que afectan a este grupo. Las estrategia para la atención y detección de conductas de riesgo deben abordarse incorporando aspectos de las distintas identidades de género, generación, clase y etnia, de esta forma se contribuye a delimitar con mayor certeza el entorno social de los adolescentes y posibilitará la generación de propuestas más asertivas para el desarrollo de políticas públicas y de intervención tanto de instituciones como de organizaciones no gubernamentales.

La literatura revisada señala que diferentes autores han encontrado que los hábitos tóxicos aparecen con mayor frecuencia en el sexo masculino, aunque es de destacar que la relación se estrecha cada más en la modernidad, es de destacar que en la adolescencia el entorno sociocultural y la influencia de los pares, configuran el surgimiento de un perfil que perdurará a lo largo de la vida de cada persona,⁸ por lo que es necesario realizar acciones de salud en correspondencia con las característica del fenómeno ya en el siglo XXI.¹⁰

Los resultados referentes a la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas según sexo, evidencian un inicio más temprano en el sexo femenino estos resultados encontrados, coinciden con los expuestos por otros autores, en España, México, Colombia y Cuba.^{1, 11}

Las autoras se suman al criterio de otros investigadores que señalan que estos resultados obedecen a que el desarrollo de los caracteres sexuales en la adolescente femenina ocurre generalmente a edades más tempranas que en el sexo masculino, este estímulo sexual hace que la adolescente femenina inicie más temprano con las salidas a discotecas, bares, fiestas, espectáculos nocturnos y desarrolle relaciones y vínculos con individuos masculinos mayores a su edad, estos elementos pudieran influenciar en los resultados encontrados, sin dejar de considerar que el comportamiento humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia.

Es de considerar que las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente a los hombres y tienen una menor altura y peso corporal, lo que provoca que ingiriendo la misma cantidad de alcohol que los hombres su concentración en sangre sea mayor. Los estudios sobre los efectos del alcohol a largo plazo indican que las mujeres tienen un mayor riesgo que los hombres de sufrir daños en el hígado y cerebro y enfermedades cardíacas, el cáncer de mama y osteoporosis, se describe en la literatura que los daños del alcohol sobre el organismo tienen en las mujeres una evolución mucho más rápida, incluso en aquellas que ingieran menor cantidad que los hombres, además señalan que las mujeres registran mayores tasas de mortalidad asociada al abuso de alcohol que los hombres. Además, las mujeres enfrentan además riesgos referidos a la esfera sexual y reproductiva como son: restricción del crecimiento intrauterino del feto, retardo mental en el feto, abortos, alteraciones ginecológicas y disfunciones sexuales.¹²

En las mujeres altas consumidoras de alcohol se presentan en la esfera psicológica con mayor frecuencia la depresión, suicidios, baja autoestima, es de considerar que el origen de los problemas de abuso del alcohol que afectan a las mujeres, se relacionan con eventos o conflictos estresantes, relacionadas con ciertos acontecimientos vitales traumáticos y los conflictos o rupturas familiares o de pareja, lo cual explica la importante presencia de trastornos psiquiátricos presentes entre las mujeres dependientes al alcohol.

Consumir en exceso bebidas alcohólicas implica complicaciones a corto y largo plazo, lo que acarrea consecuencias psicosociales, depresión, fracaso académico e irresponsabilidad, que ponen al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras, produce efectos sobre el sistema nervioso central, lentifica funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez).^{1,10} al analizar el comportamiento de las complicaciones del consumo de alcohol enfocados en el género es importante considerar que aunque muchas mujeres comparten con los hombres hábitos de consumo, en general mantienen un patrón de consumo menos nocivo para la salud: consumen con menor frecuencia y menores cantidades que los hombres, lo cual hace que se presenten en menor frecuencia las complicaciones por el consumo excesivo de alcohol.

Se evidencia en el estudio que los adolescentes estudiados refieren el mayor porcentaje de consumo de bebidas alcohólicas los fines de semana, estos resultados se corresponden con los encontrados por otros autores.¹³

Constituye un criterio de los investigadores que los adolescentes y jóvenes de ambos sexos consumen alcohol los fines de semana en respuesta al modelo de ocio dominante aún en la sociedad que asocia la diversión, la amistad y la integración social con la ingesta de alcohol.

El presente estudio coincide con los resultados encontrados por otros autores donde señalan que a esa edad generalmente los jóvenes se inician con las salidas nocturnas, se reúnen en grupos, quieren estar acorde a la moda, imitar a amigos, comienzan con la búsqueda de los ídolos, esto condiciona al alto por ciento de consumo en bares, discotecas, fiestas y playas.⁷

En el estudio un elemento a considerar es que el estado de embriaguez referido por los adolescentes consumidores de bebidas alcohólicas se corresponde a más de un tercio de estos, lo cual se comporta con cifras más elevadas de las encontrados por otros autores que oscilan de 14 a 24%.¹⁴ Sin embargo coincide con los encontrados en una investigación realizada en el municipio de Cienfuegos en el Área IV de salud.⁷

Los resultados encontrados en la comunidad universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, expone un fenómeno que forma parte de un problema de salud no solo en Cuba sino en la mayoría de los países de diferentes latitudes, sin embargo para lograr visualizar resultados favorables, es necesaria una estrategia emergente y prioritaria no solo para la salud pública, debe intervenir con una estrategia intersectorial, con apoyo gubernamental, solo con estas acciones se lograra disminuir el consumo de alcohol en la población adolescente.

III. CONCLUSIONES

- El consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes, debe analizarse según el sistema de género y constituye un elemento a considerar en la comunidad universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

- Los lugares más frecuentes donde el adolescente refiere consumir bebidas alcohólicas son los bares, y discotecas, playas y lugares públicos, el consumo se corresponde fundamentalmente con los fines de semana, por lo que debe constituir un elemento crucial para los sectores gubernamentales y las instituciones involucradas, el desarrollo de una intervención con acciones intersectoriales con miras a promocionar una recreación sana y disminuir la venta de alcohol.
- El género no sólo afecta a los hábitos de consumo, sino que lo hace también sobre las percepciones acerca del consumo de alcohol y otras drogas, se aprecian diferencias evidentes entre ambos sexos en cuanto a las sensaciones experimentadas con el estado de embriagues, lo cual puede estar condicionado por la construcción social que abarca a la categoría género.
- Los resultados inducen a realizar actividades educativas utilizando dinámicas y otras técnicas con la participación de grupos de relación.

IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia Do Nascimento P, Molerio Pérez O, Pedraza Duran L. La prevención del tabaquismo y el alcoholismo en adolescentes y jóvenes desde las instituciones educativas. Psicogente[Internet]. 2014[citado 2 Abr 2018]; 17(31): [aprox. 20 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372014000100007
2. Velázquez Pérez CF, Araiza Romero LO, Pérez Heiras CP. Impacto del consumo de alcohol en el rezago, reprobación y deserción escolar del estudiante de nivel universitario [Internet]. Chihuahua: Universidad Autónoma de Chihuahua; 2014[citado 2 Abr 2018]. Disponible en: www.fca.uach.mx/apcam/2014/04/04/Ponencia%2087-UACH.pdf
3. Perdomo Gómez A, Castillo Rojas L, Herrera Valor NL, Curbelo Laws M, Toledo Martín L. Comportamiento de los adolescentes ante el consumo de alcohol en el Consejo Popular “El Vaquerito”. MEDICIEGO[Internet]. 2014[citado 14 Abr 2018];20(1);[aprox. 12 p.]. <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/136>
4. García Rodríguez T, Yong Medina CA. Consumo de alcohol en adolescentes: inicios, factores de riesgo e influencia familiar Rev. Hospital Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2014 [citado 14 Abr 2018];(Supl):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202014/consumo%20de%20alcohol%20en%20adolescentes.html>
5. Espinosa Brito AD, Ordúñez García PO, Álvarez Li FC, Diez Martínez de la Cotería E, Armas Águila Y, Espinosa Roca AA, Vázquez Falcón LE, Marrero Pérez RV. El Proyecto Global de Cienfuegos. Diez años después. 1st. Virtual Congreso of Cardiology [Internet]. Sep 1, 1999 - Mar 31, 2000 [citado 12 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/cvirtual/tlibres/tnn2350/tnn2350c.html>
6. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Jun [citado 2018 Abril 29]; 33(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es
7. Enriquez Vilaplana S, Fernández Vidal A, Rueda Montoya V. Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del Área IV del municipio de Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Abr 12]; 15(2): 217-228. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000200011&lng=es.

8. Abreu Mendes AM, Jomar Tavares R, Souza Nascimento MH, Guimarães Mendonça R. Consumo nocivo de bebidas alcohólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012[citado 12 Abr 2018]; 25(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200021
9. Kumate Rodríguez J, Tapia Conyer R, Moreno K, Fernández Cáceres C, Sánchez Huesa R, Prado García A, Rétiz Márquez IR. Cerebro y sustancias psicoactivas. Elementos básicos para el estudio de la neurobiología de la adicción [Internet]. Tuxtla Gutiérrez, Chis: Centro de Integración Juvenil; 2016 [citado 12 Abr 2018]. Disponible en: www.cij.gob.mx/pdf/LibroSerieTecnicaCerebro2016.pdf
10. Trastorno por consumo de alcohol. MedlinePlus [Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; 2016[citado 12 Abr 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000944.htm>
11. Nash Campos N, González Beristain J, Hernández Cruz LS, Bravo Yeo LA, López Ariza MF. Prevalencia en el consumo de alcohol en los adolescentes. Psicología de la Salud [Internet]. 2015[citado 12 Abr 2018]; 17:[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.psicologiaincientifica.com/prevalencia-consumo-alcohol-adolescentes/>
12. Sánchez Pardo L. Género y Drogas Guía Informativa. Edición Digital. Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud; 2016 [citado 12 Abr 2018]; Disponible en: www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/218.pdf
13. Chang de la Rosa M, Cañizares Pérez M. Consumo de bebidas alcohólicas y ambiente social. Un enfoque multinivel. Rev Cubana Hig Epidemiol[Internet]. 2010[citado 12 Abr 2018]; 48(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200002&lng=es
14. Pérez Rosabal E, Soler Sánchez YM, Pérez Rosabal R, González Osorio G. Factores de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. Mult Med[Internet]. 2016 [citado 12 Abr 2018]; 20(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/151>

**CENTRO ESPECIALIZADO AMBULATORIO "HEROES DE PLAYA GIRÓN".
HOSPITAL PROVINCIAL DR. GUSTAVO ALDEREGUÍA LIMA. CIENFUEGOS.**

Título: Comportamiento del trasplante renal como alternativa de tratamiento al paciente con enfermedad renal crónica terminal. Cienfuegos 2017.

Autores:

Dra: Beatriz Molina Ramirez.¹

MSc. Dra Annia Daisy Hernández Martín.²

Dra. Yordanka Mirabal González.³

MSc. Lic Janairy Rosales Orihuela .⁴

Dr. Jorge Carlos Fariñas Molina.⁵

MSc. Dra Caridad Díaz Soriano.⁶

¹ Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Especialista de 2do grado en Nefrología. Profesora Asistente. Investigadora Agregada. Correo electrónico: beatrizmr@jagua.cfg.sld.cu

² Especialista de 2do grado en Medicina Interna. MSc Urgencias Médicas. Profesora Auxiliar. Investigador Agregado. Correo electrónico: annia.hernandez@gal.sld.cu

³ Especialista de 1er grado en Medicina general Integral. Residente de tercer año de nefrología .Correo electrónico: yordankamg851011@minsap.cfg.sld.cu

⁴ Licenciada en enfermería. MSc enfermedades infecciosas. Especialista de 1er grado en enfermería intensiva y emergencias. Correo electrónico: janairy.rosales@gal.sld.cu

⁵ Doctor en medicina. Residente de segundo año de cirugía. Profesor Instructor.

⁶ Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Master en urgencias Médicas en APS. Especialista de Primer Grado en Nefrología.

RESUMEN

Fundamento: El tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) debe ser unitario e integral en cuanto a las opciones de diálisis y trasplante renal. En cada paciente debe optarse por la terapia más idónea, lo que depende de sus características personales, la morbilidad asociada, los factores de riesgo y la calidad de vida. El trasplante renal con éxito es la terapia de elección, al resultar más económico y conseguir mayor supervivencia comparada con los métodos dialíticos.

Objetivos: Analizar el estado circunstancial de los Receptores de Trasplante Renal (RTR) del servicio de hemodiálisis del CEA "Héroes de Playa Girón".

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a los 55 pacientes que aplicaron para receptores de Trasplante Renal durante el año 2017. Se revisaron las historias clínicas en el momento de la aplicación del cuestionario realizado a cada paciente en la unidad de hemodiálisis durante el tratamiento dialítico. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SSPS 21 y Excel 2010.

Conclusiones: Se encontró que disminuyen las donaciones de órganos por TCE y aumentan por ACV, predominan los pacientes mayores de 50 años y del sexo masculino, prevalece la hipertensión arterial como principal causa de ERC. La nefrectomía, las gastropatías y el tratamiento con interferón pegilado para hepatitis C mantienen gran cantidad de pacientes fuera del programa de trasplante.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica, trasplante renal, receptor de trasplante renal.

Límites: Humano.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas constituyen una verdadera epidemia, no solo en países desarrollados, sino en los que avanzan hacia el desarrollo, y entre ellas ocupa un importante lugar la enfermedad renal crónica (ERC).

El desarrollo alcanzado en las últimas décadas ha permitido cambiar el trágico final de los pacientes con IRCT, punto de común término de la ERC, y gracias a la incorporación de tratamientos sustitutivos como la diálisis y el trasplante renal, comenzó un período en el que se puso mayor énfasis en la considerada como etapa más avanzada de la enfermedad. ⁽¹⁾

La ERC, es reconocida como un problema de salud internacional dado por su gran impacto humano, social y por generar enormes gastos a los sistemas de salud. Su prevalencia es elevada en hasta un 16% de la población mundial, en su etapa de insuficiencia renal con necesidad de Terapia Renal de Reemplazo (TRR) y más de dos millones de personas viven en el mundo gracias a estos métodos; la discapacidad que provoca es muy elevada con la necesidad de cuidadores. El incremento anual de pacientes en TRR dialítica se sitúa entre un 6% a un 20% al año, lo que se reconoce como un multiplicador del riesgo de mortalidad cardiovascular. ^(1, 2)

Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren más de 1 millón de personas como consecuencia de la IRC. Pese a ello, en todo el mundo se calcula que el número de pacientes en diálisis es hoy día alrededor de 1.300.000, de los cuales, la mayoría están en Europa Occidental, América del Norte y Japón, donde vive alrededor del 20% de la población mundial. ⁽³⁾

Se estima que 10% de la población mundial tiene ERC y 90% de las personas que la padecen no lo saben. Alrededor de 1,5 millones de pacientes en el mundo están en diálisis o con trasplante renal, los cuales se duplicarán en los próximos 10 años. ⁽⁴⁾

El número de pacientes con IRCT en todo el mundo crece rápidamente como consecuencia de las mejores posibilidades de diagnóstico, a lo que se suma la epidemia global de diabetes tipo 2 y otras causas.

El continente americano no es una excepción. Dada la alta prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial y el envejecimiento de la población, es de esperar que la ERC, en todas sus fases, aumente considerablemente en las próximas décadas, con el consecuente impacto en la morbi-mortalidad y el correspondiente costo para los sistemas de salud. ⁽⁵⁾

Por cada paciente en un programa de diálisis o trasplante puede haber 100 en uno u otro estadio evolutivo de enfermedad renal crónica en la población general y estos constituyen la base de los pacientes que arribarán más tarde a la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA). ⁽⁶⁾

Los costos de la diálisis son altos, incluso para los países ricos, y resultan prohibitivos para muchas economías emergentes. La mayoría de los pacientes que ingresan en diálisis por IRCT en países con ingresos económicos bajos mueren o suspenden el tratamiento dentro de los 3 primeros meses desde su inicio debido a restricciones económicas. ⁽⁷⁾

En Cuba en 2014-2015 hubo un incremento en la población de 15 años con una alta sospecha de ERC (FG<60 mL/min), lo que expresa un aumento en la percepción

de riesgo de esta enfermedad para contribuir a la disminución en su incidencia y complicaciones. La sospecha de ERC es mayor en la ciudad y 3 veces más en la mujer, con un predominio de 2.64%. La suma de varios factores de riesgo cardiovasculares incrementa el riesgo de IRC. La tendencia en los últimos 5 años ha sido al incremento del número de pacientes dispensarizados como promedio entre un 7.1 a 18.5% anual. Las provincias de mayor prevalencia hasta el año 2012 son: Isla de la Juventud (6.49 %), Matanzas (4.26 %), Santiago de Cuba (2.96 %) y las Tunas (2.64 %) y las de menor prevalencia Ciego de Ávila (0.72 %), Camagüey (0.99%) y Granma (0.98 %). Hasta el año 2014 la prevalencia de pacientes dispensarizados en la provincia Cienfuegos con Enfermedad Renal Crónica era de 2.01 pacientes, con una variación porcentual en la dispensarización de +0.11 respecto al año 2012. ⁽²⁾

El trasplante renal con éxito es la terapia de elección para la mayoría de estos pacientes, ya que mejora la calidad de vida evitando las restricciones de la diálisis y las dietas rigurosas, es más económico y se puede alcanzar mejor supervivencia comparada con los métodos dialíticos.

El trasplante suele estar limitado por la disponibilidad de riñones donados, lo que provoca una demanda creciente de pacientes en lista de espera para recibirlo, además del incremento en su indicación por la demostrada superioridad como tratamiento en cuanto a costos a los sistemas de salud y a la supervivencia del paciente.

Para incorporar un paciente en lista de espera para trasplante renal es muy importante estudiar el enfermo de forma precoz cuando el filtrado glomerular se encuentra alrededor de 20 mililitros/min/1.73m², esto permitirá realizar el trasplante renal anticipado. Con el incremento del número de pacientes trasplantados, los programas de diálisis dispondrán de una dinámica adecuada para la aceptación de nuevos enfermos, y la salida de los pacientes de los programas de crónicos no solo sería la muerte.

Nuestro hospital cuenta con un servicio de donaciones de órganos y trasplante con excelentes resultados, y un elevado número de riñones son extraídos procedentes de donantes cadavéricos por muerte encefálica; sin embargo, no hay correspondencia entre el número elevado de pacientes en el programa de hemodiálisis crónica que se pudieran favorecer con dichos órganos.

La adecuada aptitud de los Receptores de Trasplante Renal (RTR) en el servicio de nefrología constituye un indicador de asistencia médica importante que en estos momentos es vulnerable en nuestro servicio, por lo cual debemos investigar las causas reales que frenan a un número mayor de enfermos de ser beneficiados con un trasplante.

Todo esto nos ha motivado a la realización de este estudio; para analizar el estado circunstancial de los pacientes RTR del servicio de hemodiálisis del CEA "Héroes de Playa Girón", conocer el estado clínico en que se encuentran, los trastornos que pueden ser contraindicaciones relativas o absolutas del trasplante y valorar la aptitud del mismo; al no existir referentes previos con relación a estos aspectos tanto en nuestro servicio como en nuestro país.

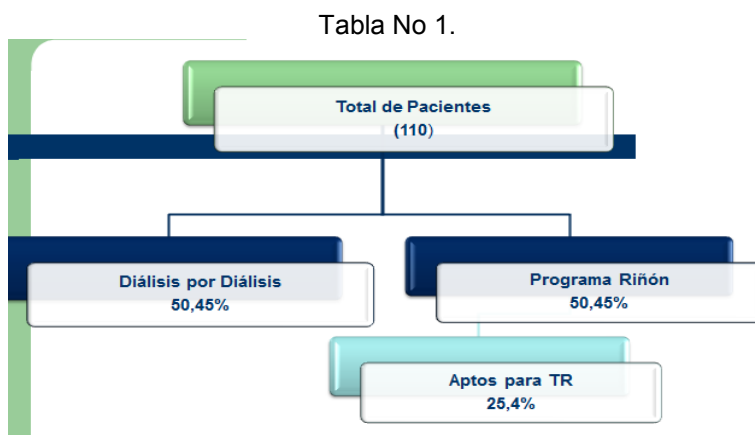
METODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a los 55 pacientes que aplicaron para Receptores de Trasplante Renal durante el año 2017. Se revisaron las historias clínicas en el momento de la aplicación de un cuestionario validado al efecto, realizado a cada paciente en la unidad de hemodiálisis y durante el tratamiento dialítico. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SSPS 21 y Excel 2010.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La enfermedad renal crónica, se asocia a una elevada morbimortalidad, por la aparición de alteraciones metabólicas y la disminución de la calidad de vida. El empleo prolongado de la hemodiálisis como tratamiento renal sustitutivo se asocia a la elevación de la morbimortalidad.⁽⁸⁾

Actualmente en nuestra unidad de diálisis reciben tratamiento 110 enfermos, 55 pacientes están incluidos en el banco de receptores para trasplante renal para un 50% pero solo 14 están con aptitud para trasplante, correspondiendo a un 25.4%, lo cual ha sido señalado como una deficiencia pues el país estima más de un 33% de aptitud, lo que podemos apreciar en la tabla No 1.



Fuente: Historia Clínica de hemodiálisis del CEA.

En Cuba la diálisis se ha extendido a edades avanzadas, aspecto que igualmente ha sido analizado por diversos autores internacionales como Selgas, Arrieta, Serón, Pérez y Florés en el año 2014 y la Sociedad Española de Nefrología en el 2014-2015, quienes señalan que a medida que aumenta la edad en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico se incrementa su morbilidad en los métodos depuradores y aparecen con mayor frecuencia causas de no aptitud ante el trasplante, ello es válido también para el estudio.⁽⁹⁾

Hoy día no obstante es difícil hablar de contraindicaciones absolutas, y cada paciente debe ser valorado de forma individual y según su situación particular. En nuestro medio, el diagnóstico de neoplasias intradiálisis, la supervivencia en hemodiálisis con la consiguiente aparición de calcificaciones vasculares, en nuestro estudio apreciamos un 50% de los pacientes clasificados en diálisis por diálisis.

La superioridad demostrada por el trasplante renal como opción terapéutica ha provocado un incremento en su indicación, existiendo una demanda creciente de pacientes en lista de espera para recibir un trasplante. ⁽¹⁰⁾ La provincia de Cienfuegos durante varios años se ha mantenido con un número elevado de donaciones de órganos no correspondiéndose con el número de pacientes renales crónicos que se benefician con dichos órganos, como se aprecia en el gráfico 1.



Fuente: Centro coordinador de donaciones y trasplante

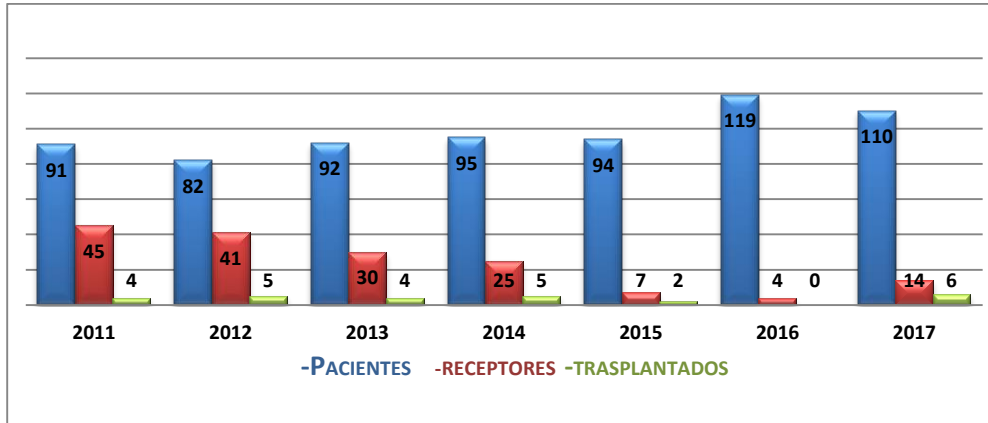
Sin embargo, la escasez de órganos para trasplantar es un problema mundial al que se le han buscado soluciones flexibilizando las contraindicaciones para la donación, surge la denominación de donante con criterios ampliados ⁽¹¹⁾,

Para incorporar un paciente en lista de espera para trasplante renal es muy importante estudiar el enfermo de forma precoz cuando el filtrado glomerular se encuentra alrededor de 20 ml/min/1.73m²sc, se puede y se debe en lo posible trasplantar antes de la entrada en diálisis, el trasplante renal anticipado se define como la técnica de sustitución de la función renal más adecuada, puesto que no siempre debemos esperar que el paciente entre a un programa de hemodiálisis al que se suman otras morbilidades propias del proceder. ⁽¹²⁾ Ver Anexo 1. Protocolo de inclusión para Trasplante Renal:

Cienfuegos realiza el primer trasplante precoz de donante vivo no emparentado del país en el año 2016, en el hospital CIMEX de Ciudad de la Habana de forma satisfactoria y se realiza el primer trasplante precoz de la provincia de una paciente de la consulta de ERCA del CEA con un postoperatorio una corta estadía hospitalaria y excelente recuperación.

La tasa de pacientes que recibió terapia de reemplazo renal dialítica en Cuba, durante el año 2014 ascendió a 103.1 por millón de población, mientras que en lista de espera para ser trasplantados de riñón solo estuvo el 40.12% del total de enfermos declarados en programa de crónicos; en el año 2015 el total de pacientes ascendió a 3148, con una tasa de 281.1 por millón de población (pmp), en esta misma fecha se realizaron 183 trasplantes de ellos 12 de donantes vivos, para una tasa de 14.2 pmp de donantes cadáver.

Gráfico 2: Relación entre pacientes en diálisis, lista de espera y trasplante renal.



Fuente: Registro de hemodiálisis del CEA

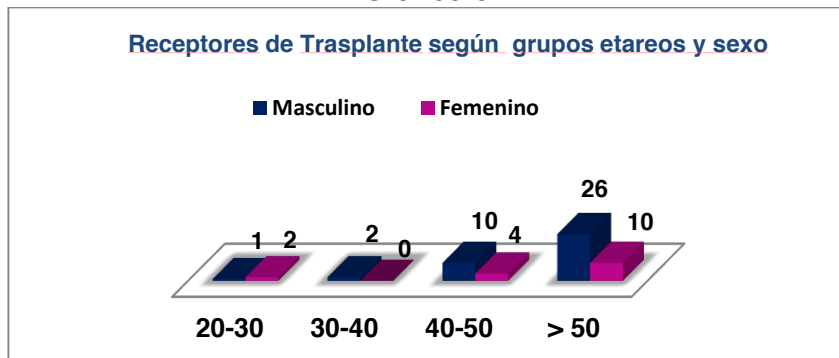
Estos datos denotan que no hay correspondencia entre el elevado número de pacientes en el programa de hemodiálisis crónica que se pudieran favorecer con el trasplante renal como alternativa de tratamiento sustitutivo de la función renal. ⁽¹⁴⁾

En el Grafico 3 se expone la distribución del sexo de los pacientes receptores de trasplante, donde la mayor incidencia fue del sexo masculino en el tiempo analizado, para un 70.9% de los pacientes; mientras que el femenino alcanzó un valor 34.5% de los pacientes, representado por los 55 pacientes receptores; correspondiendo esto con otros estudios nacionales, obtenidos en el 2007 por Almaguer, Herrera y Pérez-Oliva así como en otras bibliografías consultadas donde se plantea que el sexo masculino tiene una incidencia y prevalencia mayor en los que reciben tratamiento depurador y por ende en la lista de espera así como los pacientes mayores de 50 años para un 65%.

Ya desde los años 90 todos los donantes provienen de la muerte encefálica a lo cual se llega por el trauma craneo encefálico (TCE) y por un accidente vascular encefálico hemorrágico (AVE-H). Estas causas se han invertido y predominan en los últimos años el AVE-H (Anexo figura 3), se acompaña proporcionalmente de mayores edades, por lo cual estos pacientes pueden ser beneficiados.

Las principales causas de IRC de los pacientes receptores de trasplante se puede apreciar en el Anexo Figura 2 siendo la hipertensión arterial con 36% y la diabetes mellitus con 18.1% las principales causas correspondiendo con la mayoría de la bibliografía revisada en este estudio. ⁽¹⁻⁹⁾

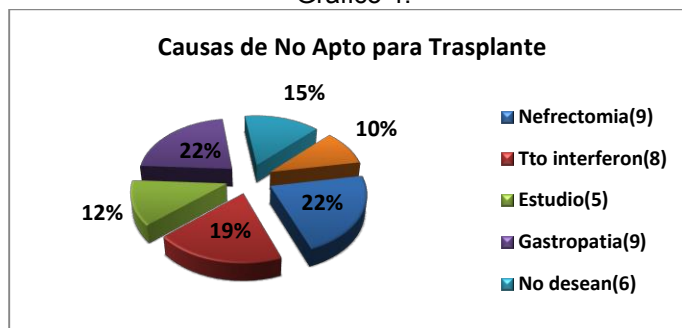
Grafico 3.



Fuente: Historia Clínica de hemodiálisis del CEA

Al analizar el Grafico 4 se expone la distribución según las causas de no aptitud de los pacientes, donde la mayor incidencia corresponde a la necesidad de nefrectomía y las gastropatías teniendo iguales valores de un 16.3%; mientras que el tratamiento con interferón pegilado alcanza un valor 10.9% del total de los pacientes.

Grafico 4:



Fuente: Historia Clínica de hemodiálisis del CEA

Al evaluar las causas de no aptitud de los pacientes en lista de espera se observa que en nuestro servicio tenemos un número importante de pacientes con ERC por la vía de la enfermedad poliquística autosómica dominante y que por compromiso de espacio o sepsis intraquística necesitan realizarse una nefrectomía uni o bilateral antes de entrar a lista de espera de trasplante renal caso similar ocurre con los pacientes con nefritis intersticial crónica por litiasis requieren de nefrectomía en el menor tiempo posible, ocupan el mayor porcentaje. La literatura revisada no reporta dentro de las principales causas de no aptitud las Nefrectomías. Las Gastropatías (ulceras pépticas, gastritis eritematosa erosivas hemorrágicas representaron el también el 16.3%. En un estudio realizado en el 2015 por Domingo Hernández sobre mortalidad en lista de espera y Cohen, Ruthazer, Moss, Germain en su estudio sobre mortalidad en tratamiento dialítico, demuestran la incidencia de alteraciones cardiovasculares y complicaciones digestivas propias de la uremia en pacientes subdializados, como causas frecuentes de morbilidad.

El trasplante renal es el tratamiento de elección en la enfermedad renal crónica estadio 5. En comparación con la diálisis crónica, mejora la calidad de vida y disminuye la mortalidad de la mayoría de los pacientes. Sin embargo, no todos los enfermos son trasplantables, y en muchos se requiere cirugía o medidas intervencionistas previas a su inclusión en la Lista de Espera de Trasplante. ^(15, 16)

El servicio de nefrología del CEA para seguir mejorando y dando calidad de vida a los renales crónicos en los últimos años está realizando una intensa labor con sus receptores de trasplante no solo para lograr el Trasplante como acto quirúrgico sino la supervivencia del injerto renal por lo cual tiene una estrategia de trabajo.

CONCLUSIONES:

Se aprecia un incremento anual acelerado de pacientes a los servicios de hemodiálisis que amenaza nuestro sistema de salud, a su vez disminuyen las donaciones de órganos por TCE y aumentan por ACV, predominan los pacientes mayores de 50 años, del sexo masculino y con otras enfermedades asociadas, prevalece la hipertensión arterial como principal causa de ERC y las Nefrectomías y gastropatías sumado al tratamiento con interferón pegilado mantienen gran cantidad de pacientes no aptos para trasplante.

RECOMENDACIONES:

El tratamiento de la IRCT debe ser unitario e integral, y la elección de la modalidad terapéutica en cada paciente debe adecuarse a las características personales, causas de esta, las comorbilidades asociadas a la misma, los factores de riesgo, modo y estilo de vida, desde luego contando con el apoyo de las políticas de salud. Entre las modalidades de Tratamiento de Reemplazo Renal (TRR), el trasplante renal es la mejor opción para los pacientes que tengan indicación en términos de costos, supervivencia, potencialidad de rehabilitación y calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Estrada Rodríguez Janice, Amargós Ramírez Jaqueline, Despaigne Yant Madeline, Chaos Correa Tamara, Perera Salcedo Elsie. Prevención de la enfermedad renal crónica en la comunidad. AMC [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Mayo 10]; 16(6): 1704-1717. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000600007&lng=es
2. Grupo Nacional de Nefrología. Sociedad Cubana de Nefrología. Instituto Nacional de Nefrología. Programa de Enfermedad Renal, Diálisis y Trasplante Renal. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico /monografía en Internet/2014/citado 3 de mayo de 2016/. La Habana: MINSAP; 2014. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/nefrologia/>
3. Matesanz, R. "El programa Alianza de Cooperación con Latinoamérica." *Nefrología* /Internet/2005/citado 9 de mayo de 2016/; 25(5):455-61. Disponible en <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-articulo-el-programa-alianza-cooperacion-con-latinoamerica-X0211699505019003>
4. Zúñiga SM Carlos, Müller O Hans, Flores O Maritza. Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Sep [citado 2016 Mayo 10] ; 139(9): 1176-1184. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci>
5. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. Fundación Mexicana del Riñón. Guías Latinoamericanas de Práctica Clínica sobre la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de los Estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica. Obrador Vera GT, editor. México DF: Programas Educativos, S. A. de C. V.; 2012. p 242

6. Pérez-Oliva Díaz Jorge F, Portal Miranda José Angel. Chronic renal disease: national strategy to confront this important health problem. Rev haban cienc méd [Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Mayo 10] ; 9(2): 140-142. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200001&lng=es
7. García-García Guillermo, Harden Paul, Chapman Jeremy. The global role of kidney transplantation. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2012 [citado 2016 Mayo 10]; 32(1): 1-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000100001&lng=es
8. Campistol, J. M., and A. Darnell. "Protocolos del Servicio de Nefrología y Trasplante renal /monografía en internet/2008/citado 8 de mayo de 2016/; 978-84.Disponible en : http://scholar.google.com/cu/scholar?q=protocolos+del+servicio+de+nefrolog%C3%ADa+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
9. Selgas R, Arrieta J, Serón D, Pérez J y Florés, G. La enfermedad renal avanzada, en el vértice de las patologías crónicas. Propuesta estratégica. Sedisa Siglo XXI Disponible en: <http://www.sedisigloxxi.com/spip.php?article414>
10. Matas AJ, Smith JM, Skeans MA, Lamb KE, Gustafson SK, Samana CJ, et al. OPTN/SRTR 2011 Annual Data Report: kidney. Am J Transplant 2013;13, Suppl 1:11-46.
11. Schold JD, Meier-Kriesche HU. Which renal transplant candidates should accept marginal kidneys in exchange for a shorter waiting time on dialysis? Clin J Am SocNephrol 2006;1(3):532-8.
12. Heemann U, Abramowicz D, Spasovski G, Vanholder R; European Renal Best Practice Work Group on Kidney Transplantation. Endorsement of the Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) guidelines on kidney transplantation: a European Renal Best Practice (ERBP) position statement. Nephrol Dial Transpl 2011;26:2099-106.
13. USRDS: Introduction to Volume 1: CKD in the United States 2015. Disponible en: <http://www.kidney-international.org>
14. ANUARIO CUBA NEFRO-RED 2014. Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Cuba 2014. 3er año. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/nefrologia/>
15. Domingo Hernández et al. Mortalidad en lista de espera. Nefrología 2015;35(1):18-27.
16. Cohen LM, Ruthazer R, Moss AH, Germain MJ. Predicting six-month mortality for patients who are on maintenance hemodialysis. Clin J Am SocNephrol 2010;5(1):72-9.

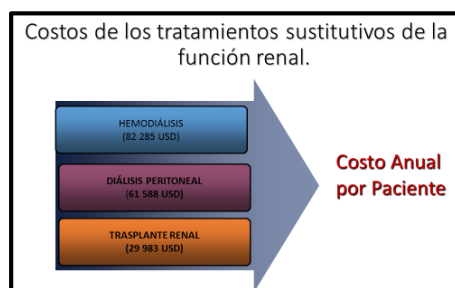
ANEXOS

Anexo 1

Protocolo de inclusión para Trasplante Renal:

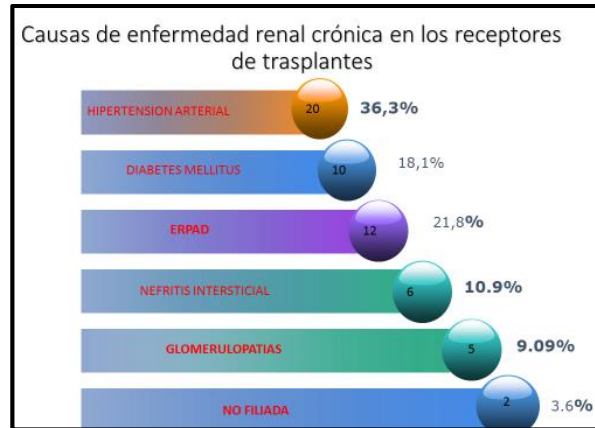
1. Historia Clínica completa: Incluir antecedentes quirúrgicos (cirugía abdominal) y de catéteres femorales (aumento del riesgo de trombosis venosa ileo-femoral en caso de múltiples punciones y catéteres *in situ* por períodos prolongados; en estos casos realizar flebografía de MMII).
2. Exploración física completa: Especial atención a palpación de pulsos periféricos.
3. Hemograma completo, BUN, creatinina, electrolitos, calcio/fósforo, PTH, albúmina, pruebas de coagulación, enzimas hepáticos.
4. Serología vírica: Hepatitis C, HBsAg, PCR de VHC y VIH.
5. Calendario de vacunación
6. Urocultivo cuando exista diuresis residual, sospecha clínica de anomalías de la vía urinaria, o se trate de PSA para varones >60 años.
7. Rx de Tórax, EKG, Ecocardiograma cada 6 meses.
8. Ecografía aorto iliaco femoral bilateral: Valoración de calcificaciones vasculares aorto-ilíacas, y cálculos en la vía urinaria (en caso de existir, implantar el injerto en el lado libre de cálculos en previsión de cirugía derivativa urológica post-trasplante: por ejemplo, anastomosis pelvis-pelvis en caso de necrosis del uréter).
9. Ecografía abdominal:
10. Cistografía Miccional: Siempre de inicio y se repite cuando se sospeche anomalía de la vía urinaria, en los pacientes con pérdida de la diuresis.
11. En hombres: mayores de 50 años PSA y tacto rectal anualmente.
12. En mujeres: Citología cervical anual en las mujeres mayores de 20 años de edad.
13. Grupo sanguíneo tipaje HLA.
14. Todos los meses hay que hacer una *reevaluación del paciente en lista de espera* para trasplante renal.

Figura: 1



Fuente: USA.USRDS. 2011

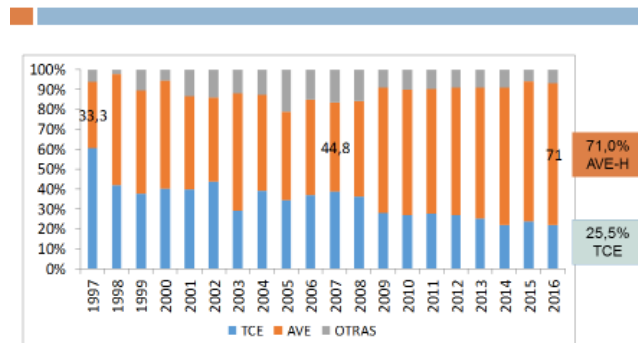
Figura: 2



Fuente:

Figura: 3

CAUSAS DE MUERTE DONANTES (1997-2017)



Fuente: Trasplante renal en Cuba, pasado, presente y futuro, Dr. Alexander Mármol, ONT.

Figura: 4

Estrategia puesta en marcha para atender a las necesidades de los receptores



Fuente: Servicio de hemodiálisis del CEA

Título: Comunicación y conducta. Premisas en el rol del profesor universitario.

Autora:

Dargy Regla González Alonso, bclinico7404@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos, Cuba, Máster en Educación

Coautores:

Mabel Collazo Díaz, mabelcd@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Educación Médica

Josefina I. Vázquez Martínez, fifi@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Bioseguridad

Miladys Cedeño Borges, bclinico7406@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Bioseguridad

Antonia Yasmen Colina Fernández, bclinico7403@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba

Bárbara Susana Rojas Rivero, jdbclinico@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba

Resumen:

Enseñar, hoy día, significa motivar e involucrar a los estudiantes en un proceso de construcción y reconstrucción de sus propios conocimientos, habilidades, actitudes, afectos, formas de comportamiento y valores. Es hacer que vivan y sientan que la ciencia es una actividad humana y no un conjunto de conocimientos que deben aprender de memoria. La mayoría de las corrientes pedagógicas contemporáneas abogan por un cambio conceptual en la educación, que generalmente consiste en mover el centro de atención en la enseñanza del aprendizaje, en reconceptualizar la actividad de estudio del alumno, considerando que el profesor debe actuar como orientador, facilitador o mediador del aprendizaje del estudiante. Estos autores consideran que el cambio conceptual en la educación requiere necesariamente de una nueva concepción de la enseñanza, del papel del profesor en el proceso de enseñanza aprendizaje. Es por ello que este trabajo pretende someter a discusión una concepción de la actividad del profesor, obtenida a partir de los principios generales de la comunicación y la conducta.

Palabras claves:

Educación, cambio conceptual, comunicación, conducta, rol, estudiante.

Introducción:

La educación activa es un cambio conceptual de la educación formal, que frecuentemente se concibe como el tránsito de una educación basada en la enseñanza, cuyo centro es el profesor, a una educación basada en el aprendizaje, cuyo centro es el estudiante. En nuestra opinión, el cambio conceptual en la educación no radica en mover el centro de atención de la enseñanza al aprendizaje, sino en lograr una nueva concepción tanto de la actividad del alumno como de la del profesor.

Incluso en las corrientes pedagógicas que consideran al estudiante como sujeto activo, no están completamente esclarecidas las relaciones entre aprendizaje y enseñanza, es decir, entre la actividad del alumno y la del profesor. En ocasiones sólo se toma en cuenta la relación del alumno con el objeto de conocimiento y, en otras, aún otorgándole al profesor una función orientadora o mediadora en el aprendizaje del alumno, no queda claro cómo él debe estructurar y desarrollar dicha función. Es por ello que este trabajo pretende someter a discusión una concepción de la actividad del profesor, obtenida a partir la teoría de la actividad de A. N. Leontiev, integrando elementos de comunicación y conducta del profesor donde se plasma el rol protagónico que influye. (2)

El profesor ,es el **sujeto** que enseña, tiene a su cargo la dirección del proceso de enseñanza aprendizaje, en tanto debe planificar, organizar, regular, controlar y corregir el aprendizaje del alumno y su propia actividad (3). El profesor debe estar en constante interacción y comunicación con sus alumnos, con sus colegas y con el resto de la comunidad de la institución donde labora. Se debe concebir como una personalidad integra, relacionada con el contexto social en que se desempeña como tal y es ahí precisamente donde deja plasmada su conducta.

La concepción sobre la actividad del profesor que sometemos a discusión en este trabajo exige algunas consideraciones finales y no por ello menos importantes. No se debe olvidar que el profesor es un ser humano que comparte con el resto de la humanidad limitaciones y necesidades básicas fisiológicas, de seguridad, de amor y

sentido de pertenencia, de estima y de autorrealización personal. Por ello, la sociedad tiene que reconocer la importancia del profesor en la formación de las nuevas generaciones y dotarle de la autoridad necesaria, así como de condiciones de vida y de trabajo adecuadas a la función social que desempeña (3). Es indispensable revalorizar el estado social del profesor si se quiere que la educación a lo largo de la vida cumpla su misión clave a favor del progreso social.

Desarrollo:

La palabra profesor despierta, a veces, sentimientos contradictorios. Por una parte, nos lleva hasta el ayer, recordando las figuras venerables de maestros que representaron tanto en las vidas de sus alumnos y, por otra, nos devuelve a la dura y compleja realidad del hoy en la que se mueven los actuales continuando su obra, aunque a distancias siderales. Consuela saber que esos impulsos acompañan siempre a los de ahora, haciéndolos sentir la dulce experiencia de caminar, como se ha dicho tantas veces, a hombros de gigantes, hasta crear el mañana, ese siglo XXI que no ha hecho más que empezar.

El profesor del siglo XXI debe hacer frente a *desafíos* nuevos, nunca antes sospechados, que le van a exigir respuestas imaginativas, adecuadas al momento histórico en el que se vive. Su perfil, hasta ahora bastante recortado y homogéneo, tendrá que ajustarse a las exigencias propias de los tiempos de cambio, adoptando *rasgos* y características más realistas en consonancia con la nueva problemática de los alumnos y del proceso de enseñanza-aprendizaje. Las *tareas* escolares estarán, como siempre, orientadas a la consecución de los objetivos escolares, pero le van a obligar a acentuar aspectos específicos derivados del cambio de paradigma que ha centrado la educación más en el alumno que en el profesor y más en el aprendizaje que en la enseñanza. Por último, los *recursos educativos* del profesor tendrán que responder, por una parte, a la concepción actualmente reinante en el mundo de la comunidad científica educativa, pero, por otra, también a las esencias de la educación de siempre, a lo que ha funcionado y ha demostrado ser eficaz en el complejo proceso de la

educación humana. Desafíos, rasgos, tareas y recursos que se comentan a continuación.

De otra manera planteada, podrían transformarse en cuatro grandes interrogantes: ¿Cuáles son los desafíos a los que debe hacer frente el profesor en el horizonte del siglo XXI? ¿Cuál es su verdadero perfil? ¿Qué tiene que hacer? ¿Cuáles son sus recursos?

1. Rol del profesor universitario como desafío del siglo XXI acerca del conocimiento en el proceso enseñanza- aprendizaje.

El conocimiento se ha convertido, sin duda, en uno de los mayores desafíos de la sociedad actual hasta el punto de configurarla como distinta de las sociedades anteriores. En la sociedad industrial el recurso principal era la energía. Y los instrumentos eran coches, camiones, trenes o aviones. La característica más importante de la sociedad industrial era que la energía podía extender y ampliar el cuerpo humano. En la sociedad actual el recurso principal es la información. La información puede estar sin peso, puede hacerse invisible, o estar presente en dos sitios a la vez. La característica más importante es que permite extender la mente humana. La ampliación de los recursos mentales, junto con la capacidad de ampliar el cuerpo humano, ha desembocado en una nueva realidad: la mente humana que se ha convertido ahora mismo en la fuerza más poderosa del planeta.

Hoy los tiempos van tan rápidos que las propias denominaciones se van empujando unas a otras. Ya no basta la denominación de sociedad de la información. Hay otras denominaciones: conocimiento, aprendizaje e inteligencia, que marcan direcciones y significados muy precisos y reveladores de la nueva situación que atravesamos. En la sociedad de la *información* se destacan, por encima de todo, las redes de comunicaciones baratas, abiertas, globales y los bancos de datos masivos y continuamente actualizados. En la sociedad del *conocimiento* se acentúa el valor de los datos elaborados, integrados en estructuras de sentido, así como la fuerza del conocimiento como generador de nuevos conocimientos y, sobre todo, como realidad

dinamógena, capaz de crear, cambiar y transformar la realidad. De ahí el interés por la gestión y los gestores del conocimiento. (2)

La sociedad del *aprendizaje* supone un paso más. Resalta los contornos de un sistema cultural en el que los individuos, para sobrevivir, deben aprender a lo largo de toda la vida. En esta sociedad los estudiantes asumen la responsabilidad de su propio progreso y la competencia personal; saber compartir los valores y el espíritu de empresa tiene un valor igual al de los conocimientos teóricos, y el aprendizaje se convierte en un compromiso de toda la comunidad.

Por último, la sociedad de la *inteligencia* pone de relieve la idea de inteligencia distribuida y compartida, ya que los grupos, como sistemas de comunicación, aumentan o disminuyen la capacidad de los individuos para resolver problemas o alcanzar mayores niveles de bienestar. Con la explosión tecnológica, la misma inteligencia humana queda potenciada y se convierte en una inteligencia ampliada o asistida. En suma, para la educación, esta es una sociedad paradójica llena de retos ambiciosos para los que hay que estar preparados (Beltrán, 2001). (3)

1.1. El desafío a la comunicación

El primer principio del aprendizaje, según las últimas investigaciones de los expertos en el área, es que todos los alumnos son diferentes y únicos. Las implicaciones de este primer principio son tan evidentes que no necesitan ser explicitadas, ya que explican por sí mismas muchos de los problemas de convivencia que podrían desprenderse de no tener en cuenta este principio capital (5). El segundo principio todavía es más interesante, y dice que estas diferencias no afectan sólo a las estructuras mentales, sino que afectan, sobre todo, a las estructuras emocionales. Evidentemente, las diferencias emocionales no atendidas están en el origen de muchas de las situaciones que pueden hacer difícil la convivencia escolar.

La comunicación es uno de los pilares más importantes de las relaciones humanas y lleva implícito un proceso de interacción social a través de símbolos y mensajes que se producen como parte de la actividad humana.

Nuestro desenvolvimiento social requiere de normas, reglas, comportamiento, cortesía y comunicación, estos aspectos no pueden desarrollarse sin el funcionamiento de las relaciones humanas, ya que en ellas están basadas la mayoría de las normas de conducta social.

El hombre, a medida que hace y conoce su historia, lentamente retoma valores que identifican su tradición social, su gentileza, su nobleza, su grandeza individual y adopta e integra legados, los cuales, reconocen la pluralidad de expresiones culturales y fundamentan la riqueza solidaria de los pueblos. Esto no sería posible sin las relaciones humanas, las cuales se establecen a través del proceso comunicativo.

Mediante la comunicación se exteriorizan diferentes manifestaciones de cortesía, el tacto, la finura, la galantería, el respeto y la atención, las cuales constituyen normas morales que reflejan la cultura de quienes se relacionan.

Para el profesor que tiene el rol principal en la conducción del proceso de enseñanza aprendizaje es importante desarrollar la comunicación positiva, que significa ser auténticos, aceptar a las personas tal y como son, el uso del yo y donde el saber escuchar juega un papel fundamental.

Esto es muy importante, ya que favorece el dialogo y se hace un elemento indispensable para una buena comunicación de grupo, igualmente si se debe hacer una charla o conferencia sobre el tema que sea es precisamente por lo que el profesor tiene que estar actualizado en varios temas ya que es la mejor manera de asegurar el entendimiento entre el auditorio y el conferencista.

1.2 El desafío en la conducta

En el futuro próximo, todo va a cambiar, menos el cambio. Va a ser el cambio el rasgo general definitorio de los nuevos tiempos. Y esto exige una buena dosis de flexibilidad mental que ayude a desprenderse de viejos hábitos y fórmulas ya ensayadas, fáciles de implantar, pero ampliamente superadas por la propia dinámica de los acontecimientos, y a incorporar nuevas iniciativas y modelos más en consonancia con los descubrimientos de la ciencia, la cultura y la educación.

Como hemos señalados anteriormente es el profesor universitario el máximo responsable en asumir una conducta correcta y necesaria como expresión externa de

la vida psíquica del hombre. La conducta es el conjunto de actitudes conscientes en el sujeto, mediadas por las motivaciones en el momento de producirse el lenguaje oral, mayoritariamente va acompañada del lenguaje gestual, de ahí que debe haber una concordancia entre lo que se piensa , se siente y se hace para poder cumplir con la responsabilidad que significa ser profesor universitario.

1.3 El desafío de la cultura profesional

En la formación del profesor del siglo XXI no se pueden olvidar los desafíos relacionados con la cultura profesional (cultura de los propios centros y dinámicas institucionales, estructuras que afectan al puesto de trabajo, particularmente el tiempo, y todo lo que se refiere a las facetas sociales y comunitarias de la profesión docente y su desarrollo). Una cultura así entendida llevará a contemplar los centros escolares no sólo como un lugar de aprendizaje de los alumnos sino también como un espacio profesional de aprendizaje para los mismos profesores , equipos directivos y otros profesionales implicados o partícipes de su funcionamiento.

Las estrategias formativas deberán ser suficientemente diversificadas (cursos cortos, talleres, grupos de trabajo, colaboración con expertos, aprendizaje entre iguales compartiendo observaciones y valoraciones de las respectivas prácticas, colaboración en grupos de renovación pedagógica e investigación, participación en redes telemáticas, autoaprendizaje...). Aunque el aprendizaje de la profesión es personal (lo que exige contemplar y favorecer dentro de lo legítimo los ritmos y opciones idiosincrásicas y diferenciadas) , también lo es que los profesores construyen su identidad y se socializan en el contexto de culturas profesionales de pertenencia (ciclos, departamentos,, asignaturas) y también en el seno de las culturas, relaciones y estructuras propias de sus contextos de trabajo, los centros. Mejorar la educación es mejorar a los profesores. Pero la mejora de los profesores exige también plantearse múltiples cuestiones sobre lo que son, para qué se utilizan, cómo funcionan y a qué contribuyen las unidades pedagógicas y organizativas que conforman el ser y el quehacer docente (Escudero, 1998). (6)

Conclusiones

- ✓ Los profesores universitarios expresan a través de la comunicación y la conducta que éstas son premisas indispensables en el desempeño de su rol.
- ✓ Los profesores universitarios enseñan porque creen que su tarea en ocasiones oculta, silenciosa, ignorada, es importante para la sociedad.
- ✓ Los profesores universitarios enseñan porque creen en su poder para canalizar las fuerzas intelectuales y afectivas de nuestra juventud; creen en su poder para modelar la mente humana, la fuerza más poderosa de la tierra.
- ✓ Los profesores universitarios enseñan porque con la enseñanza obtienen posiblemente las mejores satisfacciones que puede deparar la vida.

Recomendaciones

Incentivar para que se reconozcan las buenas razones, las mejores y más potentes para lograr que muchos jóvenes, con un horizonte prometedor, de futuro, decidan un día dedicar su vida a la enseñanza. Y por supuesto, para que otros muchos, que han tenido alguna vez la tentación de abandonar, reconsideren su decisión y encuentren algunas buenas razones para seguir adelante. Entonces sí que la dicha por ser profesor universitario se vería inmensamente colmada.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Pérez Gómez, A. El pensamiento práctico del profesor: sus implicaciones en la formación del profesorado, en: Perspectivas y problemas de la función docente. Narcea, Madrid, 1988. pp. 128-148 (11 Congreso Mundial Vasco).
- 2.-Beltrán, J. A. (2001). Educación de calidad en la sociedad del conocimiento. En J. A. Beltrán, M. Nicolau, J. Mélich e I. Camacho: Respuestas al futuro educativo. Madrid: Bruño
- 3.- Beltrán, J. (2003). Las TIC: Mitos, promesas y realidades. En el Congreso sobre la Novedad Pedagógica de Internet. Madrid: Educared
- 4.- Beltrán, J. A. y Pérez, L. F. (2003). Cómo aprender con tecnología. En J. M. Patino, J. A. Beltrán y L. F. Pérez: Cómo aprender con Internet. Madrid: Foro Pedagógico de Internet.
- 5.-Ortega y Gasset, J. (1998). La misión de la Universidad. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- 6.- Escudero, J. M. (1998). Consideraciones y propuestas sobre la formación permanente del profesorado. Revista de Educación, 317, 11-29

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN SOBRE EL USO DE PLANTAS MEDICINALES EN AFECCIONES ODONTOLÓGICAS.

Olga Lidia Cuevas Pérez, metdircit3007@ucm.cfg.sld.cu, Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos, Cuba, Máster en Investigación y desarrollo de medicamentos.

Elizabeth Santana Núñez, Universidad de Ciencias Médicas, Cuba, Estudiante 5to año de Estomatología.

Mayra Quirós Enrique, Universidad de Ciencias Médicas, Cuba, Máster en Educación Médica.

Diana Rosa Fernández Ruiz, metdircit3008@ucm.cfg.sld.cu, Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos, Cuba, Máster en Infectología.

Resumen.

En la práctica estomatológica en Cuba, está certificado el empleo de la fitoterapia en las afecciones estomatológicas, sus aplicaciones más frecuentes, además de en la estomatología general, se concentran en otras especialidades como la ortodoncia, la cirugía maxilofacial y la periodoncia. En el trabajo se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el conocimiento y uso de plantas medicinales en afecciones estomatológicas en pacientes que asisten a consulta estomatológica del área 6 del municipio de Cienfuegos. El universo, constituido por 62 pacientes que fueron los que accedieron voluntariamente a participar en la investigación, a los cuales se les aplicó la encuesta. Los datos se recogieron y procesaron utilizando una base de datos EXCEL. Los resultados se resumen en tablas mediante números y porcentajes. Como resultados fundamentales encontramos que el 100% de las personas mayores de 55 años conocen sobre el uso de plantas medicinales en dolencias estomatológicas. Las plantas medicinales más utilizadas por la población en afecciones bucales fueron la sábila, el llantén y las dolencias más tratadas el dolor, las estomatitis y gingivitis.

Existe conocimiento en la población sobre la utilización de plantas medicinales en afecciones odontológicas, principalmente en aquellas que cursan con dolor e inflamación.

Palabras Clave: Odontología, afecciones bucales, plantas medicinales, fitoterapia.

Introducción

El uso de las plantas medicinales como remedio para aliviar la enfermedad se remonta a los orígenes de la humanidad. Este conocimiento se ha ido transmitiendo de generación en generación conservando algunas de las connotaciones mágicas que eran atribuidas a las propiedades curativas de las plantas. A principios del siglo XX los remedios vegetales ocupaban un lugar predominante en todas las farmacopeas del mundo. Entre los años 1930 y 1960 los avances en la identificación y síntesis química de gran cantidad de moléculas, hizo que el uso de plantas medicinales quedara en un segundo término.¹

A partir de los años 60, la necesidad de encontrar nuevos fármacos con menos efectos secundarios renovó el interés por dotar de base científica la utilización de las plantas en terapéutica.¹ Hubo una “vuelta a la naturaleza” con el consiguiente aumento de consumo de productos a base de plantas medicinales. Se estima que 80% de la

población mundial depende de remedios herbolarios tradicionales y que al menos 35 000 especies vegetales presentan potencial para uso medicinal.²

La medicina verde o fitoterapia es una de las ramas de la Medicina Natural y Tradicional (MNT). Debe su significado al médico francés Henri Leclerc quien trabajó en los años 1940-1950 y consiguió dar credibilidad a una terapia que ha sido utilizada durante milenios, que consiste en la utilización de las plantas o vegetales, ya sea en su forma natural o preparada de diversa manera para prevenir, curar o paliar enfermedades.^{3, 4}

En Cuba, la introducción de la Medicina Tradicional comienza en el siglo XV,⁵ hay antecedentes verbales de la práctica de la Medicina Natural Tradicional China en la ciudad de Cárdenas en la provincia de Matanzas, donde trabajó el Dr. Cham Bom Bian cuyos éxitos fueron notables antes de finalizar el siglo XIX.⁶ No es hasta mediados del siglo XX que la medicina natural alcanza su máxima expresión con el insigne Doctor Juan Tomás Roig, quién identifica 595 especies de plantas medicinales empleadas por la población cubana para diferentes usos curativos y hace un llamado a la comunidad científica nacional para que se estudien las mismas con el objetivo de comprobar su seguridad y eficacia, planteando además la necesidad de desarrollar la industria nacional.⁵

En la XXXI Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se determinó el inicio de un gran programa mundial con el fin de evaluar y utilizar los conocimientos sobre las plantas medicinales y en general la medicina popular, para dar solución mediante ellas a los graves problemas de salud a nivel mundial.⁷ Cuba respondió a la convocatoria lanzada por la OMS con la puesta en marcha de un Programa que ha quedado insertado definitivamente dentro del Sistema Nacional de Salud con el nombre de Medicina Tradicional y Natural, se creó oficialmente el CENAMENT, Centro Nacional de Medicina Natural y Tradicional y la Comisión Nacional de Plantas Medicinales, que tienen entre sus objetivos la validación de las investigaciones relacionadas con la identificación de principios activos de las plantas y la utilización de estos en el plan nacional de producción de medicamentos.⁸

El desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) es una voluntad política del gobierno cubano. El Lineamiento 158 de la política del Estado y del gobierno⁹ para el redimensionamiento del modelo económico del país promulgado en abril de 2011 en el seno del VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, refiere: “Prestar la máxima atención al desarrollo de la medicina natural y tradicional”.

En la práctica estomatológica en Cuba, está certificado el empleo de técnicas y fármacos de la MNT como la fitoterapia y la apiterapia. Sus aplicaciones más frecuentes, además de en la estomatología general, se concentran en otras especialidades como la ortodoncia, la cirugía maxilofacial y la periodoncia.¹⁰

Durante el transcurso histórico de los avances curativos en las afecciones estomatológicas, el empleo de plantas medicinales ha desempeñado una función muy importante. En la era contemporánea se han investigado y aislado un grupo de compuestos con acción terapéutica en muchos padecimientos de la cavidad bucal, pero la población también continúa usando, de forma tradicional, drogas vegetales, las cuales resuelven disímiles problemas de salud. Este trabajo tiene como objetivo caracterizar el conocimiento y uso de plantas medicinales en afecciones estomatológicas por la población.

Desarrollo

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en la Clínica Estomatológica de la CEN durante el mes de diciembre del 2017. El universo estuvo constituido por 62 pacientes a los cuales se les aplicó una encuesta contando con el consentimiento informado de forma verbal de todos los participantes.

Teniendo en cuenta la edad y el sexo, predominó el grupo etareo de 15 - 34 años, constituido por 35 personas (56.5%). En cuanto al sexo prevaleció el sexo femenino para un 69.4 %. (Tabla 1)

Tabla 1 Descripción de los pacientes según edad y sexo.

Grupos de edades	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 - 34 años	24	55.8	11	57.8	35	56.5
35 - 54 años	14	32.5	6	31.6	20	32.2
Más de 55 años	5	11.6	2	10.6	7	11.3
Total	43	69.4	19	30.6	62	100

Fuente: Encuesta

En cuanto al conocimiento sobre el uso de plantas medicinales para los tratamientos estomatológicos, el 100% de las personas mayores de 55 años conocen sobre el uso de plantas medicinales en dolencias estomatológicas, el grupo etáreo 15 - 34 años es el que menos conocimientos tiene para un 77.1%. De manera general existe conocimiento sobre el uso de plantas medicinales. (Tabla 2)

Tabla 2 Conocimiento sobre uso de plantas medicinales.

Grupos de edades	Conocimiento sobre uso de plantas medicinales				Total
	Si		No		
	Nº	%	Nº	%	
15 - 34 años	27	77.1	8	22.8	35
35 - 54 años	17	85	3	15	20
Más de 55 años	7	100	-	-	7

Fuente: Encuesta

El 100 % de las personas mayores de 55 años utilizan plantas medicinales para tratar afecciones bucales, el grupo etáreo de 15-34 años es el que menos utilizada esta opción terapéutica en el tratamiento de dolencias estomatológicas. (Tabla 3)

Tabla 3 Utilización de plantas medicinales en afecciones bucales.

Grupos de edades	Utilización de plantas medicinales				Total
	Si		No		
	Nº	%	Nº	%	
15 - 34años	19	54.3	16	45.7	35
35 - 54 años	12	60	8	40	20
Más de 55 años	7	100	-	-	7

Fuente: Encuesta

Las plantas medicinales más utilizadas por la población en afecciones bucales fueron la sábila, el llantén y el quita dolor, siendo las dolencias mas tratadas los dolores dentales, las estomatitis y gingivitis. (Tabla 4)

Tabla 4 Relación de plantas medicinales y afecciones estomatológicas según grupo etario

Grupo etario	Planta	Afección estomatológica
15 - 34 años	Guayaba	Gingivitis
	Caléndula	Gingivitis
	Sábila	Inflamación gingival
	Clavo de olor	Dolores dentales
	Romerillo	Dolores dentales
35 - 44 años	Sábila	Infecciones bucales
	Propóleos	Inflamación gingival
	Llantén	Estomatitis
	Quita dolor	Dolores dentales
	Clavo de olor	Dolores dentales
Más de 54 años	Sábila	Dolor bucal
	Romerillo	Afta
	Llantén	Afta
	Manzanilla	Estomatitis y afta
	Quita dolor	Dolores dentales
	Linaza	Inflamación gingival

Fuente: Encuesta

En cuanto a la forma de adquirir el preparado medicinal el 70% de las personas refirieron que la obtuvieron por venta liberada en la farmacia. Sobre su preferencia por productos naturales y no medicamentos industriales dieron los siguientes criterios:

- No daña el estómago.
- Son más beneficiosos.
- Porque si voy al médico me lo va a recetar y así me ahorro la cola.
- Son menos perjudiciales.
- Son de fácil absorción.
- Sabor agradable.
- Confío en las plantas medicinales.
- Porque no tienen componentes químicos.
- No existen otras alternativas de forma industrial.

Sobre la efectividad de esta terapéutica en estomatología el 63.3% de la población que la utiliza la considera efectiva, el 12% de ellos lo considera poco efectiva mientras que el 24.5% infiere que dicho tratamiento no es efectivo.

La medicina herbaria tiene mucho que ofrecer a las personas que acuden a las consultas en busca de tratamiento, donde se tiene la posibilidad de brindar una atención estomatológica más humana y económicamente accesible. La cultura cubana en cuanto al uso terapéutico y profesional de las plantas medicinales, está desempeñando un papel cada vez más importante en la población.¹¹

En el área de salud dental, diversas plantas medicinales están siendo utilizadas en disímiles formulaciones farmacéuticas. Así tenemos los enjuagues bucales, colutorios, soluciones tópicas, pastas dentales, entre otros, los que han reportado beneficios a la población tanto en el aspecto terapéutico como económico.¹²

Los resultados obtenidos en la investigación, sobre el predominio del sexo femenino puede estar relacionado a que las mujeres se preocupan más por su estética por lo que acuden más y con mayor prontitud a recibir atención estomatológica, coincidiendo estos resultados con otras investigaciones.¹³⁻¹⁵

La población encuestada conoce y usa las plantas medicinales en afecciones estomatológicas, lo cual puede estar motivado porque es un conocimiento que se trasmite de persona a persona, existen murales en clínicas estomatológicas y en farmacias que brindan información sobre el uso de plantas medicinales en estomatología, además son productos de fácil adquisición, menos tóxicos y más baratos. Estos resultados sobre el conocimiento y usos de plantas medicinales coinciden con otros estudios que se han realizados en la población pero no en afecciones estomatológicas.¹⁶ El uso resultó ser mayor en los adultos de la tercera edad.

En el área de salud dental, diversas plantas medicinales están siendo utilizadas en disímiles formulaciones farmacéuticas. Así tenemos los enjuagues bucales, colutorios, soluciones tópicas, pastas dentales, entre otros, los que han reportado beneficios a la población tanto en el aspecto terapéutico como económico.¹² Siendo las estomatitis y los dolores dentales Las afecciones odontológicas más tratadas por la población con plantas medicinales.

Las plantas medicinales más utilizadas por la población de manera empírica en afecciones bucales fueron la sábila, el llantén, el quita dolor y clavo de olor, lo cual coincide con los usos que se refieren para estas plantas en la literatura científica.¹⁷⁻¹⁹

En estudios realizados tanto en animales¹² como en humanos²⁰ el llantén y la sábila han demostrado su acción antiinflamatoria a nivel gingival por lo que se recomienda su uso en lesiones bucales.

La caléndula es otra de las plantas utilizadas por la población, la cual según plantea Juan Tomas Roig puede ser utilizada en gargarismos y colutorios para el tratamiento de las estomatitis.²¹ Otros actores aconsejan su uso en tratamiento de las inflamaciones¹² y sangrado de encías.¹⁴

El mayor por ciento de la población utiliza esta terapéutica por automedicación pues lo adquieren en la farmacia por venta liberada, práctica que no es correcta porque aunque constituye una medicina más segura también produce reacciones adversas que pueden dañar al paciente. Debemos concientizar a la población de que las plantas medicinales, al igual que los medicamentos, no son inofensivas. Su uso inadecuado puede provocar una alteración orgánica importante y si se utilizan en dosis inadecuadas, los efectos secundarios pueden ser negativos.

Con relación a los criterios de efectividad, el mayor porcentaje lo consideran efectivo, elemento que coincide con otros estudios realizados donde se considera la medicina natural como una alternativa de tratamiento para el siglo XXI.²²

Los extractos de plantas muestran un amplio espectro de acciones farmacológicas, entre las que sobresalen: antibacteriana, antiinflamatoria, cicatrizante, astringente, antiséptica, razón por la cual son muy utilizadas en afecciones estomatológicas. La presencia en las plantas de alcoholes y lactonas terpénicas, le confieren acción antibiótica y fungicida a las que lo poseen, lo cual apoya el amplio uso de las plantas en la medicina tradicional mundial.^{23, 24}

Conclusiones

Existe conocimiento en la población sobre la utilización de plantas medicinales en afecciones odontológicas. El uso fundamental es en aquellas dolencias que cursan con dolor e inflamación.

Bibliografía

1. Direcció General de Recursos Sanitaris, Departament de Sanitat i Seguretat Social Neus Rams Pla Cap del Servei de Planificació Farmacèutica. Catalunya. Butlletí d'informació terapèutica. El uso de plantas medicinales. [Internet].2003 Nov [citado 25 de nov. 2017]; 15(8): p.31-3 Disponible en: http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/boletin_informacion_terapeutica/documents/arxiu/bit_v_15_n08e.pdf
2. Garcia Garcia JE, Ramírez Hernández BC, Robles Arellano G, Zanudo Hernández J. Conocimiento y uso de las plantas medicinales en la zona metropolitana de Guadalajara. Desacatos, num. 39, mayo-agosto 2012, pp. 29-44
3. Rodríguez Rivas M. Introducción a la Fitoterapia. México: Editorial Herbal; 2001

4. Vanaclocha B, Cañigüeral S. Fitoterapia. Vademécum de prescripción. Barcelona: Editorial Masson; 2003.
5. Pérez Machín M, Suiro ML, De la Cruz A, Boffill MA, Moron F. Uso tradicional de plantas medicinales con acción diurética en el Municipio de Quemado de Güines, Cuba. Rev. Biol. Trop. (Int. J. Trop. Biol. ISSN-0034-7744) Vol. 59 (4): 1859-1867, Diciembre 2011
6. Fitoterapia: historia y clasificación. [Monografía en Internet]. [citado 25 de nov. de 2017]. Disponible en: [http://www.laclavealternativa.com/fitoterapia historia y clasificación](http://www.laclavealternativa.com/fitoterapia%20historia%20y%20clasificaci3n).
7. OMS. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005.2002.1,OMS; Ginebra, 2002
8. MINSAP. Programa de Medicina Tradicional y Natural. Dirección Nacional de Medicina Tradicional y Natural. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 1999.
9. PCC. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. [Monografía en Internet]. [citado 26 de octubre de 2017]. Disponible en: [http://www.granma.cubaweb.cu/secciones/6to-congreso-pcc/Folleto LineamientosVICong.pdf](http://www.granma.cubaweb.cu/secciones/6to-congreso-pcc/Folleto_LineamientosVICong.pdf)
10. Estomatología avanza en el uso de la medicina natural. Disponible en: http://www.ipscuba.net/index.php?option=com_k2&view=item&id=3506:estomatolog%C3%ADa-avanza-en-el-uso-de-la-medicina-natural&Itemid=42
11. Rivero Martínez R, Rodríguez Leyes EA, Menéndez Castillo R, Fernández Romero JA, del Barrio Alonso G, González Sanabria MI. Obtención y caracterización preliminar de un extracto de Aloe vera L. con actividad antiviral. Rev Cubana Plant Med. 2002; 17(1): 32-8
12. Corrales IE, Reyes JJ. Actividad etnofarmacológica y antimicrobiana de los componentes químicos de las plantas medicinales utilizadas en estomatología. 16 de Abril [Internet]. 2015 [citado 25 de nov. de 2017]; 54(257): 71-83. Disponible en: <http://www.rev16deabril.sld.cu>
13. Rodríguez-Suárez S, González-Ramos R. La medicina natural y tradicional como alternativa de tratamiento en consulta urgencias estomatológicas. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. 2013 [citado 15 de nov. de 2017]; 19(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/610>
14. Lamendin H. Odontoestomatología del Deporte. 2009 [citado 22 de nov. 2017]. Disponible en: <https://www.gacetadental.com/2009/03/las-plantas-medicinales-buco-dentales-hoy-en-da-31293/>
15. Duque J, Pérez JA, Hidalgo Gato I. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. Rev Cubana Estomatol [Internet]. ene 2006 [citado 22 de nov. 2017]; 43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Rodríguez Poup L. Conocimientos y Aplicación de las plantas medicinales. Estudios realizados en un área del Médico de la Familia. Revista Cubana MGI. 1996. Octubre - Diciembre 7 (I); 355 - 361.
17. Neumann Fumeron C, Oliva Mella P. Efecto del llanten mayor en la cicatrización secundaria de alvéolo post exodoncia: estudio clínico preliminar en adultos. Acta

- Odontologica [Internet].2013 [citado 2015 abril 5]; 51(3). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/4/art2.asp>
18. Alarcón Galleguillo M, Fernández Da Silva F. Aplicación terapéutica del Aloe vera L. en Odontología. Salus [Internet].2013 Dic [citado 22 de nov. 2017]; 17(3): p. 42-50. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-71382013000300007&script=sci_arttext
 19. Bellón Leyva S, Aldama Bellón Y, Echevarry Cano O. Literatura para Estudiantes de Estomatología. Actualización terapéutica en la aplicación de la Medicina natural y tradicional en Estomatología. [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; [citado 22 de nov. 2017]; Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/actualiz_mnt_estomat.pdf
 20. Villalobos J, Salazar C, Ramírez G. Efecto de un enjuague bucal compuesto de Aloe vera en la placa bacteriana e inflamación gingival. Acta Odontológica Venezolana. 2001; 39(3).
 21. Roig JT. Plantas medicinales, aromáticas o venenosas de Cuba. Editorial Científico Técnica. La Habana; 1991: 267-69.
 22. Antón AD. Medicina Natural: Una alternativa para el siglo XXI Rev. Avances Médicos de Cuba 1997; 4 (12): 38
 23. Ayuso Montero R, Torrent Collado J, López López J. Estomatitis protésica: puesta al día. RCOE 2004; 9 (6): 657-62.
 24. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plantas Medicinales: FITOMED II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1993: 21-3.

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMOCEREBRAL. CENTRO PROVINCIAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS. CIENFUEGOS

MSc. Lic. Camilo Rodríguez Pérez, email: camilo.rodriguez@gal.sld.cu. Jefe del departamento de Enfermería, Centro Provincial de Emergencias Médicas, Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, Cuba.

Lic. Yanieski Abreu Alvares, Centro Provincial de Emergencias Médicas, Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, Cuba.

Lic. Jorge Luis González Mendoza, email: luisicacuba@yahoo.es, Hospital Ginecoobstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, Ecuador.

RESUMEN

Fundamento: La realización de una correcta reanimación cardiopulmocerebral modifica los resultados en el tratamiento de la parada cardíaca tanto extrahospitalaria como hospitalaria. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en relación a las acciones dirigidas a la reanimación cardiopulmocerebral. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en el Centro Provincial de Emergencias Médicas del Hospital Provincial General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. Para la realización de esta investigación se obtuvo el consentimiento informado de todos las enfermeras(os) que participaron en el estudio, de los especialistas y jefe de servicio. **Resultados:** En cuanto a las preguntas básicas, la dificultad más frecuente fue la monitorización clínica y electrónica; mientras que de las acciones complementarias el brindar apoyo psicológico a los familiares centra las principales brechas en la actuación.

PALABRAS CLAVE: CONOCIMIENTOS / EVALUACIÓN / CUIDADOS / ENFERMERÍA/CARDIOPULMOCEREBRAL

INTRODUCCIÓN

Las paradas cardíacas son un problema de Salud Pública, con un perfil de alta incidencia y baja supervivencia que las sitúan entre las situaciones médicas de mayor morbimortalidad, es la causa de muerte de miles de personas al año. Para los gestores de la emergencia médica mundial, siendo un lineamiento de la Organización Panamericana para la Salud, un reconocimiento de la importancia crucial de la generación de flujo sanguíneo para el éxito de la resucitación.¹

El mensaje de las nuevas recomendaciones para la Reanimación Cardiopulmonar y cuidados cardíacos de emergencia es que los reanimadores deben centrar sus esfuerzos en proporcionar una reanimación de calidad reduciendo al mínimo las interrupciones relacionadas con la ventilación, la desfibrilación, la administración de fármacos o la valoración del pulso.^{2,3}

Estudios de la Asociación Interamericana del Corazón expresan que la mayoría de las muertes cardíacas súbitas acontecen fuera del ámbito hospitalario y la recuperación de las víctimas depende en gran medida del desarrollo de programas comunitarios basados en la rápida respuesta de un servicio de emergencias o programas de educación en reanimación cardiopulmonar en el ámbito poblacional, lo cual asegure el éxito de las intervenciones.⁴

En la década de los 70 se vio que estas maniobras hacían énfasis en la función cardiorrespiratoria. Ésta evidencia y el hecho de que cada vez era mayor el número de pacientes que luego de la resucitación cardiopulmonar quedaban con graves secuelas neurológicas, a pesar de sobrevivir a un paro cardiorrespiratorio, modificaron el enfoque y los objetivos de la reanimación. Peter Safar propuso el término reanimación cerebro cardiopulmonar (RCCP) conocida actualmente como reanimación cardiopulmocerebral (RCPC) y sustituyó la familiar reanimación cardiopulmonar (RCP). El 95% de las víctimas de parada cardíaca súbita mueren antes de llegar al hospital; la mayoría de las víctimas de parada cardíaca súbita mueren por falta de asistencia inmediata y la posibilidad de sobrevivir se reduce en un 7-10% cada minuto que pasa si no se aplica ningún tratamiento. El tiempo de respuesta medio de una ambulancia es de 8 a 13 minutos en la mayoría de los países.^{2,5}

En Cuba las enfermedades del corazón constituyen primera causa de mortalidad. La muerte súbita de origen cardíaco muestra un gran desafío. A pesar de no existir registros oficiales sobre la presentación del fenómeno estimamos una tasa anual de 93,3 por 100 000 habitantes, lo que equivale al 16,6 % de las muertes naturales. Estudios realizados por el GEMSC concluyen que el deceso inesperado acontece entre el 60 al 81% en el medio prehospitalario, y en 1 de cada 3 pacientes en ausencia de testigos presenciales.^{6,7}

La aplicación de la evidencia científica disponible en resucitación podría modificar de forma sustancial de los resultados que se obtienen actualmente en tratamiento de la parada cardíaca tanto extrahospitalaria como hospitalaria. Sin embargo, la mayoría de los procedimientos que han conseguido reducir la mortalidad por parada cardíaca no se emplean suficientemente en nuestro medio.⁸

El establecimiento de estrategias realmente enérgicas para la desfibrilación precoz, se han repasado los cuatro aspectos de la resucitación que tienen el mayor potencial para mejorar el pronóstico: la prevención de la parada cardíaca mediante el reconocimiento precoz de los signos de alarma e intervención oportuna, la resucitación orientada hacia el flujo sanguíneo, con un papel limitado de la ventilación, la aplicación de la tecnología para guiar las intervenciones en resucitación y el empleo de hipotermia.^{9,10,11,12}

El Centro Provincial de Emergencias Médicas, atiende diariamente como promedio aproximadamente 25 pacientes, fundamentalmente por patologías cardiovasculares y sus complicaciones; lo cual exige la necesidad de un personal competente y profesional.

Se han evidenciado carencia en el modo de actuación del personal de enfermería que llevan a cabo esta labor y con el fin de aunar criterios profesionales en el Centro Provincial de Emergencias Médicas de Cienfuegos fue que se decidió realizar este estudio porque del total de pacientes 1109 que fueron recibidos en los servicios del código rojo donde 53 fueron diagnosticados con parada cardíaca representando el 4.77%, de igual manera al revisar los libros de registros y los procedimientos actuales se considera la necesidad de encontrar acciones de enfermería, encaminadas a la atención de estos pacientes, las cuales no están protocolizadas y la práctica clínica ha demostrado su factibilidad.³

Por lo que nos propusimos realizar esta investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en relación a las acciones dirigidas a la Reanimación Cardiopulmocerebral.

DESARROLLO

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en el Centro Provincial de Emergencias Médicas del Hospital Provincial General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. (Código rojo, área amarilla, salón de emergencias, Sala de Observación y urgencias materno)

La población del estudio la constituyeron los 82 enfermeros que laboran en el Centro Provincial de Emergencias Médicas del Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos.

Para la realización de esta investigación se obtuvo el consentimiento informado de todos las enfermeras(os) que participaron en el estudio, de los especialistas y jefe de servicio y se tuvo en cuenta las experiencias de cada uno de ellos en los cuidados a pacientes con post resucitación Cardiopulmocerebral.

Como resultados encontramos en la tabla 1 que al analizar los años de experiencia del personal de enfermería que labora en el Centro Provincial de Emergencias, 54 enfermeros poseen 10 años o más de experiencia , lo que representa el 65.86 %; mientras el nivel profesional más representativo fueron los licenciados en enfermería con 55 enfermeros, para un 67.0 %.

El investigador Hernández Acher en su estudio plantea lo vital y determinante de las acciones de enfermería durante la actuación de emergencia, debido a la toma de decisiones; lo cual reclama deben laborar aquellos con idoneidad demostrada, decididos con competencia y desempeño demostrado y experiencias acumuladas para favorecer la unidad y fortaleza del equipo de trabajo.¹³

Varios autores, destacan en sus investigaciones que los servicios de urgencias para cumplimentar su rol social, necesitan de recursos humanos con la más alta calificación profesional y científica; lo cual le aporte un nivel de resolución y confiabilidad para la solución de problemas en tiempo mínimo con procedimientos específicos y especializados.^{14,15,16}

En opinión de los autores este resultado está en correspondencia con la voluntad política y administrativa defendida por la gerencia y los profesionales de la institución que han defendido el proceso de mejoramiento continuo de los profesionales mediante la capacitación, el reordenamiento de los recursos humanos, óptimo uso los beneficios de la tecnología de punta; dirigidos a incidir en la actuación eficaz y competente en la solución de los problema de salud de la población cienfueguera.

Tabla 1: Distribución del personal de enfermería según años de experiencia y nivel profesional. Centro Provincial Emergencias Médicas.

Nivel Profesional	Años de Experiencias						Total	
	Menor 5		Entre 6 y 9		10 años y +		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Especialistas Cuidados Intensivos	-	0.0	-	0.0	2	3.77	2	2.52
Licenciados en Enfermería	-	0.0	10	100	45	83.33	55	67.0
Técnicos en Enfermería	10	55.55	-	0.0	7	12.9	17	20.73
Básicos	8	44.44	-	0.0	-	0.0	8	9.75
Total	18	21.95	10	12.19	54	65.86	82	100

Fuente: Cuestionario.

La tabla 2, nos muestra que el nivel de conocimientos a las acciones de enfermería básicas observamos que 2 enfermeros no reconocen que la monitorización clínica y electrónica sea una acción básica, lo que representa el 2.43 %, no coincidiendo con otros estudios y el criterio de los especialistas que trabajaron en el estudio ya que ellos refieren que debe formar parte de las acciones básicas.

Varios autores coinciden en afirmar que la vigilancia clínica y electrónica es una de la acción más importante independiente de enfermería durante el evento post-reanimación utilizando los métodos descritos por los expertos.¹⁷

Tabla 2 Nivel de conocimiento sobre acciones básicas. Centro Provincial Emergencias Médicas.

PREGUNTAS BÁSICAS	Conocimiento de las acciones				TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Realizar la recepción adecuada del paciente. (Evaluación inicial del ABC).	82	100	-	0.0	82	100
Priorizar pre oxigenación con FiO2 al 100% y la permeabilización de la vía aérea.	82	100	-	0.0	82	100
Mantener abordaje venoso evitando uso de soluciones glucosadas.	82	100	-	0.0	82	100
Realizar monitorización clínica y electrónica.	80	97.57	2	2.43	82	100

Fuente: Cuestionario.

La monitorización en el PCR debe realizarse antes (revisión vital), durante toda la RCPC y después del retorno a la circulación espontánea (monitorización general, avanzada cardiovascular y neurológica), la primera parte ya fue comentada, por lo que se describen las dos segundas.¹⁸

La única técnica que ha mostrado cierta utilidad en la evaluación de la eficacia de la RCPC es la medición del CO2 espirado como indicador indirecto del gasto cardiaco

producido por las compresiones. En similar sentido, debe evaluarse la presencia de onda de pulso que se genera con las compresiones aunque es necesario diferenciarlas de las ondas venosas femorales por flujo retrógrado. No han mostrado utilidad ni la gasometría, ni la oximetría.^{18,19}

En opinión de los autores consideramos que es vital el conocimiento del personal de enfermería ya que en la premura del evento agudo, es vital la actuación coordinada, el cumplimiento del algoritmo y la delimitación de las funciones de cada uno de los integrantes del equipo de reanimación, para el éxito en el restablecimiento del paciente. En la tabla 3 observamos que el nivel de conocimientos a las acciones específicas 7 enfermeros no reconocen la importancia de realizar el examen físico regional y general, para un 8.54 %; y 24 de ellos no ven la utilidad de realizar estricto control del balance hidromineral y electrolítico, lo que representa el 29.27 %.

Diferentes investigadores defienden el criterio de la importancia de la aplicación del método clínico en la valoración inicial de urgencias pues facilita la ejecución de acciones terapéuticas concretas y en tiempo mínimo. De igual manera lo vital de una valoración cualicuantitativa del medio interno en especial de las cifras de potasio dado su repercusión sobre la musculatura estriada cardíaca.¹⁷

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre acciones específicas. Centro Provincial Emergencias Médicas.

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	Conocimientos de acciones específicas				TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Chequear signos vitales enfatizando en la TA, llene capilar, FR y pulso central cada 10 minutos.	82	100	-		82	100
Realizar el control ventilatorio y de oxigenación.	82	100	-		82	100
Garantizar material y equipo para la reanimación vital avanzada si fuera necesario.	82	100	-		82	100
Realizar EKG de 12 derivaciones	82	100			82	100
Realizar examen físico regional y general.	75	91.46	7	8.54	82	100
Realizar cumplimiento de indicación médica	82	100	-		82	100
Prevenir hipotermia.	82	100	-		82	100
Realizar estricto control del balance hidromineral y electrolítico.	58	70.73	24	29.27	82	100

Fuente: Cuestionario

Otros autores hacen referencia a la importancia del control de electrolitos como es el caso de los niveles de glucemia deben mantenerse entre 4,4-6,1 mmol/L, pues tanto los niveles altos como los bajos se asocian a un peor pronóstico, debe llevarse un balance hidromineral estricto, en especial con el potasio, que desciende y puede favorecer arritmias (mantener entre 4 -4,5 mmol/L). El paciente debe ser colocado en decúbito supino con la cabeza levantada 30 grados.

También encontramos autores que hablan sobre la inestabilidad hemodinámica típica luego de un PCR debe manejarse con volumen y drogas vasoactivas, de igual forma debe mantenerse el antiarrítmico que se asoció al restablecimiento del ritmo normal.

La meta es mantener una presión arterial media (PAM) entre 95-100 mmHg. En sentido contrario, debe evitarse la hipertensión (PAS > 170 o PAM > 150 mmHg).

Si el paciente sale del PCR con buen estado de conciencia, oxigenar adecuadamente; pero si tiene toma de conciencia es preferible la intubación y ventilación mecánica si esta no fue realizada previamente; es vital corregir la hipoxemia (ideal una PaO₂ > 100 mmHg), pero no es necesaria la hiperventilación que por otro lado puede ser perjudicial. Debe realizarse además una radiografía de tórax. Es importante descomprimir el estómago con una sonda de Levine.^{15,20}

En opinión de los autores estos resultados ha permitido identificar un problema práctico de aprendizaje en el personal de menor calificación profesional del Centro Provincial de Emergencias Médicas, lo cual reclama de una actuación docente y administrativa en función de corregir metodológicamente y favorecer la calidad de atención.

En la tabla 4 observamos que el nivel de conocimientos a las acciones complementarias la brecha la encontramos en brindar apoyo psicológico a los familiares con 52 enfermeras lo que representa el 63.42%.

Múltiples autores y colegas afirman del papel de la enfermera en la orientación el acompañamiento de los familiares ante el dolor y la preocupación por uno de sus miembros.^{21, 22}

Tabla 4 Nivel de conocimiento sobre acciones complementarias. Centro Provincial Emergencias Médicas.

PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS	Conocimientos de acciones complementarias				TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Notificar al laboratorio de urgencia la realización de hemogasometria, glicemias y otros complementarios.	82	100	-	0.0	82	100
Extremar las medidas de asepsia y antisepsia	82	100	-	0.0	82	100
Realizar la evolución exhaustiva en la Microhistoria de Urgencias	82	100	-	0.0	82	100
Brindar apoyo psicológico a los familiares	30	36.58	52	63.42	82	100
Realizar acompañamiento a la Unidad de Cuidados Progresivos.	82	100	-	0.0	82	100

Fuente: Cuestionario

La relación enfermera -paciente es el "eslabón humano" que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente; la coloca en calidad de "salvadora" de una muerte indigna. Es su compromiso humano el aspecto sobresaliente que imprime el respeto a su vida profesional. No son sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica. Es más bien, ese comportamiento sutil de

comprensión, al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que la hace indispensable.

Es una combinación de conocimientos científicos agonizar y morir. Una mezcla de "agua y aceite", entre la aplicación fría de un tratamiento científico y el complejo e intenso manejo de los aspectos humanos.

Así lo expresa el escritor Jorge Orgaz: "Humanismo significa en el fondo estar imbuido de un sentimiento inteligente de los intereses humanos. El humanismo importa porque forma al hombre y el médico (enfermera) deben ser humanos sobre todo, en la atención primaria de salud que es el servicio que se presta directamente en el hogar al paciente, el cual genera seguridad y fortalece la relación y confianza entre el paciente, familia y equipo de salud. Es muy importante que incorporemos en la prestación de los cuidados, conjuntamente con el resto de cuidados físicos y orgánicos, verdaderas estrategias de relación de ayuda que desde las actitudes y habilidades para la comunicación garanticemos al paciente y su familia un afrontamiento adecuado de la situación. Con respeto y dignidad y dando sentido a nuestra dura, pero valiosa labor: ayudar a morir, ayudar a despedir.^{23,24}

Los autores consideran que estos resultados nos avala la necesidad de enfatizar en el esfera psicológica en especial en el trabajo con los acompañantes y familiares en la disminución de la ansiedad que genera un evento agudo cardiovascular; así como incidir en la educación y sistematicidad del personal.

CONCLUSIONES

El nivel profesional del personal de enfermería que labora en el Centro Provincial de Emergencias Médicas más representativo son los licenciados en Enfermería y especialistas, con 10 años y más de experiencias. Se evaluó el nivel de conocimientos del personal, siendo la evaluación de Bien la más representativa. El nivel de conocimientos del personal en cuanto a las preguntas básicas, encontramos que la dificultad más frecuente fue la monitorización clínica y electrónica. Al cumplimentar las acciones específicas realizar el examen físico regional y general y realizar estricto control del balance hidromineral y electrolítico. Mientras que de las acciones complementarias el brindar apoyo psicológico a los familiares centran las principales brechas en la actuación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ibarra JA. Introducción a los cuidados de enfermería del paciente crítico pediátrico. 2007.
2. International Liaison Committee on Resuscitation 2005. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation. 2005; 67:157-341.
3. Caballero López A. Urgencias cardiovasculares. Reanimación cardiopulmocerebral [CD-ROM]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
4. Pantridge JF, Geddes JS. A mobile intensive care unit in the management of myocardial infarction. Lancet 1967; II: 271-273.
5. Negovsky VA. Fifty years of the institute of general reanimatology of the USSR. Academy of Medical Science. Crit Care Med 1988; 16: 287-291.

6. Garijo Gálvez A. Sistema integral de urgencias. Cadena asistencial, unidades de gestión de urgencias. *Mapfre Med* 1993; 4:31-33
7. Cumming RO. Essentials of ACLS. En su: *Advanced cardiac life support*. Texas: American Heart Association, 1997.
8. De la Torre F; Nolan J, Robertson C, Chamberline D, Baskett P. Guidelines for advanced cardiopulmonary resuscitation of adult patients. European Resuscitation Council. *Resuscitation*, 2001.
9. Almazán Cruz S. Un modelo de medicina de emergencia para la Ciudad de México. *Gac Med Mex* 1990; 126(5):423-9.
10. Martínez Lantada M, Fariñas León G, Chávez Rodríguez JA, Ruiz Aguilera A, Pérez Lemus L, castellanos Simóns b, et.al. *Metodología de la investigación educacional: Desafíos y polémicas actuales*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
11. Zaritsky A, Morley P. The evidence evaluation process for the 2005 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation* 2005; 112: 128-130.
12. Lojero Wheatley L. *Cuidados post reanimación*. Copyright, 1999-2001.
13. Hernández García R, Sosa Acosta A, Castro Pacheco BL, Acevedo Castro BI. Demanda de urgencias del nivel primario en el secundario. Disponible en CD-R URGRAV 2002. II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina.
14. The Founding Members of the International Liaison Committee on Resuscitation. The International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)—past, present and future. *Resuscitation*. 2005; 67:157-61.
15. Guedes V. Las competencias en las organizaciones del siglo XXI. En: Universidad Metropolitana. Venezuela. *El conocimiento y las competencias en las organizaciones del Siglo XXI*. Caracas: Epsilon Libros; 2002.
16. Chan PS, Krumholz HM, Nichol G, Nallamothu BK. American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Delayed Time to Defibrillation after In-Hospital Cardiac Arrest. *N Engl J Med*. 2008; 358(1):9-17.
17. Sosa Acosta A. *Manual metodológico de apoyo vital en Cuba*. La Habana. Editorial Ciencias Médicas 1999.
18. Urbina Laza O, Otero Ceballos M. Tendencias actuales en las Competencias Específicas en Enfermería. *Rev. Cubana Educ Med. Sup.* 2003.
19. Salas Perea RS. Exámenes escritos. Competencia y desempeño profesionales. Evaluación de la competencia. ¿Cómo incrementar la efectividad y eficiencia en la evaluación de la competencia profesional? Tendencias actuales en la evaluación de la competencia profesional. En: *Competencia y desempeño profesionales*. Cuba: Ciencias Médicas; 1999. p. 86- 110, 117- 159.
20. Espinosa Brito, AD. ¿Epidemiología clínica o Epidemiología para clínicos? *Archivos del Ateneo Juan César García*.2000; 1:64-71
21. American Heart Association. Post-Cardiac Arrest Syndrome. ILCOR Consensus Statement. *Circulation*. 2008; 118:2452-2483.
22. Peberdy MA, Ornato JP. Progress in Resuscitation. An Evolution, Not a Revolution. *JAMA*. 2008; 299(10):1188-1190.

23. Nadkarni VM, Larkin GL, Peberdy MA, Carey SM, Kaye W, Mancini ME, et al. First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults. *JAMA*. 2006; 295(1):96-8.
24. Nolan J. European Resuscitation Council. Guidelines for Resuscitation 2005. Introduction. *Resuscitation*. 2005; 6751:53-6.

CONOCIMIENTOS SOBRE EVALUACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN NIÑOS.

MSc. Lic. Jayce Díaz Díaz, email: jaycedd@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Dra.C. Norma Mur Villar, email: dirfp@ucm.cfg.sld.cu, Directora de formación de profesionales, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Dra.C. María José Aguilar Cordero, email: mariajaguilar@telefonica.net, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España

MSc. Lic. Juan Carlos Placencia Álvarez, Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”, Cienfuegos, Cuba.

MSc. Lic. Felicia Rodríguez Solís, Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”, Cienfuegos, Cuba.

Téc. Yuleisy Ruiz Hernández, Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: El dolor postoperatorio en Pediatría es un capítulo no bien tratado, subestimado en el sentido amplio del concepto. La medida y la valoración adecuada del dolor es uno de los desafíos más difíciles y cruciales a los que se enfrentan los profesionales sanitarios que tratan el dolor en niños o que realizan investigaciones en esta área. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en relación a la evaluación del dolor postoperatorio en niños. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con los enfermeros(as) que laboran en la unidad quirúrgica y en el servicio de cirugía del Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto” de Cienfuegos, aplicando un cuestionario de preguntas que nos permitió la recogida de datos para su análisis y discusión. **Resultados:** El mayor porcentaje de los enfermeros(as) son Licenciados(as) en Enfermería con más de 20 años de experiencia que recibieron en su formación de pregrado cursos sobre manejo del dolor. En el postgrado no ha sido sistemática la superación. La evaluación de conocimiento fue bajo lo que se relaciona con la no preparación postgraduada.

PALABRAS CLAVE: DOLOR / POSTOPERATORIO / ESCALAS / EVALUACIÓN / CUIDADOS / ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años el tratamiento del dolor en el niño fue percibido como herramienta de segundo plano en las terapias pediátricas, que buscaban preferentemente la terapéutica basada en la etiología, ya que había una serie de ideas preconcebidas en relación a la percepción del dolor en esta etapa de la vida. Esas teorías erróneas llevaron en la práctica a no tomarse la valoración y el tratamiento del síntoma dolor en el niño con la misma actitud que se hace en el adulto y, de hecho, antes de la década de los 80 era difícil encontrarse en los textos capítulos específicos sobre el dolor en el niño.

En la actualidad estas teorías han sido desechadas, se admite que el dolor constituye un problema común entre los niños y adolescentes, tal y como han mostrado estudios epidemiológicos recientes. La constatación de estos hechos y la comprobación del impacto que tiene la experiencia dolorosa en la vida del niño, ha supuesto sin duda que aumente el interés por el dolor pediátrico.

En los últimos quince años se ha producido un aumento en el estudio del dolor en la población pediátrica, lo que ocurría con anterioridad en relación al dolor en el adulto; por ejemplo en lo que se refiere al dolor en general y sobre todo en el adulto, ya hubo intentos de medirlo en el siglo XIX; posteriormente Ardí y Cols. dieron un gran impulso a los estudios sobre el dolor en los inicios del siglo XX y Beecheer en 1959 siguió con la identificación del dolor clínico utilizando respuestas subjetivas del paciente.¹

La definición hecha por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) establece que el dolor siempre es subjetivo y se aprende a través de experiencias relacionadas con lesiones en la vida temprana. Esta definición es insuficiente cuando se considera a los niños que son incapaces de hablar de su dolor y pueden no haber tenido experiencias previas de lesiones.^{2,3}

La medida y la valoración adecuada del dolor es uno de los desafíos más difíciles y cruciales a los que se enfrentan los profesionales sanitarios que tratan el dolor en niños o que realizan investigaciones en esta área. A pesar de que tales determinaciones constituyen un elemento necesario para el desarrollo de métodos más eficaces de tratamiento, hasta hace poco tiempo ha constituido un área de investigación prácticamente inexplorada.⁴

La medida y la valoración del dolor se confunden con frecuencia desde el punto de vista terminológico. De hecho, la medida sería simplemente la determinación cuantitativa de algún aspecto del dolor, habitualmente la intensidad. En cambio, la valoración implicaría un concepto mucho más amplio, que contempla también aspectos sociales y familiares. La valoración del dolor requiere la disponibilidad de instrumentos de medida bien desarrollados y validados. Las estrategias de valoración pueden iniciarse sólo cuando se posean éstos.⁵

Es importante en la valoración conocer las características del niño, evaluar el dolor, su tipo e intensidad, la causa que lo provoca o lo modifica, y adecuar el tratamiento a las individualidades fisiológicas, fisiopatológicas y psíquicas, así como valorar el enfrentamiento del dolor por el niño, su preparación y la de la familia dentro del ámbito hospitalario y en el hogar.⁶

¿Qué razones justifican la necesidad de una adecuada medida del dolor en niños?

Uno de los mayores problemas de la práctica pediátrica es la dificultad de comunicación verbal y la incapacidad del niño para relatar sus experiencias, lo que conlleva una gran dificultad a la hora de valorar su dolor y administrar un tratamiento efectivo.⁷

Básicamente, la cuantificación del dolor en niños podría evidenciar su presencia en situaciones en las que ahora se desconoce y determinar la eficacia de las

intervenciones terapéuticas destinadas a aliviarlo.⁸ Entre muchas otras posibilidades podría, por ejemplo, mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio,⁹ establecer las variables que pueden empeorar o aliviar el dolor en cualquier situación clínica e investigar indirectamente su fisiología en determinados grupos de edad.^{6,10}

Los profesionales de enfermería que laboran con pacientes en edades pediátricas deben estar familiarizados con las herramientas que se disponen para la identificación y evaluación del dolor, poniendo en conocimiento del médico la situación de su paciente, para que ponga los medios adecuados para que el paciente se mantenga lo más confortable posible.

La preparación insuficiente, y el dominio de conceptos errados sobre el tratamiento del dolor posoperatorio por parte del personal sanitario, son algunos de los aspectos más valorados a mejorar para un efectivo tratamiento. La educación e instrucción del personal médico y de enfermería en la evaluación del dolor puede reducir de grave a moderado, la incidencia de este es de 37 a 13 %.¹¹

La importancia del dolor agudo posoperatorio radica en su alta frecuencia, en su inadecuado tratamiento y en la repercusión que tiene en la evolución y en la recuperación del paciente. El dolor agudo postoperatorio inadecuadamente tratado aumenta la morbilidad perioperatoria y prolonga innecesariamente el tiempo de ingreso hospitalario. El tratamiento inadecuado del dolor agudo postoperatorio se produce por una mala organización asistencial, que impide la aplicación correcta de los recursos terapéuticos actualmente disponibles.¹²

Lo anteriormente expuesto nos permite considerar como problema científico: ¿Conocen los profesionales de enfermería que laboran con pacientes en edades pediátricas como identificar y evaluar el dolor postoperatorio?

Por lo que nos propusimos realizar esta investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en relación a la evaluación del dolor postoperatorio en niños.

DESARROLLO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto" de Cienfuegos. La población del estudio la constituyeron 24 enfermeros que laboran en la unidad quirúrgica y en el servicio de cirugía, a los que se le aplicó un cuestionario de preguntas que contempla información sobre la identificación personal del enfermero(a), así como varias interrogantes relacionadas con la identificación y evaluación del dolor postoperatorio en Pediatría.

Para medir la variable de estudio relacionada con nivel de conocimiento se utilizó como referencia el instrumento para el personal de enfermería desarrollado por Ferrel y McCaffery,¹³ en su versión original, el cual fue traducido del inglés al español por las autoras de este estudio. Posteriormente se revisó la redacción de cada una de las interrogantes, eliminándose las preguntas relacionadas con el dolor de cáncer, tratamiento farmacológico y presentaciones de casos relacionados con el dolor en adultos, por no corresponder a la variable en estudio del conocimiento del dolor

postoperatorio. Se realizó validez de contenido, a través de la revisión del instrumento por tres enfermeros(as) expertos(as) del área de quirófano y recuperación de quirófano. Los participantes rellenaron voluntariamente y de forma anónima el cuestionario. Además se les proporcionó un formulario de consentimiento informado por escrito.

Como resultados encontramos que de la población estudiada, atendiendo al nivel profesional, encontramos que 2 son técnicos medios para un 8,3 % y 22 Licenciados(as) en Enfermería para un 91,7 %. En relación a los años de experiencia, predomina la experiencia de más de 20 años, 9 Licenciados(as) en Enfermería para un 37,6 %. (Tabla 1)

Tabla 1: Distribución del personal de enfermería atendiendo al nivel profesional y años de experiencia. Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”. Cienfuegos.

Años de experiencia	Nivel profesional				Total	
	Técnico medio		Licenciado(a)		No	%
	No	%	No	%		
Menos de 5 años	2	8,3	2	8,3	4	16,6
De 6 a 10 años			6	25,0	6	25,0
De 11 a 15 años			1	4,2	1	4,2
De 16 a 20 años			4	16,6	4	16,6
Más de 20 años			9	37,6	9	37,6
Total	2	8,3	22	91,7	24	100

Fuente: Cuestionario.

Los resultados, como se muestra en la tabla 2, indican que el 100 % de los técnicos medios y el 50 % de los Licenciados(as) en Enfermería no han continuado estudios de superación que le permita alcanzar un grado científico. El 29,2 % son máster, el 8,3 % son diplomados y el 4,2 % especialista de 1er grado.

Tabla 2: Distribución del personal de enfermería en relación a la superación profesional. Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”. Cienfuegos.

Grado científico	Nivel profesional				Total	
	Técnico medio		Licenciado		No	%
	No	%	No	%		
Máster			7	29,2	7	29,2
Especialista			1	4,2	1	4,2
Diplomado(a)			2	8,3	2	8,3
Ninguno	2	8,3	12	50,0	14	58,3
Total	2	8,3	22	91,7	24	100

Fuente: Cuestionario.

Atendiendo al nivel profesional encontramos que el 100 % de los enfermeros recibió cursos en el pregrado, sin embargo, en el postgrado solo el 4,2 % de los técnicos medios y el 50 % de los Licenciados(as) en Enfermería recibieron un curso sobre dolor. (Tabla 3)

Tabla 3: Distribución del personal de enfermería atendiendo al nivel profesional y cursos recibidos sobre dolor. Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”. Cienfuegos.

Nivel profesional	Cursos recibido sobre dolor							
	Pregrado				Post básico o postgrado			
	SI		NO		SI		NO	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Técnico medio	2	8,3			1	4,2	1	4,2
Licenciado	22	91,7			12	50,0	10	41,6
Total	24	100			13	54,2	11	45,8

Fuente: Cuestionario.

En cuanto a la evaluación del dolor postoperatorio atendiendo al nivel profesional debemos señalar que el 54,2 % obtuvo una evaluación de conocimiento bajo, el 20,8 % conocimiento medio y el 25 % conocimiento bueno. La totalidad de los técnicos medios y el 45,2% de los Licenciados(as) en Enfermería obtuvo una evaluación de conocimiento bajo. (Tabla 4)

Tabla 4: Evaluación de los conocimientos en relación a la evaluación del dolor postoperatorio atendiendo al nivel profesional. Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”. Cienfuegos.

Nivel profesional	Evaluación						Total	
	Alto		Medio		Bajo		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Técnico medio					2	8,3	2	8,3
Licenciado	6	25,0	5	20,8	11	45,9	22	91,7
Total	6	25,0	5	20,8	13	54,2	24	100

Fuente: Cuestionario.

En relación al nivel de conocimientos atendiendo a la preparación postgraduada sobre dolor encontramos que el 45,9 % de los que obtuvieron una evaluación de conocimiento bajo declararon no haber recibido ningún curso de postbásico o postgrado sobre dolor. El 54,2 % si recibió preparación postgraduada sobre dolor, sin embargo solo el 25 % obtuvo una evaluación de conocimiento alto, el 20,8 % medio y el 25,0 % bajo. (Tabla 5)

Tabla 5: Nivel de conocimientos atendiendo a la preparación postgraduada sobre dolor. Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”. Cienfuegos.

Evaluación	Post básico o postgrado				Total	
	SI		NO		No	%
	No	%	No	%		
Alto	6	25,0			6	25,0
Medio	5	20,8			5	20,8
Bajo	2	8,3	11	45,9	13	54,2
Total	13	54,2	11	45,9	24	100

Fuente: Cuestionario.

Los resultados del estudio permitieron identificar el conocimiento de manejo del dolor postoperatorio y establecer la relación entre el nivel de conocimiento, nivel profesional, experiencia, superación profesional y cursos recibidos.

En relación al conocimiento del manejo del dolor postoperatorio por el personal de enfermería, los resultados de este estudio son similares por lo reportado en estudios previos por Watt- Watson,¹⁴ Puls-McColl,¹⁵ Nasser,¹⁶ Ortega et. al.^{17,18} los cuales documentan que el conocimiento del manejo del dolor es bajo en la mayoría de los enfermeros(as); difiriendo con otros autores como McCaffery y Robinson,¹⁹ Zavala²⁰ en donde un poco más de la mitad del personal de Enfermería alcanzó un conocimiento promedio en el manejo del dolor.

En otro estudio más reciente se indica que un grupo de enfermeros(as) que siguió un programa de formación en dolor tuvo una mejora significativa en sus conocimientos y actitudes con respecto a otro grupo de enfermeras que no siguió el programa.²¹ Dicha formación no solo debe tener en cuenta aspectos específicos sobre el dolor, sino también sobre actitudes y creencias, ya que es muy importante para los pacientes que todas las enfermeros(as) sean conscientes de que los enfermos no deben tener dolor y, por tanto, deben manejar este correctamente. En estudios realizados por Jacobs²² concluye que no hay evidencia en los registros clínicos de que los enfermeros(as) desarrollen herramientas apropiadas para valorar el dolor y evalúen las respuestas de los niños hacia las estrategias de manejo, lo que representa también una actitud desfavorable.

Un aspecto explorado por las autoras en este estudio fue la experiencia laboral en los servicios pediátricos no observándose diferencias significativas entre esta variable y la evaluación de conocimiento de dolor, por lo que este resultado no difiere del estudio realizado por M. J. Aguilar Cordero,²³ donde analiza la actitud del personal de

enfermería en relación con la experiencia laboral. En este mismo estudio se declara que las personas que no han recibido capacitación durante su vida laboral en la temática del dolor, son las que mayoritariamente muestran actitudes desfavorables frente al niño que lo padece. El modo de actuación del personal de enfermería está en estrecha relación con su capacitación; este aspecto es imprescindible para alcanzar un desempeño profesional de calidad y garantizar una atención integral al dolor en la infancia.

CONCLUSIONES

En el presente estudio determinamos que el mayor porcentaje de los enfermeros(as) que laboran en la unidad quirúrgica y en el servicio de cirugía son Licenciados(as) en Enfermería con más de 20 años de experiencia que recibieron en su formación de pregrado cursos sobre manejo del dolor, sin embargo en el postgrado no ha sido sistemática la superación en relación al dolor postoperatorio. En cuanto a la evaluación del dolor postoperatorio atendiendo al nivel profesional, el mayor porcentaje obtuvo una evaluación de conocimiento bajo lo que se relaciona con la no preparación postgraduada. En la medida en que la superación profesional avance, tendrá lugar un cambio en la actitud de los profesionales de enfermería en relación con la atención al dolor en la infancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchon J, Malmierca AJ. Valoración del dolor en Pediatría. Revista española de educación integral del pediatra extrahospitalario. Suplemento, 2008.
2. María Ana Tovar, M.D. Dolor en niños. Rev Colombia Médica Vol. 36 N° 4 (Supl 3), 2005.
3. Gancedo C, Hernández Gancedo C, Peñarrocha J. Neurofisiología del dolor. Revista española de educación integral del pediatra extrahospitalario. Suplemento, 2008.
4. McGrath PA. An assessment of children's pain: a review of behavioral, physiological and direct scaling techniques. 2010; 31: 147-176.
5. Beyer JE, and, Wells N. Valoración del dolor en niños. En, (ed.) Dolor agudo en niños. México: Interamericana, 2009; 909-928.
6. González Pérez U, Alerm González A. Progresar en la calidad de vida del niño con dolor, legítima aspiración humanitaria del niño como persona con plenos derechos. Revista Cubana de Pediatría. 2015;87(4):399-403
7. Aguirre Córcoles E, Durán González ME, Zambudio GA, González Celdrán R, Castaño Collado I. Dolor postoperatorio en lactantes y niños pequeños: Nursing - PCA vs perfusión I.V. de tramadol. Revista de Cirugía Pediatr 2003; 16: 30-33
8. Schechter NL. Tratamiento insuficiente del dolor en niños: aspectos generales. En: Dolor agudo en niños. México DF: Interamericana, 2009; 845-859.
9. Goodman JE, McGrath PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. 2001; 46: 247-264.
10. Cignacco E, Gessler P, Hamers JPH. First validation of the "Bernese Pain Scale for Neonates" (BPSN). International Congress of Pain. San Diego, 2002; P256.
11. Velázquez González K, Cordero Escobar I, Ortiz TY, Valdés Llerena R. Problemas actuales del tratamiento del dolor postoperatorio. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2012; 11(3)173-184.

12. Dávila Cabo de Villa E, Leyva Cabezas B. Dolor agudo postoperatorio en el anciano. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 2016 Mar 18]; 11(4): [aprox.6p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2503>
13. McCaffery M, Ferrell BR. Knowledge and Attitudes Regarding Pain. 2006. Disponible en: <http://www.cityofhope.org/prc/Knowledge%20&%20Attitude%20Survey%208-06.pdf>
14. Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner, D. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 36(4):535-545.
15. Puls-McColl PJ, Holden JE, Tank M. Pain management: an assessment of surgical nurses' knowledge. *MT MEDSURG Nursing*. 2001;10(4):185-9.
16. Nasser E, Sinwan S, Hwee W. Nurses' knowledge on pain management. *Singapore Nursing Journal*. 2005;32(2):29-35.
17. Ortega RM, Aguilera P, Cruz O, Fang MA, García M, Guzmán T, et al. Manejo del dolor en personal de enfermería, usuarios pediátricos y adultos. 1a. ed. Tamaulipas, México: Fomento Editorial de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Facultad de Enfermería de Tampico: 2005.
18. Ortega López RM, Romero Hernández RM, Sánchez Castellanos MD, García Báez M, Cruz Pecina O, Fang-Huerta MA. Conocimiento de Enfermería sobre Dolor Posoperatorio. *Revista Desarrollo Científica de Enfermería*. 2008;16 (6): 250 – 253.
19. McCaffery M, Robinson HS. El enfermo sufre dolor: aquí están sus respuestas. *Nursing*. 2003; 21(4):8-16.
20. Zavala MR, Fang MA, Ortega RM. Manejo del dolor por el personal de enfermería. *Clínica Dolor y Terapia*. 2005;4(1).
21. McMillan SC, Tittle M, Hagan SJ, Small BJ. Training pain resource nurses: Changes in their knowledge and attitudes. *Oncol NursForum*. 2005;32:835–42.
22. Jacob E, Puntillo K. Pain in hospitalized children: pediatric nurses' beliefs and practices: *J Pediatr Nurs* 2007; 14 (6): 379-91.
23. Aguilar Cordero MJ, Mur Villar N, Padilla López CA, García Espinosa Y, García Aguilar R. Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua. *Revista de Nutrición Hospitalaria*. 2012;27(6):2066-2071.

TITULO: CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN ESTUDIANTES DE VIGILANCIA Y LUCHA ANTIVECTORIAL. CURSO 2016-2017

AUTORES: Daynisett Molina Curbelo ⁽¹⁾, Héctor Cabrera Rodríguez ⁽²⁾, Eleanne Soriano Cañizares ⁽³⁾, Francisco Javier Rodríguez Molina ⁽⁴⁾

(1) Licenciada en optometría y óptica, jdtecnologia@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Jefa de departamento de Tecnología de la Salud.

(2) Licenciado en enfermería, idenfermeria@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Jefe de departamento de enfermería, Máster en Educación Médica Superior.

(3) Estudiante de tercer año de la carrera técnico en enfermería

(4) Estudiante de tercer año de la carrera de medicina

RESUMEN

Introducción: Los adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales sin haber recibido información exacta sobre la sexualidad y la salud reproductiva. **Objetivo:** Identificar los conocimientos que sobre las infecciones de transmisión sexual tienen los estudiantes de primer año de la carrera Técnico en Vigilancia y Lucha Antivectorial de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. **Desarrollo:** Estudio descriptivo de corte transversal en el periodo comprendido desde octubre del 2016 a enero del 2017, de un universo de 56 adolescentes se seleccionó una muestra de 29. Para el desarrollo de la investigación se revisó bibliografía actualizada referente a este tema, los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de una encuesta a la muestra objeto de estudio. En la muestra estudiada existe un predominio del estado civil soltero y el sexo masculino, la familia fue reconocida como la fuente principal de obtención de la información sobre las infecciones de transmisión sexual, las infecciones de transmisión sexual más conocidas son la gonorrea y el VIH. El 100 % de los estudiantes objeto de estudio reconoció como vía más frecuente de transmisión de las infecciones de transmisión sexual el tener relaciones desprotegidas con una persona infectada, el uso del condón y mantener una pareja estable fueron los dos métodos más identificados para prevenir las ITS. **Conclusiones:** Existe desconocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en una parte de la muestra estudiada.

Palabras clave: sexualidad, adolescentes, enfermedades de transmisión sexual

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es considerada una etapa de la vida como la niñez o la etapa adulta y no como un período de transición de un estado a otro, etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años, según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un período de transición constructiva, necesario para el desarrollo del yo, es una despedida de las dependencias infantiles y un precoz esfuerzo por alcanzar el estado de adulto. Este sentimiento de adultez que implica además adquirir independencia e individualidad y el afán de comprobar su capacidad reproductiva interpretada como indispensable para demostrar socialmente la nueva condición de mujer y de hombre conduce a los y las adolescentes a incursionar el fascinante mundo

de la sexualidad .La iniciación de la actividad sexual es cada día más pronta, con menos años cumplidos de edad, cuando la vulnerabilidad no es fácilmente admitida y se subestima el riesgo que se corre de un embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual.

Está muy extendida la idea de que la norma entre los jóvenes es mantener las relaciones sexuales, por lo cual los adolescentes se sienten presionados con los comentarios de amigos o series de televisión que muestran jóvenes actores sexualmente atractivos. ⁽¹⁾

Si a lo anterior se añade el afán por la búsqueda del riesgo y la baja percepción, característica en la adolescencia, se puede entender un poco mejor la situación que, en muchos casos, desembocan en una infección de transmisión sexual. Todo lo cual se debe a una incorrecta educación sexual que ha llevado a que el coito sea interpretado como la única forma de dar y recibir placer y se haya tomado, en ambos sexos, como un indicio de madurez, con el concepto errado de que el pene y la vagina son el centro de la sexualidad.

Al respecto, la pérdida del poder de la familia como elemento controlador de los hijos, así como la mayor y más temprana libertad de los adolescentes para disponer de su tiempo libre sin compartir con sus progenitores sus vivencias o ansiedades, han conllevado a graves dificultades, que pueden evitarse, en ellos.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) también conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) y antes como enfermedades venéreas son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce casi exclusivamente durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, anal y oral, sin embargo, puede transmitirse también por el uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre, algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo o el parto desde la madre al hijo. ⁽²⁾

La influencia que pueden ejercer los distintos espacios donde los adolescentes se desarrollan en su vida cotidiana es determinante, más aun si se considera que en esta etapa de la vida, las relaciones con sus coetáneos revisten un carácter especial. ⁽³⁾

La infección por VIH/sida constituye un problema de salud aún no resuelto, pues, a pesar de los conocimientos que existen actualmente, los tratamientos no curan este cuadro morboso. ⁽⁴⁾

Actualmente, las ITS tienen un gran aumento entre la gente joven, en particular, que conforman el grupo etario de 15 a 25 años. De hecho, podría considerarse que entre los jóvenes se ha desatado una especie de epidemia de ITS, en parte porque en las últimas décadas la edad del inicio sexual se ha adelantado y por consiguiente, ha aumentado el número de parejas sexuales que las personas tienen a lo largo de su vida. Algunas de estas infecciones causan daños en numerosas mujeres que pueden conducir a la infertilidad, al diseminarse hacia el útero y las trompas de Falopio. ⁽⁵⁾

En el mundo se producen, cada año, 333 millones de casos nuevos de ITS, de los cuales, 60% ocurren en menores de 24 años, se estima que 3 millones de jóvenes adquieren una ITS cada año y que este problema afecta a 1 de cada 6 adolescentes sexualmente activas. La incidencia de las ITS en los Estados Unidos, por año, es de 1 de cada 8 personas de 13 a 19 años de edad.

El incremento observado, ha sido influido por diferentes factores que contribuyeron a su ascenso, entre los que se destacan: Cambios en el comportamiento sexual y social debido a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes; los cambios en la mentalidad con respecto a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual, aparejada a una menarquia cada vez más temprana, y a factores de machismo que imperan en algunos países del mundo. ⁽⁶⁾

Estudios realizados en América Latina y el Caribe en el año 2013 refieren existir un total de 168 millones de adolescentes de los cuales 148 millones viven en zona urbana por lo que están expuestos a múltiples factores de riesgo como son: desnutrición, embarazos, enfermedades de transmisión sexual. Las prevalencias de ITS observadas con frecuencia en las adolescentes sexualmente activas tanto con síntomas del tracto genital bajo como sin ellos incluyen *Chlamydia trachomatis* (10-25%), gonorreas de *Neisseria* (3-18%), sífilis (0-3%), *Trichomonas vaginalis* (8-16%), y el virus del herpes simple (2-12%). Entre muchachos adolescentes sin síntomas de uretritis, las tasas aisladas incluyen *C. trachomatis* (9-11%) y gonorreas de *N.* (2-3%). ^(6,7)

En Latinoamérica y el Caribe las cifras de contagio por VIH han presentado un considerable aumento. En el caso de Haití, este constituye el país más afectado de un 5.6% de su población total y la India el segundo del mundo con más enfermos de SIDA detrás de Sudáfrica, que tiene 5.3 millones de infectados o sea el 20% de su población. ⁽⁸⁾

En Cuba las enfermedades de transmisión sexual siempre han provocado grandes debates, entre médicos e historiadores, en relación con su origen; sobre si ya eran conocidas en Europa antes del descubrimiento del nuevo mundo, o fueron transportadas por los conquistadores de las nuevas tierras hacia sus lugares de origen. ⁽⁹⁾

En la bibliografía histórica revisada, la idea predominante es que estas enfermedades se fueron extendiendo entre la población indígena por el contacto con marineros, tanto militares como civiles de la flota española, que llegaban a las nuevas tierras. Es por esto que en épocas tan tempranas como fue el año 1557, el Cabildo de La Habana dictó un pregón, prohibiendo y condenando la prostitución con pena de 50 azotes a las mujeres que fueran sorprendidas ejerciéndola, y con esta medida se logró frenar la propagación de estas enfermedades hasta finales del siglo XVIII, en que se eleva el número de enfermos a cifras alarmantes, y el gobierno colonial se ve en la necesidad de adoptar medidas administrativas dentro de la sociedad, para evitar que el mal continuara.

En Cuba país existe un comienzo temprano en la práctica de las relaciones sexuales. La tendencia a la disminución de la edad de inicio como un riesgo, es señalada por autores de varios estudios, sobre todo cuando la educación sexual no es la adecuada. Se notifican anualmente entre 40 y 50 mil casos solamente de sífilis y blenorragia y condiloma acuminado, con tendencia al incremento principalmente en adolescentes, a pesar del subregistro que debe existir en algunos de ellos. En el caso del VIH, causante del SIDA desde el inicio de la epidemia del VIH-SIDA hasta el año 2011 se habían diagnosticado 15 824 personas con el virus, de los cuales 80,8% eran hombres. ⁽¹⁰⁾

En Cuba a partir de 1962 surgen diversos programas encaminados a controlar y prevenir estas entidades. En la década del 80, con la creación del modelo de atención familiar, los programas de prevención de la sífilis, la blenorragia y el VIH/SIDA se insertaron horizontalmente y fueron adquiriendo paulatinamente un enfoque eminentemente preventivo. Esto ha facilitado que haya disminuido la incidencia de enfermedades como la sífilis, la blenorragia y la infección por virus del papiloma humano en relación con la década de los 90 aunque anualmente se diagnostican miles de casos de estas enfermedades. ⁽⁹⁾

En el año 2015 en Cuba fueron diagnosticados 3961 casos con predominio en el sexo masculino , 4582 pacientes con sífilis , 536 casos más que en el año 2014 y 398 casos nuevos de infección por VIH. ⁽¹¹⁾

A pesar de los esfuerzos realizados por los medios de difusión masiva y los Ministerios de Educación y Salud Pública para dotar a las adolescentes y los adolescentes cubanos de herramientas para enfrentar la actividad sexual, todavía es insuficiente la apropiación de conocimientos por parte de ellos, lo que influye directamente en la conducta sexual. Leyva Ramírez y Sosa Zamora, en un estudio en Santiago de Cuba, encontraron que más del 60% de la muestra estudiada no tenían conocimientos sobre salud reproductiva. La inestabilidad de pareja en la adolescencia temprana es un fenómeno frecuente que tiene como causa la inmadurez característica de esta etapa de la vida donde no se han definido los gustos y los intereses y no se han establecido prioridades, al igual que la comunicación entre las parejas y con los progenitores; todo esto los lleva a no manejar adecuadamente la sexualidad. ⁽¹²⁾

Los factores de riesgo más identificados en nuestro país para contraer una infección de transmisión sexual han sido: el número de compañeros sexuales y su mala elección, edad temprana en el inicio de las relaciones sexuales , prostitución , alcoholismo, no uso de preservativos y las coinfecciones .De ahí la importancia de dirigir los esfuerzos a la educación de la sexualidad para la prevención de la infección. ⁽¹³⁾

En la provincia Cienfuegos al evaluar el comportamiento de las infecciones de transmisión sexual al cierre del año 2015 el incremento más significativo se produjo a expensas de la Blenorragia, Síndrome del Flujo Vaginal y el Síndrome Doloroso Abdominal Bajo, disminuyeron sus tasas al compararlas con el año anterior: la Sífilis, Condiloma, Herpes Simple y Síndrome de Secreción Uretral.

En el periodo analizado solo se diagnosticó un caso de sífilis menor de 14 años de edad del municipio de Cienfuegos lo que representa el 0.72% del total de los diagnósticos, el grupo de edad que más predominó fue el de 25 a 59 años de edad con 85 casos para un 61.59%, les siguen en orden descendente los grupos de 20 a 24 y el de 15 a 19 años con 27 casos (19.56%) y 23 casos (16.66%) respectivamente.

En cuanto a la blenorragia el acumulado fue superior al año anterior e inferior a lo esperado en la curva de expectativa. La provincia incrementó en 7.4%; los municipios de Cienfuegos, Cruces, Lajas y Rodas son los que incrementaron en relación a igual periodo del año anterior.

Al analizar el comportamiento de las infecciones por VIH el municipio que exhibe la mayor tasa es Cienfuegos (20.0), superando la tasa provincial (12.5). La tasa de prevalencia provincial es de 0.15, superada por los municipios de Cienfuegos (0.22) y Rodas (0.17).⁽¹⁴⁾

En la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos la mayoría de los estudiantes de los primeros años de las diferentes carreras se encuentran en la etapa de la adolescencia, en el caso de los que estudian técnico en vigilancia y lucha antivectorial ingresan a nuestro centro con apenas 15 años de edad, en su mayoría provenientes de familias disfuncionales, muchas de ellas con bajo nivel económico y cultural. Según la caracterización realizada por los profesores guías de los diferentes grupos y los instructores educativos de la residencia estudiantil son frecuentes en este grupo la práctica de relaciones sexuales y en ocasiones el cambio frecuente de parejas. Por las características y particulares que poseen estos adolescentes como grupo en desarrollo, se decidió realizar esta investigación, con el objetivo de identificar los conocimientos que poseen sobre las infecciones de transmisión sexual.

Para la misma se plantea como problema científico:

¿Cuáles son los conocimientos que poseen los estudiantes de primer año de la carrera de técnico en Vigilancia y Lucha Antivectorial de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos sobre las infecciones de transmisión sexual?

OBJETIVOS

General

- Identificar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual en estudiantes de primer año de Técnico en Vigilancia y Lucha Antivectorial de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

Específicos:

- Caracterizar la muestra a estudiar en cuanto a sexo y estado civil.
- Conocer si la población a estudiar ha recibido información sobre las infecciones de transmisión sexual y a través de cuales vías.

- Identificar las necesidades de información que tienen los adolescentes en estudio sobre las vías de transmisión, métodos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y grupo de edades que afecta.
- Conocer las consideraciones sobre el uso del condón en el grupo de estudio.

DESARROLLO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos en el periodo comprendido desde octubre del 2016 a enero del 2017. El universo estuvo integrado por 56 estudiantes de primer año de la carrera de técnico en vigilancia y lucha antivectorial, la muestra fue de 29. La muestra representa el 51.7 % del universo definido, la misma fue seleccionada por el método aleatorio simple. La información fue recogida mediante la aplicación de una encuesta (Anexo 1) y en el desarrollo de esta investigación se utilizaron métodos de investigación tales como : analítico-sintético, inductivo-deductivo, histórico-lógico, la encuesta, el análisis documental y el estadístico – matemático. Entre las variables estudiadas se encuentran la edad, sexo, estado civil, información recibida sobre ITS, vías a través de las cuales han recibido información sobre ITS, ITS más frecuentes, métodos a utilizar para la prevención de las ITS, grupo de edades que se ven más afectados por las ITS, acciones que garantizan un sexo seguro, consideraciones sobre uso del condón

Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los padres de los adolescentes y el de la dirección de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. (Anexo 2)

Del total de estudiantes encuestados 15 pertenecen al sexo masculino y 14 al sexo femenino. El estado civil de mayor representación fue el de soltero con 23 estudiantes, 4 refirieron ser casados y 2 conviven en unión consensual.

Los integrantes de ambos sexos manifestaron que la fuente principal de obtención de la información sobre las infecciones de transmisión sexual ha sido la familia planteado por el 65.5 % de la muestra estudiada, seguido de la escuela según refieren el 55.1 de los encuestados. Las vías menos utilizadas referida por los integrantes de la muestra son a través del equipo de salud del consultorio y por los amigos.

Estos resultados coinciden con los de otros autores quienes refieren que se debe a que la familia cubana actual, a diferencia de las de principios del siglo pasado, ha concebido el tratamiento de estos temas como parte de sus funciones. Resulta importante la preparación de los maestros en temas de salud sexual y reproductiva por el papel que desempeñan en la educación de los estudiantes en esta etapa de la vida.

Lo anterior refleja que la sistematicidad en el programa de información sobre este tema por parte de los integrantes del equipo de salud del consultorio no es la adecuada.

El desconocimiento de las infecciones de transmisión sexual puede ser considerado un factor de riesgo para las mismas. En los últimos años se han dedicado múltiples esfuerzos para informar sobre la infección por VIH, pero no tanto sobre las ITS. Los adolescentes conocen bien las vías de transmisión del VIH, pero su conocimiento sobre las demás ITS muchas veces es escaso.^(13,15)

En la muestra estudiada las infecciones de transmisión sexual más conocidas son la gonorrea y el VIH identificadas por el 86.2 %, seguidas de la sífilis quien fue reconocida por el 75.8 % de los encuestados.

Las infecciones de transmisión sexual menos reconocidas fueron la clamydias, la hepatitis B y la trichomoniasis .

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS en particular, la clamydiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto. La morbilidad aumenta en grupos de riesgo, fundamentalmente adolescentes, promiscuos, homosexuales, alcohólicos, reclusos, desnutridos, de bajo nivel cultural e inmunodeprimidos. Los jóvenes cada año contraen cualquiera de las 22 ITS tipificadas, debido, entre otras cosas, a los frecuentes cambios de pareja y a una actividad sexual más temprana e intensa. ⁽⁸⁾

El 100 % de los estudiantes objeto de estudio reconoció como vía de transmisión de las infecciones de transmisión sexual el tener relaciones desprotegidas con una persona infectada y el 51.7 % plantea que se pueden transmitir de una persona a otra a través de intercambios de jeringuillas. El 31.0 % identifica como vía para adquirir una infección de transmisión sexual el contacto con la saliva y el sudor con una persona infectada, el 37.9 considera que otra de las vías es mediante el uso de vasos y cubiertos de la persona infectada y el 48.2 % dice que las ITS se transmiten a través de besos y caricias.

La forma de evitar la transmisión de una ITS es no tener relaciones sexuales con una persona infectada: sin embargo, muchas personas pueden estar infectadas y no tener síntomas, entonces no saben que están infectadas y pueden transmitir la infección sin saberlo. Por eso, el método más seguro para evitar una ITS es usar siempre un condón en cada relación sexual casual o con pareja inestable. Otros métodos de evitar la transmisión de una ITS es tener una sola pareja que no tenga una ITS y ser mutuamente fieles o practicar la abstinencia sexual. ^(5,7)

Al analizar los conocimientos de la muestra estudiada sobre los métodos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual se puede observar que el 86.2 % reconoce el uso del condón como método para evitar una infección de transmisión sexual, el 72.4 % considera que es necesario mantener una pareja estable .El 24.1 % plantea que se logra prevenir la transmisión de una ITS mediante el uso de dispositivos intrauterinos.

Las infecciones de transmisión sexual son predominantes en la adolescencia y la juventud pues es en esta etapa donde más actividad sexual existe, aunque pueden aparecer a cualquier edad. Esto coincide con diversos estudios realizados, por ejemplo, el de Castro Espin, donde se encuentra esta misma problemática al realizar el estudio, predominando los adolescentes como más propensos a la infección y más vulnerables. ⁽¹⁶⁾

Los resultados de la tabla 6 muestran que 72.4 % de los encuestado plantea que los pacientes de cualquier edad se pueden ver afectados por las infecciones de transmisión

sexual , mientras que el 17.2 % solo considera como grupo de edades posible para contraer una ITS el de 15 a 39 años.

Quizás el mayor promotor del condón fue el VIH/SIDA en los años 80 y 90, pues es el único método que permite prevenir esta infección.

Sin embargo, hay que resaltar que en los 90 surgieron varias campañas para desprestigiar al condón. Tales campañas propagaron 3 mitos que han persistido hasta nuestros días: el primero, que con sólo hablar sobre el uso del condón la gente se vuelve promiscua. El segundo, que a través de los poros microscópicos del condón se filtra el virus que causa el SIDA. El tercero, culpa a los condones por el cáncer cervical. La fuerza de estos mitos ha sido tal, que ha permeado en las políticas de salud y de educación de varios países.

Existe un alto grado de infecciones por transmisión sexual en los países, donde se observa una resistencia al uso del condón generalmente por parte del sexo masculino. Esto permite concluir que no existe una percepción clara del riesgo de mantener relaciones sexuales desprotegidas. ⁽¹⁶⁾

El 82.7 % de los encuestados considera que el condón es un método seguro, mientras que el 37.9 % ve esta práctica como una barrera para el sexo.

CONCLUSIONES

Predominó el estado civil soltero y el sexo masculino en la muestra estudiada, los integrantes de ambos sexos manifestaron que la fuente principal de obtención de la información sobre las infecciones de transmisión sexual ha sido la familia, las infecciones de transmisión sexual más conocidas son la gonorrea y el VIH. El 100 % de los estudiantes objeto de estudio reconoció como vía más frecuente de transmisión de las infecciones de transmisión sexual el tener relaciones desprotegidas con una persona infectada, el uso del condón y mantener una pareja estable fueron los dos métodos más identificados para prevenir las ITS, es bajo el porcentaje de estudiantes que conocen que las ITS se pueden adquirir en cualquier edad. El mayor número de los encuestados considera que el condón es un método seguro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Fragas Fernández A, Valdés Sánchez M, Fernández Machín L M. Caracterización del nivel de información sobre las ITS/VIH/SIDA en adolescentes de la escuela Secundaria Básica “José Luis Aruñada”. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en internet]. 2012 [Citado el 28 de noviembre de 2016]; 28(1): [Aprox10p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=s0864-21252012000100003>.
2. Cortés Alfaro A, Fiffe Y M, Mezquía Valera A. Caracterización socio-demográfica y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en internet]. 2013 [Citado el 28 de noviembre de 2016]; 21(1): [Aprox12p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=s0864-2125200700006nm>.
3. Colomer Revelta J. Prevención del embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. [Internet]. 2008 [Citado el 3 de diciembre de

- 2016]. Disponible en: <http://www.vam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXIX/72>.
4. Rubio Airioles E. Prioridades globales para el logro de la salud sexual: un análisis de las metas de milenio y las necesidades globales de la salud sexual. Declaración "Salud sexual para el nuevo Milenio". Sexología y sociedad. 2008, 14(37): 27-35.
 5. Lugones Botell M, Molinet Duart I, Quintana Rivero T. Sífilis y gonorrea; parte de su historia. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en internet]. 2013 [Citado el 28 de noviembre de 2016]; 11(4): [Aprox10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-212519950004000.
 6. Rodríguez González I, Torres Rodríguez C, Echeverría Pérez E. Nueva propuesta metodológica para la pesquisa serológica de sífilis con VDRL-Plus. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en internet]. 2014 [Citado el 28 de noviembre de 2016]; 66(4): [Aprox10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0375-07602014000100016.
 7. López Suarez J C, del Toro Mosquera G A, Jaime Hernández I L. Intervención educativa sobre sexualidad en adolescente de la Academia de Artes Plásticas "Raúl Martínez" En Morón 2008. Mediciego. 2012 [Citado el 12 de diciembre de 2016]; 15(sup/1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/.revistas/mciego/vol15_sup/109/articulo/a4_v15sup/109.htm
 8. Leyva Correa M, García Leyva L, Castillo Rojas L. Caracterización de adolescentes y padres según conocimientos sobre la sexualidad. Mediciego. 2012 [Citado el 13 de diciembre de 2016]; 16(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_01_10/articulos/t-10.htm
 9. Arévalo Castro O, Suárez Pérez Y. Determinación de la sífilis por métodos serológicos en gestantes de la ciudad de Guayaquil. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en internet]. 2015 [Citado el 28 de noviembre de 2016]; 34(3): [Aprox8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-030020150003&nm=iso
 10. Carrasco Soto R. La sexualidad en el adolescente: conformación de la conciencia en el adolescente sobre la sexualidad. Rev Electrónica Psicología Científica. 2007 [Citado el 10 de diciembre de 2016]; 235(1). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-235-1-la-sexualidad-en-el-adolescente-conformacion-de-la-concienci.html>
 11. Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.
 12. Días Curbelo A, Aliño Santiago M, Velasco Boza, Rodríguez Cárdenas A, Rodríguez Tahuile V. Sexualidad y reproducción en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2008 [Citado el 10 de diciembre de 2016]; 34(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revista/ginNo.134.3_08/gin_06308.htm
 13. Valiente Hernández Y, Hernández Moya M. Costos directos e indirectos del diagnóstico y tratamiento de reclusos con sífilis. Rev MEDISAN. [Serie en internet] 2014. [Citado el 10 de diciembre de 2016]; 17(9). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192013000900012&ing=essnrm=iso&Hng=es

14. Análisis de la situación de salud. Centro Provincial de Higiene, epidemiología y microbiología. Cienfuegos. Año 2015.
15. Roche García R, Alfaro Cortés A. Comportamiento sexual y uso de preservativos en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006. [Citado el 10 de diciembre de 2016]; 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192013000900012&ing=essnrm=iso&tlng=es
16. Enrique Cancio I, Fuentes Sánchez L, González Reymond V. Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. Material dirigido a los equipos de atención primaria, secundaria de salud; 2006. p. 9-14.

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta :

Estimado (a) estudiante con el objetivo de conocer el nivel de información sobre las infecciones de transmisión sexual en estudiantes de la carrera Técnico en Vigilancia y Lucha Antivectorial en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos solicitamos responda las siguientes interrogantes con la mayor honestidad posible.

Edad: _____

Sexo: _____

Marque con una cruz (x) la (s) respuesta (s) correcta (s) en cada una de las preguntas:

Pregunta # 1

Estado Civil

Soltero _____ Casado _____ Unión consensual

Pregunta # 2

¿ Has recibido en alguna ocasión información sobre las infecciones de transmisión sexual ?

Sí _____ No _____

En caso de que su respuesta sea positiva. ¿A través de cuales vías?

Medios de difusión masiva _____ Familia _____ Escuela _____ Libros y revistas _____

Consultorio Médico _____ Amigos _____ Otras _____

Pregunta # 3

¿Cuáles de las siguientes enfermedades usted identifica como infecciones de transmisión sexual?

Moniliasis _____ Sífilis _____ Gonorrea _____ VIH /SIDA _____ Garderella _____ Clamydias _____

Hepatitis B _____ Trichomoniasis _____ Herpes Simple _____ Condiloma _____

Hepatitis A _____

Pregunta # 4

Las infecciones de transmisión sexual se transmiten:

- _____ Teniendo relaciones desprotegidas con una persona infectada
- _____ El contacto con la saliva y el sudor
- _____ A través de besos y caricias
- _____ A través de intercambios de jeringuillas
- _____ Mediante transfusiones de sangre no controladas
- _____ El uso de vasos y cubiertos de la persona infectada

Pregunta # 5

¿Cuáles de los siguientes métodos se utilizan para la prevención de las infecciones de transmisión sexual?

- Masturbación _____ Abstinencia sexual _____ Uso del condón _____
- Uso de dispositivos intrauterinos (T, Multiload) _____ Coito interrumpido _____
- Pareja estable _____

Pregunta # 6

¿Cuál es el grupo de edades que se puede ver afectado por infecciones de transmisión sexual?

- 0-14 años _____ 15-39 años _____ 40-59 años _____ 60 y más años _____ Todas las edades _____

Pregunta # 7

Identifique sus consideraciones en relación al uso del condón

- Es un método seguro _____ Inhibe el acto sexual _____ Disminuye el romanticismo _____
- Usarlo es para personas adultas _____ Constituye una barrera para el sexo _____

Anexo 2

Consentimiento Informado:

A través de la presente. Yo _____ madre del estudiante _____ quien cursa estudios en primer año de la carrera de Técnico en Vigilancia y Lucha Antivectorial en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, manifiesto mi aprobación para mi hijo(a) participe en una investigación con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los estudiantes de dicho centro estudiantil.

Para que así conste firmo la presente:

Firma: _____

Anexo 3

Tabla No 1: Distribución de la muestra según sexo y estado civil.

Estado Civil	Sexo				Total
	Femenino		Masculino		
	No	%	No	%	
Soltero	9	64.3	14	93.3	23
Casado	3	21.4	1	6.7	4
Unión consensual	2	14.3	-	-	2
Total	14	100	15	100	29

Fuente: Encuesta

Tabla No 2: Distribución de la muestra según vías por las que han recibido información sobre las infecciones de transmisión sexual.

Vías por las que han recibido información	No	%
Medios de difusión masiva	14	48.2
Familia	19	65.5
Escuela	16	55.1
Libros y revistas	11	37.9
Consultorio médico	9	31.0
Amigos	9	31.0
Otras	5	17.2

Fuente: Encuesta

Tabla No 3: Distribución de la muestra según identificación de las infecciones de transmisión sexual .

Infecciones de transmisión sexual	No	%
Sífilis	22	75.8
Gonorrea	25	86.2

VIH/SIDA	25	86.2
Garderella	4	13.7
Clamydias	5	17.2
Hepatitis B	3	10.3
Trichomoniasis	2	6.8
Herpes Simple	12	41.3
Condiloma	19	65.5

Fuente: Encuesta

Tabla No 4. Distribución de la muestra según conocimientos sobre las vías de transmisión de las infecciones de transmisión sexual.

Vías de transmisión de las infecciones de transmisión sexual	No	%
Teniendo relaciones desprotegidas con una persona infectada	29	100
Mediante el contacto con la saliva y el sudor	9	31.0
A través de besos y caricias	14	48.2
A través de intercambios de jeringuillas	15	51.7
Mediante transfusiones de sangres no controladas	13	44.8
Mediante el uso de vasos y cubiertos de la persona infectada	11	37.9

Fuente: Encuesta

Tabla No 5. Distribución de la muestra según conocimientos sobre los métodos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Métodos identificados	No	%
Masturbación	-	-
Abstinencia sexual	4	13.7
Uso del condón	25	86.2
Uso de dispositivos intrauterinos	7	24.1
Coito interrupto	5	17.2
Pareja estable	21	72.4

Fuente: Encuesta

Tabla No 6. Identificación del grupo de edades que se puede ver afectado por las infecciones de transmisión sexual.

Grupo de edades	No	%
0-14 años	2	6.8
15-39 años	5	17.2
40-59 años	3	10.3

60 y más años	1	3.4
Todas las edades	21	72.4

Fuente: Encuesta

Tabla No 7. Consideraciones en relación al uso del condón.

Consideraciones	No	%
Es un método seguro	24	82.7
Inhibe el acto sexual	-	-
Disminuye el romanticismo	-	-
Usarlo es para personas adultas	-	-
Constituye una barrera para el sexo	11	37.9

Fuente: Encuesta

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL LAVADO DE MANOS EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

AUTORES:

MSc. Lic. Felicia Pérez Pérez. E-mail: investigacionf8603@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

MSc. Lic. Geneva Hurtado Montero. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

MSc. Lic. Jayce Díaz Díaz. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Est. Claudia Rachel González Iznaga. Estudiante de 1er año de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Est. Sheila Cortiña Rodríguez. Estudiante de 1er año de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

RESUMEN

La higiene de manos, reconocida dentro de las precauciones estándar, sigue siendo la medida más eficaz y menos costosa para prevenir la transmisión de las infecciones nosocomiales; sin embargo, el cumplimiento de higiene de manos en ocasiones no es adecuado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de manifiesto que el lavado de manos es una de las medidas más eficaces y efectivas para el control de las infecciones derivadas de la asistencia; sin embargo dicho procedimiento no ha sido suficientemente reconocido por los profesionales de la salud. Por tal motivo uno de los programas de seguridad lo constituye el lavado de manos, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud y desarrollar la cultura de seguridad del paciente.

Palabras clave: Higiene, lavado de manos, infecciones, nosocomiales, médico, enfermera.

INTRODUCCIÓN

La prevención y control de las infecciones es importante para la continuidad de la atención de la salud en los centros encargados de ésta. Debido a esto, la obtención de datos acerca de la extensión de los principales agentes patógenos en nuestros centros y el desarrollo de políticas y procedimientos para su futura disminución son básicos para garantizar el control de la infección. Por otro lado, la prevención a través de programas de educación para el personal sanitario y cuidadores así como el uso de precauciones específicas son vitales para el control de la infección en nuestras unidades de salud.^{1,2}

La higiene de manos, reconocida dentro de las precauciones estándar, sigue siendo la medida más eficaz y menos costosa para prevenir la transmisión de las infecciones nosocomiales; sin embargo, el cumplimiento de las recomendaciones según algunos estudios se estima que está entre el 30% al 50% mejorando modestamente con la intervención educativa de los trabajadores.^{2,3} Otros hablan, estimando diferencias entre categorías profesionales (enfermeras, médicos, fisioterapeutas...), de grados de cumplimiento de entre el 55 al 77%, ascendiendo según si el servicio era de carácter intensivo o no.^{4,5} Así mismo, sus conclusiones aportaban una diferencia estadística

importante entre médicos y enfermeras en el cumplimiento de higiene de manos y precauciones específicas.^{2,4}

En la literatura hay muchas evidencias de que el lavado de manos reduce la tasa de infecciones hospitalarias y la mortalidad.⁶ La infección hospitalaria sigue constituyendo un problema sanitario y social de enorme trascendencia. De todos los mecanismos descritos, la transmisión de la infección a través de las manos del personal sanitario es uno de los más importantes.⁷ Las manos de los sanitarios que están al cuidado de las personas sirven como vectores para la transmisión de organismos de un enfermo a otro, del trabajador sanitario al enfermo y viceversa, y son con frecuencia también un depósito importante para los patógenos con resistencia antimicrobiana constituyendo uno de los principales eslabones en la cadena epidemiológica de transmisión en enfermedades.^{8,9,10,11} El contacto directo entre el personal sanitario y los pacientes se considera generalmente la vía principal para la mayoría de las infecciones exógenas adquiridas.^{12,13}

El conocimiento no siempre se traduce en comportamiento adecuado; hay una desvinculación entre teoría y práctica que hace suponer que los profesionales están algunas veces preparados para repetir mecánicamente y ejecutar de forma poco reflexiva los procedimientos referentes a las medidas de precaución.^{1,2,14}

Basándose en investigaciones sobre los aspectos que influyen el cumplimiento de la higiene de manos y mejores estrategias de promoción, la Organización Mundial de la Salud ha demostrado que nuevos enfoques son eficaces; por lo que han propuesto una variedad de estrategias para la mejora y promoción de la higiene de manos, el Primer Desafío Global de la Seguridad del Paciente de la OMS, “Una Atención Limpia es una Atención más segura”, cuyo interés principal consiste en mejorar las prácticas y estándares de la atención de la salud junto con la implementación de intervenciones exitosas. La Nueva Guía Global sobre la Higiene de Manos en la Atención de la salud, desarrollada con la ayuda de más de 100 expertos internacionales, se probó en diferentes partes del mundo y se lanzó en 2009 con el propósito de alentar esta conciencia y defender la necesidad de un mejor cumplimiento y sustentabilidad en todos los países del mundo.¹⁵

Debido a los diferentes resultados expuestos anteriormente y la trascendencia que la prevención de las infecciones supone dentro de nuestros centros de salud, nuestro estudio trata de poner en relieve, según la bibliografía consultada, aquellos aspectos más importantes sobre el cumplimiento del lavado de manos como una de las precauciones específicas y estándar de nuestros profesionales para prevenir la transmisión de las infecciones nosocomiales.

DESARROLLO

Existen diversos estudios que utilizan como procedimiento de recogida de datos un cuestionario específico creado “ad-hoc”, pilotado por el investigador y auto cumplimentado por profesionales, tomando como referencia el diseñado por la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Honduras en la investigación nacional titulada “Práctica de lavado de manos en centros escolares y hospitalarios en áreas de influencia de médicos en servicio social del período 2010 – 2011”.¹⁶ Se aplican un total de 3 cuestionarios (Anexos 1, 2 y 3); uno, dirigido al personal asistencial, y los otros dos orientados a la evaluación y el cumplimiento del lavado de manos; para lo que en primer lugar los

investigadores solicitan el consentimiento informado al director de las unidades de salud y la conformidad de realización del estudio. Se realizan intervenciones educativas atendiendo a los elementos detectados, así como talleres práctico demostrativo sobre la técnica de lavado de manos y charlas educativas con información referente a la historia, estadísticas, importancia y efectos de la higiene de manos dirigida a los profesionales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de manifiesto que el lavado de manos es una de las medidas más eficaces y efectivas para el control de las infecciones derivadas de la asistencia; sin embargo dicho procedimiento no ha sido suficientemente reconocido por los profesionales de la salud. Por tal motivo uno de los programas de seguridad lo constituye el lavado de manos, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud y desarrollar la cultura de seguridad del paciente.

Desde que Semmelweis demostró la influencia de la higiene de las manos en la disminución de la morbilidad asociada con las complicaciones infecciosas, muchos de los estudios y publicaciones en el ámbito mundial confirman su impacto en la calidad del cuidado brindado por los profesionales; sin embargo, existe una deficiencia importante de esta práctica en los servicios dedicados al cuidado de la salud, a pesar de ser un pilar fundamental en el cumplimiento de las normas técnicas de trabajo, de conocer que se trata de un elemento clave en la protección de su salud y para evitar el entrecruzamiento de microorganismos entre pacientes, no siempre los profesionales son cuidadosos.^{17,18}

Existen estudios nacionales e internacionales cuyos resultados refrendan criterios similares, indicando que a pesar de haberse logrado un nivel de información básico sobre la importancia de la técnica correcta del lavado de manos el personal no concientiza la necesidad de aplicar esa medida adecuadamente. Se muestra un bajo cumplimiento de la higiene de las manos, al mismo tiempo que se observa que esta actividad se realiza más con fines de protección propia que de protección del paciente, llegando a ser algo banal y rutinario para las enfermeras, ya que lo hacen pero incorrectamente, rápido y sin tener conciencia de por qué lo hacen, aunque cuando son ellas las que tienen riesgo de contagiarse, el lavado lo realizan a conciencia.^{19,20}

A nivel mundial se declara que existe una baja adherencia a las recomendaciones internacionales del lavado de manos. Numerosos estudios evidencian que el grado de cumplimiento de este sencillo procedimiento es muy bajo.²¹ Por categorías profesionales, son las enfermeras en general, las que con mayor frecuencia se lavan las manos, seguidas por los médicos.²²

En investigaciones revisadas se declaran diversas razones que pudieran ser la causa de la no adherencia a la técnica correcta del lavado de manos, que va desde la alta ocupación, la carencia del hábito, la falta de conocimiento, la negligencia, la rutina, la carencia de utensilios necesarios y la escasez de profesionales para poder llevar a cabo una adecuada actuación. La falta de tiempo por la presión asistencial, la no disponibilidad de un lavabo próximo y la ausencia o desconocimiento de protocolos de lavado de manos.^{23,24,25}

En la literatura hay evidencias que muestran que se han logrado incrementos en la prevalencia del lavado de las manos mediante diferentes tipos de programas.²⁶ Dichos estudios demuestran que los programas de entrenamiento en la higiene de las manos son bien valorados por el personal de enfermería.²⁷

La higiene de manos es la medida primaria para reducir infecciones, quizás es una acción simple, pero la falta de cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial.

Basándose en investigaciones sobre los aspectos que influyen el cumplimiento de la higiene de manos y mejores estrategias de promoción, se ha demostrado que nuevos enfoques son eficaces, por lo que la OMS desde el año 2009 propuso estrategias para la mejora y promoción de la higiene de manos, el Primer Desafío Global de la Seguridad del Paciente de la OMS, “Una Atención Limpia es una Atención más segura”, cuyo propósito principal consiste en mejorar las prácticas y estándares de la atención de la salud junto con la implementación de intervenciones exitosas.

La Nueva Guía Global sobre la Higiene de Manos en la Atención de la salud, se desarrolló por expertos internacionales, se aplicó en diferentes partes del mundo y se lanzó en 2009. La utilización de esta Guía, incluyendo el enfoque de “Mis 5 momentos de la Higiene de Manos” ha demostrado su contribución a una mayor conciencia y entendimiento sobre la importancia de la higiene de manos.

CONCLUSIONES

La mayoría de los estudios sobre el lavado de manos han demostrado que el porcentaje de cumplimiento es bajo. La evidencia científica justifica un cambio de paradigma que va desde un nuevo enfoque en las intervenciones, orientándolas hacia la modificación de hábitos y actitudes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lona Mody MD. Infection Control Issues in Older Adults. Clin Geriatr Med. 2007; 23 (3): 499
2. Marie-Pierre Tivolacci, MD, MPH; Joël Ladner, MD, PhD; Laurent Bailly, MD, MPH; Véronique Merle, MD, PhD; Isabelle Pitrou, MD, MPH; Pierre Czernichow, MD. Prevention of Nosocomial Infection and Standard Precautions: Knowledge and Source of Information Among Healthcare Students. Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29: 642– 647.
3. Perneger T, Hugonnet S, Herrault, P, Marie-noëlle Chraïti. Knowledge of standard and isolation precautions in a large teaching hospital. Infection Control and Hospital Epidemiology.2005; 26 (3): 298-304.
4. Gilbert K, Cortney Stafford, Kali Crosby RN, Edna Fleming RN, and Robert Gaynes, MD. Does hand hygiene compliance among health care workers change when patients are in contact precaution rooms in ICUs? Am J Infect Control. 2010; 38(7): 515-517
5. Landers T, McWalters J, Behta M, Ross B, Vawdrey D, Larson E. Terms used for isolation practices by nurses at an academic medical center. J Adv Nurs. 2010; 66(10): 2309–2319
6. Rosenthal V et al. Lavado de manos en un hospital público argentino. Infectología y Microbiología Clínica. 1999; 11(4): 9-18.

7. Guillén J, Moreno O, Román J, Legua A, Jurado D, Rodríguez MJ. Estudio comparativo de la contaminación bacteriana de las manos en personal hospitalario. *Enfermería Científica*. 1996; 47: 10-13.
8. Elola Vicente P, Aroca Palencia J, Huertas Paredero MV, Díez Sebastián J, Rivas Bellido L. A hand hygiene education program. Comparison between handwashing and the use of alcohol solutions. *Enferm Clin*. 2008. ene-febrero; 18 (1): 5- 10.
9. Garrido Blas R, Jiménez Balda J, Martínez Pascual I. Importancia del lavado de manos en la prevención de la infección hospitalaria. *Rol de enfermería*. 1996; 96-97: 37-41.
10. Huang TT, Wu Sc. Evaluation of a training programme on knowledge and compliance of nurse assistants'hand hygiene in nursing homes. *Hosp Infect*. 2008. Jan 14.
11. Stone PW, Hasan S, Quiros D, Larson EL. Effect of guide line implementation on cost of hand hygiene. *Nurs Econ*. 2007. Sep-Oct; 25(5):279-84
12. Beggs CB, Noakes CJ, Shepherd SJ, Kerr KG, Sleigh PA, Banfield K. The influence of nurse cohorting on hand hygiene effectiveness. *Am J Infect Control*. 2006. Dec; 34 (10): 621- 6.
13. Naikoa S, Hayward A. The effectiveness of interventions aimed at increasing handwashing in healthcare workers-a systematic review. *Journal of Hospital Infection*. 2001; 47: 173-180
14. Oliveira AC, Cardoso CS, Mascarenhas D. Conocimiento y comportamiento de los profesionales de un centro de terapia intensiva en relación a la adopción de las precauciones de contacto. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17
15. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud. 2009.
16. Ramos Rodríguez Sandra Melissa. Práctica del lavado de manos en los servicios de Ginecología y Pediatría del Hospital Anibal Murillo Escobar, Olanchito, Yoro, en el período Enero 2010 a Enero 2011. Tesis presentada para optar por el título de Doctora en Medicina y Cirugía. Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Honduras Febrero 2011.
17. Jumaa PA. Hand Hygiene: simple and complex. *Int J Infect Dis* .2005;9(1):3-14.
18. Wendt C. Hand Hygiene-comparison of International recommendations. *J Hosp Infect*. 2001;48 Suppl A S23-8.
19. Domínguez Simón MJ, Fernández Sánchez Y. La infección nosocomial y el lavado de manos en enfermería. *Index de enfermería*. 1995. IV (12-13): 67.
20. Novoa AM, Macia F, Castells X, Pi-Sunyer MT. ¿La formación sanitaria aumenta el cumplimiento de la higiene de manos. *Todo Hospital*. 2006; 230: 528-530.
21. Chittaro M, Coiz F, Faruzzo A, Fiappo E, Palese A, Viale P, Brusaferrro S. Compilanse with handwashing in health care settings. *Ann Ig*. 2006. Mar-Apr; 18 (2): 109-15.
22. Elola Vicente P. Higiene de las manos en el personal sanitario. Como aumentar y evaluar su cumplimiento. *Todo Hospital*. 2005; 214: 80-86.

23. Wisniewski MF, Kim S, Trick WE, Welbel SF, Weinstein RA. Effect of education on hand hygiene beliefs and practices: a 5- year program. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007. Jan; 28 (1): 88-91.
24. Carro C, Camilleri L, Traore O, Badrikian L, Legault B, Azarnoush K, Dualé C, De Riberolles C. An in-use microbiological comparison of two surgical hand disinfection techniques in cardiothoracic surgery: hand rubbing versus hand scrubbing. *Hosp Infect.* 2007. Sep; 67 (1): 62-6.
25. Bowen A, Ma H, Ou J, Billhimer W, Long T. A cluster-randomised controlled trial evaluating the effect of a hand washing-promotion program in Chinese primary schools. *The American journal of tropical medicine and hygiene.* 2007; 76: 1166-1173.
26. Goss LK. Infection control: it's in your hands. *Nurs Manage.* 2007. Jun; 38 (6): 56-7.
27. Rosenthal V, Ezcurra C. Guía para el lavado de manos social, antisepsia y lavado quirúrgico de las manos en áreas de cuidado de salud. *Infectología y Microbiología Clínica.* 1999; 11: 10-12.

ANEXOS

ANEXO No. 1: Cuestionario No. 1: Conocimientos sobre el lavado de manos.

Esta información es confidencial y será usada para identificar los factores que influyen en el cumplimiento de lavado de manos, con el fin de mejorar esta práctica en las instituciones de salud. Por favor sea honesto(a) en sus respuestas, asegúrese de contestar todas las preguntas.

Institución de salud: _____ Fecha: _____

Profesión: Médico ___ Enfermera(o) ___

Años de experiencia profesional: <1 año () 2 - 5 años () >5 años ()

No.	Preguntas
1	La razón más importante para que el personal de salud se lave las manos es: Remover el sucio visible. Prevenir la transferencia de bacterias del hogar a la institución de salud. Prevenir la transferencia de bacterias de la institución de salud al hogar. d. Prevenir que los pacientes adquieran una infección en la institución de salud.
2	Con qué frecuencia lava sus manos antes y después de tocar la piel intacta del paciente, por ejemplo cuando toma el pulso ó mide la presión arterial. Siempre. Frecuentemente. Algunas veces. d. Nunca.
3	Con qué frecuencia lava sus manos antes y después de tocar un paciente, ó una superficie contaminada en la institución de salud. Siempre. Frecuentemente. Algunas veces.

	d. Nunca.
4	Estime con qué frecuencia sus compañeros se lavan las manos antes y después de tocar un paciente, ó una superficie contaminada en la institución. Siempre Frecuentemente. Algunas veces. d. Nunca.
5	Con relación a infecciones intrahospitalarias y el uso de esmaltes, uñas largas ó acrílicas, señale la respuesta correcta: No constituyen un riesgo para los pacientes. Las uñas cortas con esmaltes transparentes ó claros no constituyen riesgo. Las uñas largas con o sin esmaltes y las acrílicas son medios de transferencia de bacterias. d. Uñas acrílicas son el único medio para la transferencia de bacterias.
6	Con relación al uso de guantes, señale el enunciado correcto: No necesito lavarme las manos cuando voy a usar guantes estériles. No necesito lavarme las manos después de quitarme los guantes. Puedo usar alcohol spray ó gel después de quitarme los guantes. Me lavo las manos antes y después de quitarme los guantes. e. No necesito lavarme las manos cuando me cambio guantes entre un paciente y otro.
7	Marque la(s) razones por las que usted no se lava las manos antes y después de manipular un paciente, puede marcar más de una. Los agentes utilizados para el lavado de manos me causan irritación y resequedad. Las unidades de lavado de manos están localizadas en sitios inadecuados ó no hay. Falta jabón. Falta papel o toalla. El tiempo es insuficiente. Poco personal/ sobrecarga de trabajo. El paciente debe priorizarse No creo en la efectividad del lavado de manos. No siento la necesidad cuando tengo mis manos visiblemente limpias. No creo que sea necesario cuando solo toco la piel intacta del paciente. No creo necesario lavarme cuando vengo de mi casa.
8	Dentro de las medidas de prevención y control de infecciones, usted considera que el lavado de manos es: Poco importante. Es importante, pero no fundamental. Es la base principal para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. d. No tiene ninguna importancia.

ANEXO No. 2: Cuestionario No. 2: Evaluación de la técnica de lavado de manos.

Observe como se lava las manos el personal de salud y anote:

Institución de salud: _____ CMF o Sala: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Profesión: Médico ____ Enfermera(o) ____

No.	Pasos	Si	No	Observaciones
1	Ajusta el chorro de agua.			
2	Se enjabona o coloca la solución antiséptica en la palma de la mano húmeda.			
3	Frota ambas manos durante 10 segundos.			
4	Frota las superficies de las manos, dedos, espacios interdigitales, uñas.			
5	Lava la llave del agua.			
6	Enjuaga con abundante agua.			
7	Seca correctamente las manos.			

ANEXO No. 3: Cuestionario No. 2: Tasa de cumplimiento de higiene de mano en el momento antes de tocar el paciente.

Observe si se lava las manos el personal de salud y anote:

Institución de salud: _____ CMF o Sala: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Profesión: Médico ____ Enfermera(o) ____

Pre- Intervención: [] Post-Intervención: []

Médico			Enfermera(o)		
No. (oportunidad)	Indicación	Acción	No. (oportunidad)	Indicación	Acción
1	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA	1	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
	Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA		Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
2	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA	2	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
	Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA		Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
3	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA	3	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
	Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA		Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
4	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA	4	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
	Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA		Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
5	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA	5	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
	Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA		Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
6	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA	6	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
	Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA		Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
7	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA	7	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
	Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA		Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
8	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA	8	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
	Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA		Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
9	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA	9	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
	Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA		Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
10	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA	10	Antes de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA
	Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA		Después de tocar el paciente	LM <input type="checkbox"/> NA

Leyenda:

LM: Lavado de manos. Tasa de cumplimiento (%) = $\frac{\text{Acciones (suma de LM)}}{\text{Oportunidad}} \times 100$
 NA: Ninguna acción.

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS VINCULADOS A SUSTANCIAS QUE MEJORAN EL RENDIMIENTO FÍSICO EN GIMNASIOS. CIENFUEGOS 2017.

KNOWLEDGE AND LINKED PRACTICES TO SUBSTANCES THAT IMPROVE THE PHYSICAL YIELD IN GYMS. CIENFUEGOS 2017

José Carlos Villazón Curbelo, medjvcv950815@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de cuarto año de la carrera de Medicina, Alumno ayudante de la especialidad de Cirugía

Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez, aliciar@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, MSc

Dra. Maira Quirós Enríquez, farmacologia5404@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, MSc

RESUMEN

El uso creciente de sustancias para mejorar el rendimiento físico entre los cuales resalta el consumo de esteroides anabólicos androgénicos en usuarios que asisten a gimnasios fundamentalmente, constituye una preocupación en el mundo desarrollado y en Cienfuegos son insuficientes los estudios al respecto. Objetivo: Caracterizar el conocimiento y la práctica respecto al consumo de sustancias que mejoran el rendimiento físico en 5 gimnasios de la ciudad de Cienfuegos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo del consumo, de corte transversal. Universo: conformado por 236 usuarios asistentes a 5 gimnasios de la ciudad de Cienfuegos. Se efectuó un muestreo no probabilístico y se trabajó con el 33,0% de los usuarios de cada gimnasio, para un total de 77 entrevistados que constituyeron la muestra. Tiempo: febrero a mayo del año 2017. Resultados: Solo los usuarios del sexo masculino son consumidores de sustancias que aumentan el rendimiento físico, los comprendidos en el grupo de 20-24 años de edad y estudiantes presentaron mayor consumo. La tercera parte de los encuestados conocía sobre la existencia de ayuda ergogénica, solo 28 usuarios consumían sustancias que aumentan el rendimiento físico o la masa muscular donde se destacan la creatina y los esteroides anabólicos. Conclusiones: A pesar que no constituyó en la muestra estudiada un problema de trascendencia debido al número de usuarios que consumían estas sustancias, sí representa una preocupación dada la magnitud social del tema, aún más cuando existe un número creciente de asistentes a los centros donde se practica ejercicio físico y halterofilia.

Palabras clave: AYUDA ERGOGÉNICA, CONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS PERJUDICIALES, CREATINA, ESTEROIDES ANABÓLICOS ANDROGÉNICOS, GIMNASIOS DEL CULTURISMO CIENFUEGUERO

ABSTRACT

The growing use of substances to improve the physical yield among which it stands out the consumption of anabolic-androgenic steroids in users that attend fundamentally gyms constitutes a concern in the developed world and in Cienfuegos there are insufficient the studies about it. Objective: To characterize the knowledge and the practice regarding the consumption of substances that improve the physical yield in 5 gyms of Cienfuegos city. It was carried out an observational study, descriptive of the consumption, of traverse court.

Universe: conformed by 236 assisting users who belong to 5 gyms of Cienfuegos city. A sampling non probabilistic was made and one worked with 33,0% of the users of each gym, for a total of 77 interviewees, they constituted the sample. Time: February to May, year 2017. Results: Just the users of the masculine sex are consumers of substances that increase the physical yield, those understood in the 20-24 year-old group and students presented bigger consumption. The third part of those interviewed knew on the existence of ergogenic help, just 28 users consumed substances that the physical yield or the muscular mass increase where they stand out the creatin and the anabolic-androgenic steroids. Conclusions: To weigh that it did not constitute in the studied sample a problem of transcendancy due to the number of users that consumed these substances, it represents a given concern the social magnitude of the topic, even more when a growing number of assistants exists to the centers where is practiced physical exercise.

Key words: ERGOGENIC HELP, KNOWLEDGE OF THE HARMFUL EFFECTS, CREATIN, ANABOLIC-ANDROGENIC STEROIDS, GYMS OF CIENFUEGOS

INTRODUCCIÓN

Históricamente el ser humano ha pretendido mejorar su rendimiento motor y para ello ha buscado todo tipo de estratagemas. A estas modificaciones "naturales" sobre los factores que influyen en el rendimiento deportivo se les ha denominado ayuda ergogénica. Este concepto corresponde con aquellas sustancias o sistemas que mejoran el rendimiento de un organismo.¹

Una de estas "ayudas" es la formada por un grupo de sustancias denominadas esteroides anabólicos androgénicos (EEA) o drogas de performance; sustancias sintéticas derivadas de la testosterona, la hormona sexual masculina por excelencia. Su efecto anabólico está dado por la capacidad de aumentar la masa muscular, la fabricación de los componentes y tejidos corporales y por tanto del crecimiento y el almacenamiento de energía mediante enlaces químicos en moléculas orgánicas. Su calificativo de androgénico significa "masculinizante", otorga características sexuales masculinas. Algunos nombres comunes por los que también se conocen son "Gear", "Juice", "Roids" y "Stackers".^{2,3}

Los EAA fueron desarrollados a finales de 1930 por el químico Adolf Butenandt, quien logró obtener 15 mg de testosterona artificialmente. Se desarrollaron con el objetivo de tratar el hipogonadismo, una condición en la cual los testículos no producen suficiente testosterona para garantizar un crecimiento, desarrollo y función sexual normal del individuo. Precisamente a finales de esa década los científicos también descubrieron que estos esteroides facilitaban el crecimiento de músculos en los animales de laboratorio, lo cual llevó al uso de estas sustancias por los fisicoculturistas, levantadores de pesas y después atletas de otras especialidades, fue así entonces como comenzó a propagarse su uso sin el motivo afín con el que habían sido desarrollados.^{4,5}

Ejemplo de lo anterior expuesto lo constituyen las Olimpiadas de 1952 cuando los rusos arrasaron con las medallas en levantamiento de pesas gracias a su uso, que desde esa época se hizo masivo. Paralelamente a su utilización, los médicos notaron sus efectos secundarios. Pese a ello, su uso fue en aumento hasta 1975 en que fueron prohibidos. Hasta la fecha, el Comité Olímpico Internacional incluyó 17 clases de anabólicos y compuestos relacionados en las listas de sustancias prohibidas. Durante los años 80, muchos jóvenes no atletas los utilizaron por sus propiedades de desarrollo corporal, creándose un floreciente mercado ilegal tanto de producción como de venta de estas drogas. En la actualidad, no solo los atletas usan este tipo de sustancias, sino que miles

de jóvenes están empleándolas para aumentar su potencia muscular o simplemente por “motivos cosméticos”, y autoestima. No tiene límite respecto al sexo masculino sino que incluye a un número creciente de mujeres. ^{2, 4, 6}

Las vías y las formas de administrarse son variadas, pero predominan la vía oral e intramuscular. Las dosis utilizadas por los consumidores pueden ser entre 10 y 100 veces mayores a las empleadas para condiciones médicas establecidas. El abuso de sustancias, entendido por la indulgencia en el consumo y dependencia de una droga u otro químico que lleva a efectos que generan un detrimento en la salud física y mental de la persona que lo realiza o el bienestar de otros, es la principal situación que se percibe con respecto a las prácticas de estas sustancias en el actual entorno social. ^{7, 8}

Sin embargo el abuso de los EAA ha sido asociado con una gran diversidad de efectos adversos que van desde algunos que son físicamente poco atractivos como el acné y el desarrollo de mayor tejido mamario en los hombres, hasta otros que ponen en peligro la vida, como los infartos. ^{8, 9}

La utilización y la lista de los EAA sin prescripción médica aumentó significativamente en las últimas dos décadas, potencializándose por adolescentes y jóvenes adultos su uso por “megadosis”; una dosis normal prescrita con fines médicos varía entre 1 y 5 miligramos, más de 7 miligramos implican una sobredosis; algunos consumidores se aplican 100 o más miligramos, lo cual conlleva a intoxicaciones que pueden llegar a ser mortales. El uso de estas megadosis se debe al falso convencimiento de que a mayores cantidades se consiguen mejores resultados. ^{2, 3}

Cada vez más este uso indiscriminado se inicia a edades bien tempranas de la vida, así lo demostraron Buckley y colaboradores¹⁰ hace aproximadamente 30 años, donde estimaron por medio de una encuesta realizada entre estudiantes de 12mo grado de 46 colegios de los Estados Unidos, que el 6,6% de los varones consumían o los habían usado, $\frac{2}{3}$ de los cuales se iniciaron en el consumo con 16 años o menos. A finales de los 90 las tasas de prevalencia de consumo iban del 4,0% al 12,0% entre adolescentes varones, y del 0,5% al 2,0% entre adolescentes mujeres. Puede decirse que la mayoría de los estudios realizados en este país informa que el 3,0-12,0% de los adolescentes varones y el 1,0-2,0% de las adolescentes admite usar o haberlos usado. ^{9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18}

Cuba no está exenta de esta situación en torno al consumo de EAA a pesar de la política educativa que se ha trazado en función del desarrollo de actitudes y valores en los cubanos se han detectado algunos casos que conspiran con la formación de las nuevas generaciones de estudiantes-deportistas y asistentes a gimnasios sin tener en cuenta lo deletéreo de esto para la salud y la ética y el prestigio de la práctica del deporte en Cuba ¹⁹. Se adolece de estudios específicos dirigidos a conocer las pautas de su consumo con fines de abuso.

Es percepción de los autores que en la provincia de Cienfuegos existe un número creciente de personas asistentes a los centros donde se practica ejercicio físico, halterofilia y atletas que se forman en las escuelas deportivas. Al revisar la literatura, no existen estudios específicos dirigidos a conocer las pautas del consumo de dichas sustancias con fines de abuso, aun existiendo un aumento de su uso sin control cada vez mayor por parte de deportistas y usuarios de gimnasios de manera acentuada. Se cree que este tipo de empleo es muy restringido, y es por ello que no se le ha prestado especial atención. Por tanto resulta oportuno investigar la problemática planteada en el contexto actual teniendo en cuenta que dichos elementos no han sido estudiados con la frecuencia

requerida para lo cual se plantea la siguiente interrogante científica: ¿Cuál será el nivel de conocimientos respecto a las sustancias que aumentan el rendimiento físico por los usuarios de gimnasios? ¿Será la ayuda ergogénica un problema de salud de los usuarios que asisten a cinco gimnasios de la ciudad de Cienfuegos? El objetivo estuvo dirigido a caracterizar el conocimiento y la práctica respecto al consumo de sustancias que mejoran el rendimiento físico en 5 gimnasios de la ciudad de Cienfuegos.

RESULTADOS

Caracterizan la serie del estudio los usuarios consumidores de sustancias que aumentan el rendimiento físico con edad entre 20 y 24 años 19(67,9%), siendo la edad promedio de la serie de 26,909 años (Mínimo 15 años y máximo 68 años). La tabla 1 (**Anexo #1**) muestra además que el sexo masculino predominó totalmente 28 (100,0) respecto al femenino en usuarios consumidores, con relación entre sexos de 2:1, lo cual expresa que por cada 2 usuarios masculinos en los gimnasios hay 1 mujer practicante de ejercicios en el período estudiado. Los profesionales no consumidores 20 (40, 8%) y los estudiantes consumidores 20 (71,4%) representaron la serie, así como los que emplean complementos en la práctica de ejercicios consumidores 28 (100,0%) respecto a los no consumidores 47 (95,9%).

La prevalencia en el estudio del sexo masculino puede estar relacionada con la existencia de un mayor número de personas de este sexo en los gimnasios donde se realizó la investigación. Los resultados de este trabajo, con relación a esta variable coinciden con otros estudios realizados sobre el tema donde el uso y abuso de drogas es más frecuente en los hombres que en las mujeres.^{21, 24}

Probablemente influyen aspectos que conllevan presiones sociales, prejuicios y oportunidades. En muchas sociedades se entiende que los muchachos y los jóvenes tienen que ser más atrevidos, arriesgados y rebeldes que sus homólogos del sexo femenino.

El consumo de estas sustancias en edades tempranas de la vida, incluyendo la adolescencia constituye una preocupación social por el peligro de consolidación del consumo que entraña el inicio del mismo durante estas etapas. Datos publicados por diferentes autores coherentemente señalan que constituye un período intercambio con el medio exógeno en el que se manifiestan los niveles de integración biológica, psicológica y social. Coincidentemente con los resultados de esta investigación, otros trabajos realizados han corroborado el consumo de sustancias dopantes en adolescentes.^{20, 21, 22, 23, 24}

Fernández y colaboradores en su trabajo encontraron una la edad media de 22 años (rango: 18-24 años). Estos autores también señalaron que la prevalencia del consumo aumentaba con la edad de los que asistían a gimnasios.²⁵

La prevalencia de los jóvenes del municipio de Cienfuegos pudiera estar relacionado con la mayor tasa de población que habita en el mismo, pero se debe resaltar que las ciudades de mayor desarrollo urbano, por las características que tiene este medio social, se convierten en un área de tentación para el consumo de sustancias^{26, 27, 28}. En relación, Fernández Ludeña en su trabajo señala que de los jóvenes consumidores de drogas, el 50,5 % vivía en alguna de las tres grandes ciudades de Asturias (Oviedo, Gijón y Avilés), el 28,6% en capitales de consejo y el 19,4% en localidades de menor tamaño, lo que se corresponde con los resultados de esta investigación.²⁵

La tabla 2 (**Anexo #2**) muestra que de la serie estudiada 28 (36,4%) usuarios empleaban sustancias para mejorar el rendimiento físico en su consideración, de ellos 18 (64,3%)

utilizaban la creatina como sustancia de elección, 10 (35,7%) utilizaban un esteroide anabólico androgénico, entre los cuales se destaca la testosterona 6 (21,4), el nerobol y la metandienona.

La tabla 3 (**Anexo #3**) ilustra que la gran mayoría de los encuestados 48 (62,3%) conocía el riesgo que implica el consumo de la ayuda ergogénica, entre lo que se destaca el consumo de esteroides anabólicos androgénicos para la salud, de los cuales 28 (58,3%) eran estudiantes y 18 (37,5%) profesionales, de los que aportaron el desconocimiento del tema se destacan 9 (31,0%) estudiantes y 5 (17,2%) cuentapropistas.

La tabla 4 (**Anexo #4**) representa la causa por la cual los consumidores decidieron iniciar la utilización de los esteroides anabólicos androgénicos y la creatina. Se puede apreciar que el 19 (67,8%) tuvo como razón principal mejorar el rendimiento físico, mientras que 9 (32,1%) consumidores apuntaron el motivo estético. Se pudo observar que el 57,1% de los encuestados conoció estas sustancias por los medios de difusión que desempeñaron un rol decisivo. De los 10 usuarios que consumieron los esteroides anabólicos androgénicos, 9 los habían comprado por en la calle y a uno se lo había regalado un amigo. El consumo por más de 6 meses 25 (89,3%) fue elemento alarmante. El aumento de la masa muscular fue el cambio con más señalización que indicaron los encuestados que consumían este tipo de sustancias representado en el 53,6%, muy aparejado a ello estuvo el desarrollo de mayor fuerza y resistencia constituido por el 39,3%. Añadieron efectos negativos 5 (17,8%), el acné como elemento de repercusión en la estética.

Constituye un punto de reflexión el hecho de que existieran 28 consumidores, aunque representan una muestra no significativa dentro de esta investigación, el resultado a esperar era que ninguno de los estudiantes deportistas las consumieran por los valores que ha sembrado el Instituto Nacional de Deporte y Recreación (INDER) en los deportistas cubanos, además porque la dependencia de las sustancias dopantes en edades tempranas puede solidificar el consumo en etapas posteriores. Además constituiría una deshonra para el movimiento deportivo cubano que hace gala de su manejo adecuado de la ética a nivel internacional.

La prevención constituye un elemento fundamental, puesto que se trata de una situación en la que el efecto negativo de las drogas ocasiona consecuencias sociales, personales y de salud.

CONCLUSIONES

A pesar que no constituyó en la serie estudiada un problema de trascendencia el consumo de EAA debido al número de usuarios que lo consumían, sí representa una preocupación dada la magnitud social del tema en jóvenes masculinos menores de 24 años y estudiantes, aún más cuando existe un número creciente de matrícula en estos centros donde se percibe una tendencia al consumo. Sin embargo el conocimiento de sustancias que aumentan el rendimiento físico fue tributario a la divulgación por los medios de difusión masiva y su adquisición auto gestionable sin prescripción médica. La creatina fue la sustancia más utilizada para mejorar el rendimiento físico. La gran mayoría de los encuestados conocía el riesgo de usar esteroides anabólicos androgénicos sin embargo la consumían, destacándose la testosterona, el nerobol y la metandienona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilmore JH, Costill DL. Fisiología del esfuerzo y del deporte. 4 ed. Barcelona: Paidotribo;1998
2. García Guerrero AF, Hernández González C, Madonado Castill E, Rivera de la Torre JM, Guerrero Izar V. Proyecto de investigación esteroides anabólicos [Tesis]. Rioverde: Preparatoria de Rioverde A.C.; 2013.
3. Hernández M, Guillén JL. Abuso de anabolizantes. *Psiquiatría Biológica*; 2015.p. 18-21
4. Hamer M, Karageorghs CI. Psychobiological mechanisms of exercise dependence. *Sports Medicine*. 2017; 37(6): 477-484.
5. Noret A. El doping de los deportistas. *Revista de entrenamiento deportivo*. 1990 13 (2).
6. Rodríguez Bueno C. Dopaje. Editorial Interamericana. McGraw Hill. Madrid. 1992;11(1).
7. Pérez Hernández BG. Reacciones adversas a los medicamentos y adicciones a otras sustancias. En: Morón Rodríguez FJ [y otros autores]. *Farmacología general*. La Habana: Ciencias Médicas; 2002 .p.19-20.
8. Martín-Aragón S. Anabolizantes. 2013; 30(1): 54-58
9. Buckley WE, Yesalis CE, Friedl KE, Anderson WA, Streit AL, Wright JE. Estimated prevalence of anabolic steroid use among adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1998 Oct; 7(4):821-38
10. Yesalis CE, Kennedy NJ, Koptein AN, Bahrke MS. Anabolic-androgenic steroid use in the United States. *JAMA*.1993 Sep 8; 270(10):1217-21
11. Bahrke MS, Yesalis CE, Brower KJ. Anabolic-androgenic steroid abuse and performance-enhancing drugs among adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1998 Oct; 7(4): 821-38
12. Stilger VG, Yesalis CE. Anabolic-androgenic steroid use among high school football players. *J community Health*. 1999 Apr; 24(2):131-45
13. Faigenbaum AD, Zaichkowsky LD, Gardner DE and Micheli LJ. Anabolic Steroid. Use by Male and Female Middle School Students. *Pediatrics* [Internet].1998 sep [citado 21 dic 2017];101(6):[aprox.9p]. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/101/5/e6>
14. Yesalis CE, Bahrke MS. Doping among adolescent athletes. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2016 Mar; 14(1):25-35.
15. Melia P, Pipe A, Greenberg L. The use of anabolic-androgenic steroids by Canadian students. *Clin J Sport Med* 1996 Jan; 6(1):9-14.
16. The President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest Series 3 No2, June 1998. Nutritional Ergogenics and Sports Performance
17. Pope HG, Katz DL. Affective and psychotic symptoms associated with anabolic steroid use. *American Journal of Psychiatry*. 2016;145 (4):487-490
18. Alonso Santana S, Navarro García R, Brito Ojeda ME, Ruiz Caballero JA. Uso abuso de esteroides. *Anabolizantes en el deporte*. *Jorn*. 2012; (26): 92-95
19. Lindstrom M, Nilsson AL, Katzman PL, Janzon L, Dymling JF. Use of anabolic-androgenic steroids among bodybuilders frequency and attitudes. *J Intern Med*. 1990;227:407-11.
20. Cachán Collazo LL, Espinosa Pérez M, Tejeda Leal MC. Dopaje. Conocimiento y consumo en estudiantes de la Escuela Superior de Perfeccionamiento Atlético en

- Cienfuegos. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado"; 2009.
21. Walter G. Hainline B. Drugs and the athlete. Editorial FA, Davis Company. Philadelphia. 1989.
 22. Noret A. El doping de los deportistas. Revista de entrenamiento deportivo. Barcelona. 1988; 11(1)
 23. Rockville, MD. National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information. NIDA Research Report - Steroid Abuse and Addiction: NIH Publication No. 00-721, Printed 1991, Reprinted 1994, 1996.
 24. Wdler G, Hailine BL. Athlete et le dopage. Editorial Vigot. Paris. 1993.
 25. Fernández J, Álvarez E, Secades R, Jiménez JM, Cañeda A, Donate I, et al. Consumo de drogas de síntesis en estudiantes de secundaria del principado de Asturias (España). Adicciones. 2003; 15(1): 31-7.
 26. Milián T, Calderón A, Ressa J. Experiencia de prevención de la drogadicción en el ámbito escolar. Adicciones 2001; 13(4): 439-54
 27. Bricolo F, Gomma M, Bertani ME, Serpelloni G. Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de 115 clientes con trastornos por uso de drogas. Adicciones. 2002; 14(4): 491-96.
 28. Colectivo de autores. Toxicomanías y adolescencia. Realidades y consecuencias. La Habana: Ediciones Científico-Técnicas; 2004

ANEXOS

ANEXO #1: Características generales de la serie de usuarios que asisten a 5 gimnasios cienfuegueros. n=77

Características generales	Sustancias que aumentan el rendimiento físico				
	Usuarios No consumen (n=49)	%	Usuarios Consumidores (n=28)	%	
Edad	15-19	17	34,7	2	7,1
	20-24	9	18,4	19	67,9
	25-30	15	30,6	1	3,6
	31 y más	8	16,3	6	21,4
Sexo	Masculinos	23	46,9	28	100,0
	Femeninos	26	53,1	0	-
Ocupación	Profesional	20	40,8	0	-
	Estudiante	17	34,7	20	71,4
	Cuentapropista	7	14,3	8	28,6
	Obrero	5	10,2	0	-
Actividad Física	Complementos (pesas)	47	95,9	28	100,0
	Correr	2	4,1	0	-

Fuente: Encuesta

ANEXO #2: Distribución de los usuarios según las sustancias que consumen.

Sustancia de consumo		Usuarios que consumen (n=28)	%
Creatina		18	64,3
EAA	Testosterona	6	21,4
	Nerobol	2	7,1
	Metandienona	2	7,1

Fuente: Encuesta

ANEXO #3: Distribución de los usuarios por ocupación según el conocimiento referido sobre riesgos y advertencia de la ayuda ergogénica.

Características de los usuarios		Conocen (n=48)	%	Desconocen (n=29)	%
Ocupación	Estudiantes	28	58,3	9	31,0
	Profesionales	18	37,5	2	6,9
	cuentapropistas	10	20,8	5	17,2
	obreros	3	6,25	2	6,9

Fuente: Encuesta

ANEXO #4: Distribución de los usuarios de gimnasios según la causa del usos de la ayuda ergogénica, obtención, continuidad y resultados obtenidos durante el consumo.

Características de los usuarios		Cantidad de consumidores (n=28)	%
Causa	Estética	9	32,1
	Mejora rendimiento físico	19	67,8
Obtención de la información	Medios de difusión	16	57,1
	Amigo	15	53,6
	entrenador atleta	5 3	17,8 10,7
Continuidad del usos	Menos de 6 meses	3	10,7
	Más de 6 meses	25	89,3
Obtención de la sustancia	Compra en la calle	9	32,1
	Regalo de un amigo	1	3,6
Resultados del uso	Más fuerza y resistencia	15	53,6
	Aumento de la masa muscular	11	39,3
	Aumento de la fuerza muscular +acné	5	17,8

Fuente: Encuesta

CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPLICACIÓN DEL CONSUMO ABUSIVO DE ESTEROIDES ANABÓLICOS ANDROGÉNICOS, PROBLEMÁTICA ACTUAL EN ASCENSO.

CONSIDERATIONS ON THE IMPLICATION OF THE ABUSIVE CONSUMPTION OF ANABOLIC-ANDROGENIC STEROIDS, PROBLEMATIC CURRENT IN ASCENT.

José Carlos Villazón Curbelo, medjcv950815@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de cuarto año de la carrera de Medicina, Alumno ayudante de la especialidad de Cirugía.

José Luis Silva Martín, medjls981215@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de segundo año de la carrera de Medicina, Alumno ayudante de la especialidad de Anatomía Humana.

Lorena Álvarez Fernández, medlaf980611@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de segundo año de la carrera de Medicina.

RESUMEN

Los esteroides anabólicos androgénicos son sustancias sintéticas basadas en la hormona sexual masculina, la testosterona, y fueron desarrollados a finales de 1930 con el objetivo de tratar el hipogonadismo. Durante 1980 muchos jóvenes comenzaron con su empleo por sus propiedades de desarrollo corporal, creándose un floreciente mercado ilegal tanto de producción como de venta de estas drogas. Su uso creciente como ayuda ergogénica y las evidencias de aparición de alteraciones consecuentes de su abuso constituyen una preocupación en el mundo actual. El presente trabajo tuvo como objetivo explicar los efectos adversos producidos por el consumo de esteroides anabólicos androgénicos y las patologías consecuentes en sus consumidores. Se consultaron un total 78 fuentes bibliográficas y se realizó una selección de las que cumplían estrictamente con la temática afín, la muestra quedó constituida por 43 fuentes, entre ellos artículos de revistas científicas de impacto nacional e internacional, libros, tesis, informes estadísticos, guías farmacológicas y otras accedidas a través de los principales facilitadores de la red informática. Con el decursar de las décadas el empleo de estas sustancias ha ido cobrando un gran auge en la contemporaneidad, fundamentalmente por usuarios de gimnasios, deportistas y aquellos que lo utilizan con fines estéticos. La revisión de este tema nos ha permitido conocer qué son los esteroides anabólicos androgénicos, las razones principales que motivan a su consumo y un importante número de efectos negativos que repercuten de manera cardinal sobre el bienestar físico, mental y social, causando gran morbilidad sobre los distintos sistemas del organismo.

Palabras clave: ESTEROIDES ANABÓLICOS ANDROGÉNICOS, AYUDA ERGOGÉNICA, ABUSO, EFECTOS ADVERSOS, PATOLOGÍAS CONSECUENTES

ABSTRACT

The anabolic-androgenic steroids are synthetic substances based on the masculine sexual hormone, the testosterone, and they were developed at the end of 1930 with the objective of treating the hypogonadism. During 1980 many youths began with their employment with their properties of corporal development, being created a flourishing

market illegal so much of production as of sale of these drugs. Their growing use as ergogenic help and the evidences of appearance of consequent alterations of their abuse constitute a concern in the current world. The present work had as objective to explain the adverse effects taken place by the consumption of anabolic-androgenic steroids and the consequent pathologies in its consumers. We consulted a total of 78 bibliographical sources and it was carried out a selection of those that fulfilled the thematic one strictly kindred, the sample was constituted by 43 sources, among them articles of scientific magazines of national and international impact, books, thesis, statistical reports, pharmacological guide and others consented through the main facilitators of the computer net. The employment of these substances has gone charging a great peak actually, fundamentally for users of gyms, sportsmen and those that use it with esthetic objectives. The revision of this topic has allowed us to know what are the anabolic-androgenic steroids, the main reasons that motivate to its consumption and an important number of negative effects that rebound in a cardinal way about the physical, mental and social well-being, causing great morbidity on the different systems of the organism.

Key words: ANABOLIC-ANDROGENIC STEROIDS, ERGOGENIC HELP, ABUSE, ADVERSE REACTIONS, CONSEQUENT PATHOLOGIES

INTRODUCCIÓN

ESTEROIDES ANABÓLICOS ANDROGÉNICOS, DEFINICIÓN Y SURGIMIENTO.

Históricamente el ser humano ha pretendido mejorar su rendimiento motor y para ello ha buscado todo tipo de estratagemas. A estas modificaciones "naturales" sobre los factores que influyen en el rendimiento deportivo se les ha denominado ayuda ergogénica. Este concepto corresponde con aquellas sustancias o sistemas que mejoran el rendimiento de un organismo ¹.

Una de estas "ayudas" es la formada por un grupo de sustancias denominadas esteroides anabólicos androgénicos, las cuales van a conformar la médula de esta revisión bibliográfica.

Los esteroides anabólicos androgénicos (EAA) o drogas de performance, son sustancias sintéticas derivadas de la testosterona, la horma sexual masculina por excelencia. Su efecto anabólico está dado por la capacidad de aumentar la masa muscular, la fabricación de los componentes y tejidos corporales y por tanto del crecimiento y el almacenamiento de energía mediante enlaces químicos en moléculas orgánicas. Por otra parte su calificativo de androgénico significa "masculinizante", es decir que otorga características sexuales masculinas. Algunos nombres comunes por los que también se conoce son "Gear", "Juice", "Roids" y "Stackers" ^{2,3}.

Estas sustancias se desarrollan a finales de 1930 por el químico Adolf Butenandt, quien logró obtener 15 mg de testosterona artificialmente. Se desarrollaron con el objetivo de tratar el hipogonadismo, una condición en la cual los testículos no producen suficiente testosterona para garantizar un crecimiento, desarrollo y función sexual normal del individuo. Precisamente a finales de esa década los científicos también descubrieron que estos esteroides facilitaban el crecimiento de músculos en los animales de laboratorio, lo cual llevó al uso de estas sustancias por los fisicoculturistas, levantadores de pesas y después atletas de otras especialidades, fue así entonces como comenzó a propagarse su uso sin el motivo afín con el que habían sido desarrollados. Ejemplo de lo anterior expuesto lo constituyen las olimpiadas de 1952, cuando los rusos arrasaron con las medallas en levantamiento de pesas. Paralelamente a su utilización, los médicos notaron

sus efectos adversos. Durante los años 80, muchos jóvenes no atletas los utilizaron por sus propiedades de desarrollo corporal, creándose un floreciente mercado ilegal tanto de producción como de venta de estas drogas ^{2, 4, 5,6}.

Las vías y las formas de administrarse son variadas, pero predominan la vía oral e intramuscular. Las dosis utilizadas por los consumidores pueden ser entre 10 y 100 veces mayores a las empleadas para condiciones médicas ⁷. El uso no terapéutico de los EAA en adolescentes y jóvenes adultos aumentó significativamente durante las dos últimas décadas. Son potenciados por la utilización de “megadosis”: una dosis normal prescrita con fines médicos varía entre 1 y 5 miligramos; más de 7 miligramos implican una sobredosis; algunos consumidores se aplican 100 o más miligramos, implicando intoxicaciones que pueden llegar a ser mortales. El uso de estas megadosis se debe al falso convencimiento de que a mayores cantidades se consiguen mejores resultados ^{2,3}. El abuso de sustancias, entendido por la indulgencia en el consumo y dependencia de una droga u otro químico que lleva a efectos que generan un detrimento en la salud física y mental de la persona que lo realiza o el bienestar de otros, es la principal situación que se percibe con respecto a las prácticas de estas sustancias

COMPORTAMIENTO RESPECTO AL CONSUMO Y ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS.

Cada vez más su uso indiscriminado se inicia a edades bien tempranas de la vida, así lo demostraron Buckley y cols., donde estimaron por medio de una encuesta realizada entre estudiantes de 12º grado de 46 colegios de los EE.UU, que el 6.6% de los varones consumían o los habían usado, 2/3 de los cuales se iniciaron en el consumo con 16 años o menos. A finales de los 90 las tasas de prevalencia de consumo iban del 4% al 12% entre adolescentes varones, y del 0.5% al 2% entre adolescentes mujeres ^{8,9,10,11,12,13}.

Puede decirse que la mayoría de los estudios realizados en los EE.UU informa que el 3-12% de los adolescentes varones y el 1-2% de las adolescentes admite usar o haberlos usado ^{14, 15,16}.

El desconocimiento sobre los potenciales efectos no deseables derivados del uso y abuso de los EAA. En los estudios realizados en Canadá por en 2001 por The Blue Cross and Blue Shield Association, se pone de manifiesto que el 76% de los jóvenes canadienses no sabe identificar ningún efecto secundario negativo derivado del uso de esteroides y otras sustancias; los jóvenes suelen consumir estas sustancias con despreocupación, pero los padres son conscientes de esos peligros; para el 39%, la principal preocupación es el uso de sustancias relacionadas con el deporte juvenil.

Cuba no está exenta de esta situación en torno al dopaje de los deportistas que viven en los diferentes países, y al consumo de esteroides anabólicos androgénicos a pesar de la política educativa que se ha trazado en función del desarrollo de actitudes y valores en los atletas cubanos se han detectado algunos casos que conspiran con la formación de las nuevas generaciones de estudiantes-deportistas sin tener en cuenta lo deletéreo de esto para la salud.

Los autores del presente trabajo desarrollaron una investigación en el periodo comprendido de febrero de 2017 a mayo de 2017 con el objetivo de caracterizar el conocimiento y la práctica de esteroides anabólicos androgénicos y sustancias que mejoran el rendimiento deportivo en gimnasios de la ciudad de Cienfuegos y de esta forma conocer cómo se comportaba este fenómeno, resultó que 26 encuestados utilizaban este tipo productos.

Al revisar la literatura, encontramos que existe un interés renovado en el estudio de los efectos adversos de los esteroides anabólicos androgénicos por lo que se considera pertinente desarrollar una revisión de la literatura actual y de esta manera ofrecer, a los usuarios de tales sustancias y a quienes resulten interesados, una referencia para la toma de decisiones ante el dilema de consumirlas o no. Por tanto, serán rectoras las interrogantes: ¿Cómo influye el consumo de esteroides anabólicos androgénicos en la aparición de reacciones adversas? ¿Cuáles son las patologías que se asocian al consumo excesivo de esteroides anabólicos androgénicos? El objetivo del presente material de revisión estuvo dirigido a explicar los efectos adversos que produce el consumo abusivo de esteroides anabólicos androgénicos y su relación con las patologías consecuentes a su exposición prolongada.

DESARROLLO

I. EFECTOS DE LOS EAA EN LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FÍSICO Y PRINCIPALES VÍAS DE ADMINISTRACIÓN.

Estas sustancias alteran el proceso natural del músculo. Se sabe que para obtener músculos óptimos, entra a tallar la síntesis proteica y la regeneración celular. El músculo está compuesto por largas cadenas llamadas fibras y cuando un deportista está sometido a un entrenamiento intenso, éstas se dañan creando un micro trauma. Las células satélites del cuerpo tienen la misión de restaurar dicho trauma de forma natural. Esto le tomaría 48 horas al músculo pero con esteroides la recuperación se reduce a 24 horas. La diferencia es alarmante. Se puede entrenar con más intensidad y frecuencia logrando una musculatura más allá de lo que conseguiría una persona de forma natural ¹⁷.

Una de las principales razones dadas como causa del abuso de los esteroides es para mejorar el rendimiento en los deportes. De acuerdo con algunas encuestas, se calcula que el abuso de esteroides entre los atletas es menos del 6 por ciento, pero la información proveniente de anécdotas sugiere que el abuso está más extendido.¹⁸

II. REACCIONES ADVERSAS Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CONSUMO ABUSIVO.

Las reacciones adversas son generalmente dependientes de la dosis, su prevalencia en quienes la consumen es imposible determinar debido a las dosis suprafisiológicas que utilizan, lo que predispone a una mayor frecuencia de efectos colaterales que en los pacientes tratados clínicamente con dosis adecuadas ¹⁹. Los estudios observacionales sugieren que la mayoría (88-96%) de los consumidores de esteroides anabolizantes experimenta al menos un efecto secundario objetivo ²⁰.

Decidimos englobarlas por sistemas; atendiendo a ello, podemos describir las siguientes reacciones adversas:

A nivel hormonal: interfiere con la producción normal de hormonas en el cuerpo, causando cambios que pueden ser tanto reversibles como irreversibles.

- Sexo masculino

Disminución de la secreción de las hormonas luteinizante (LH) y foliculoestimulante (FSH) a través del sistema de retroalimentación negativo del eje hipotálamo-hipófisis-gónada. Debido a que ambas son necesarias para una espermatogénesis normal, estas drogas pueden llevar a hipogonadismo hipogonadotrópico ²¹.

Disminución de la cuenta espermática, morfología espermática anormal y atrofia testicular (40-51% de los consumidores): la oligospermia severa es común y se presenta en aproximadamente el 75% de los usuarios de estos medicamentos. Si la toma es muy prolongada, la falta de actividad del testículo va atrofiando sus funciones de secreción hasta llegar a la esterilidad. La esterilidad producida por el consumo de anabolizantes es reversible aunque no siempre; todo depende de las dosis, del tipo de esteroides consumidos y del tiempo que duró el consumo. ^{21, 22}.

Hiperplasia prostática: el uso continuado de esteroides se ha asociado al agrandamiento benigno de la próstata que en principio no trae mayores complicaciones, pero si el usuario sufre una neoplasia prostática sin saberlo, puede acelerar el proceso de forma fatal. Desde un punto de vista bioquímico, está relacionado con la formación de derivados producidos durante las transformaciones que sufre la testosterona; entre estas transformaciones predomina la formación de dihidrotestosterona (DHT) y de estrógenos ²³.

Ginecomastia (10-34% de los consumidores se han descrito hasta un 52%): los varones que consumen dosis elevadas de EAA pueden presentar niveles de estrógenos circulantes típicos de mujeres durante un ciclo menstrual normal, por lo que en algunos casos utilizan tamoxifeno como antiestrógeno para antagonizar estos efectos. Esto puede dar lugar a dolor en las mamas y ginecomastia, a menudo irreversible ^{24, 25}.

- **Sexo femenino**

Los efectos en las mujeres son más complicados y, en la mayoría de los casos, irreversibles; dentro de estos, se manifiestan:

Masculinización: hirsutismo, acné, engrosamiento de la voz, clitoromegalia, atrofia uterina, atrofia de glándulas mamarias, amenorrea. La administración durante el embarazo puede inducir masculinización de los fetos femeninos, aumento del apetito y calvicie de patrón masculino. Este efecto será máximo cuando se use la propia testosterona como anabolizante, pero en menor grado es probable se produzca también con todos los otros anabolizantes. Los efectos endocrinos, se revelan en la disminución de la función de la hormona tiroidea y, por ende, una baja producción de la tiroxina, hiperinsulinemia y alteración de la tolerancia de la glucosa ^{24,25, 26, 27, 28, 29}.

En ambos sexos:

A nivel cardiovascular: el abuso de esteroides se ha asociado con enfermedades cardiovasculares, incluso en atletas menores de 30 años. Al cambiar los niveles de lipoproteínas que transportan el colesterol en la sangre se incrementa el riesgo de padecer de aterosclerosis, una condición en la que sustancias grasosas son depositadas en las paredes de las arterias interrumpiendo el flujo de la sangre, pueden aparecer además retención de líquidos y aumento de tensión arterial. El incremento de la concentración de colesterol sérico es un factor de riesgo de la aparición de trombosis, así mismo, la estimulación de la agregación plaquetaria y, por ende, mayor coagulación enzimática puede causar vasoespasmo coronario; el aumento de la presión arterial viene como resultado del incremento de la volemia y la retención de líquidos; el uso de esteroides anabólicos androgénicos incrementa el ritmo cardiaco, lo que llevará a una hipertrofia del ventrículo izquierdo y así provocar una disminución máxima del consumo de oxígeno, la remodelación del corazón, lo que aumentará el riesgo de sufrir miocardiopatía, con posibilidad de padecer arritmias, un paro cardiaco o un accidente

cerebrovascular. También se presenta una disminución de los triglicéridos acompañada de eritrocitosis ^{30, 31, 32, 33, 34}.

En los últimos años se ha demostrado que la disfunción eréctil reconocible en individuos sin evidencia de enfermedad cardiovascular orgánica, es un heraldo de la misma y este hallazgo ha renovado el interés por el potencial papel coincidente de la testosterona en la función endotelial y en las disfunciones endoteliales que fundamentan muchos de los trastornos de la erección ^{35,36}.

A nivel renal: litiasis renal ³⁰.

A nivel del hígado: las lesiones que se observan en hígado dependen de la dosis y duración del uso, y son muy variables, pueden ir desde una simple alteración de las pruebas de funcionamiento hepático hasta la presencia de tumoraciones.

Los efectos secundarios graves en hígado y en el patrón de lipoproteínas resultan principalmente de los EAA alquilados (clase B) a dosis elevadas y se desarrolla generalmente después de 2 a 5 meses de consumo ³⁰.

Elevaciones en aspartato aminotransferasa, alanina aminotransferasa, lactato deshidrogenasa, y fosfatasa alcalina han sido reportadas. Estas elevaciones enzimáticas generalmente regresan a lo normal al discontinuar los EAA, ésta es la principal razón de por qué los atletas las utilizan en forma intermitente y no continua, ya que si la usan en forma prolongada puede presentarse ictericia colestática (17.3%). La ictericia inducida por EAA es relativamente común y se presenta típicamente con agentes 17-alquilados como la metiltestosterona, metandrostenolona, oximetolona, oxandrolona y estanozolol, el hallazgo de este signo clínico es resultado del éxtasis y acumulo de bilis en los capilares de la porción central de los lobulillos hepáticos, sin obstrucción de conductos mayores. También puede observarse peliosis hepática, que es un trastorno manifestado por hepatomegalia, hipertensión porta y cirrosis, es poco frecuente. El carcinoma hepático se ha reportado con el uso prolongado y puede causar sangramiento interno, este riesgo de afectación hepática parece incrementarse ^{37,38, 39}.

A nivel de la piel: se elevan los niveles de propionibacterium acnes, ácidos grasos libres y colesterol en la dermis, originando cabello y piel grasos, alopecia, quistes sebáceos e hipertrofia de las glándulas sebáceas ⁴⁰.

A nivel hematológico: aumento del hematócrito, que en circunstancias de hemoconcentración favorece la aparición de trombosis. Esta posibilidad está acrecentada por el efecto trombogénico, derivado del aumento de la agregación plaquetaria, de la antitrombina III, del plasminógeno y del fibrinógeno ⁴¹.

A nivel de músculo-esquelético: la utilización de estas sustancias en adolescentes genera una osificación temprana (cierre prematuro de los centros de crecimiento de los huesos largos), con detención del crecimiento, además de incrementarse las lesiones articulares y tendinosas ^{23, 42}.

A nivel infeccioso: los anabólicos que son inyectados pueden tener agujas contaminadas; estos factores pueden contribuir a contraer enfermedades virales como el VIH y las hepatitis B y C. También se puede desarrollar endocarditis bacteriana ²³.

Efectos psicológicos: varios estudios refieren que estas sustancias alteran el comportamiento cuando se utilizan a dosis elevadas; como principales efectos se citan episodios maníacos, hipomanía, depresión, comportamientos violentos, intentos suicidas. Estos trastornos tienden a desaparecer cuando se interrumpe la administración, aunque puede aparecer dependencia (ha sido evidente incluso en un 50% de los usuarios). Las características psiquiátricas más prominentes son manifestaciones de tipo

maníaco definidas como irritabilidad, euforia, delirios de grandeza, hiperactividad, imprudencia o comportamiento peligroso. Muchos consumidores declaran una sensación buena sobre sí mismos, pero también pueden producirse oscilaciones extremas de humor, como síntomas de tipo maníaco que podrían conducir a violencia. Los consumidores pueden presentar celos paranoicos y juicio deteriorado. Otras manifestaciones que pueden presentarse son psicosis aguda, exacerbaciones de tics y desarrollo de estados agudos confusionales. Finalmente, parece ser que el alcohol y los EAA son fuertemente sinérgicos en la precipitación del comportamiento violento impulsivo ^{25, 30, 41}.

Se citan además: deshidratación, desequilibrio electrolítico, disminución de la elasticidad de los tendones, hormigueo en las extremidades, disfunciones de la audición, anorexia, náuseas, vómitos, diarreas, gasto urinario excesivo, insomnio, confusión, fotosensibilidad, miopía transitoria, fiebre, hematuria, glucosuria, convulsiones, bradicardia ⁴³.

A largo plazo se pueden conseguir mejores resultados simplemente con el ejercicio y una adecuada nutrición; se logra un crecimiento muscular más lento pero continuo, y no una ilusión que se desvanecerá, mientras los esteroides producen altibajos en el desarrollo físico, con una situación final generalmente peor que si no se hubieran utilizado.

CONCLUSIONES

La posibilidad que entregó el hecho de poder sintetizar la testosterona, luego sus derivados y su uso posterior sin fines terapéuticos, conllevó al desarrollo de una gran problemática, su consumo sin fines terapéuticos. Con el decursar de las décadas el empleo de estas sustancias ha ido cobrando un gran auge en la contemporaneidad, fundamentalmente por usuarios de gimnasios, deportistas y aquellos que lo utilizan con fines estéticos. La revisión de este tema permitió conocer qué son los esteroides anabólicos androgénicos, las razones principales que motivan a su consumo y un importante número de efectos negativos que repercuten de manera cardinal sobre el bienestar físico, mental y social, causando gran morbilidad sobre los distintos sistemas del organismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilmore JH, Costill DL. *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. 4ª ed. Barcelona: Editorial Paidotribo; 1998.
2. García Guerrero AF, Hernández González C, Madonado Castill E, Rivera de la Torre JM, Guerrero Izar V. Proyecto de investigación esteroides anabólicos. [Tesis]. Rioverde: Preparatoria de Rioverde A.C.; 2013.
3. Hernández M, Guillén JL. Abuso de anabolizantes. *Psiquiatría Biológica*. 2015;12: 18-21.
4. Hamer M, Karageorghs CI. Psychobiological mechanisms of exercise dependence. *Sports Medicine*. 2017; 37 (6): 477-484.
5. Hernández M, Guillén JL. Abuso de anabolizantes. *Psiquiatría Biológica*. 2015; 12: 18-21.
6. Noret A. El doping de los deportistas. *Revista de entrenamiento deportivo*. 1988; 11 (1): 18-21.
7. Rodríguez Bueno, C. *Dopaje*. Editorial Interamericana. Madrid: McGraw Hill; 1992.

8. Buckley WE, Yesalis CE 3rd, Friedl KE, Anderson WA, Streit AL, Wright JE. Estimated prevalence of anabolic steroid use among adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1998 Oct; 7(4):821-38
9. Yesalis CE, Kennedy NJ, Koptein AN, Bahrke MS. Anabolic-androgenic steroid use in the United States. *JAMA.* 1993 Sep 8; 270(10):1217-21
10. Bahrke MS, Yesalis CE, Brower KJ. Anabolic-androgenic steroid abuse and performance-enhancing drugs among adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1998 Oct; 7(4): 821-38
11. Stilger VG, Yesalis CE. Anabolic-androgenic steroid use among high school football players. *J community Health.* 1999 Apr, 24(2):131-45
12. Faigenbaum AD, Zaichkowsky LD, Gardner DE and Micheli LJ. Anabolic Steroid Use by Male and Female Middle School Students. *Pediatrics* 1998; 101(6): 101.5.e6.
13. Alonso Santana S, Navarro García R, Brito Ojeda ME, Ruiz Caballero JA. Uso abuso de esteroides. Anabolizantes en el deporte. *Jorn.* 2012; (26): 92-95.
14. Yesalis CE, Bahrke MS. Doping among adolescent athletes. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2016 Mar; 14(1):25-35.
15. Melia P, Pipe A, Greenberg L. The use of anabolic-androgenic steroids by Canadian students. *Clin J Sport Med.* 1996 Jan; 6(1):9-14.
16. The President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest Series 3 No2, June 1998. *Nutritional Ergogenics and Sports Performance.*
17. Los Esteroides [Internet]. Washington: Aukka; [actualizado 13 de noviembre de 2014; citado 11 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://crossfitaukka.com/?cat=7>
18. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-los-esteroides-anabolicos/como-se-abusan-los-esteroides-anabolicos>
19. Barriento Pérez M. Uso de anabólicos por atletas adolescentes. *Rev de Endoc y Nutr [Internet].* 2001 [citado 2 de mayo de 2017]; 9(3):[aprox. 133-140 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-endoc/e-er2001/e-er01-3/e1-er013.htm>
20. Pope, H.G., y Katz, D. L. Affective and psychotic symptoms associated with anabolic steroid use. *American Journal of Psychiatry.* 145 (4):487-490, 2016.
21. Jarow JP, Lipshultz LI. Anabolic steroid-induced hypogonadotropic hypogonadism. *Am J Sports Med* 2012; 18:429-31
22. Knuth UA, Maniera H, Nieschlag E. Anabolic steroids and semen parameters in bodybuilders. *Fertil Steril* 1989; 52:1041-7
23. Avella RE, Medellín JP. Esteroides anabolizantes androgénicos. *Rev.U.D.C.A Act. & DivCient.* 15 (Supl.Olimpismo): 47 - 55, 2012.
24. De Hoyos, J; Embid A. Advertencia a los culturistas. Efectos indeseables de los esteroides. *Rev Med Compl;* (57): 41-47.
25. Águila, Mercado, Palma C. Esteroides Androgénicos Anabolizantes: Consecuencias en el hombre. *Rev Chil Urolo.* 2013; 78(4): 13-17)
26. Straus RH, Liggett M, Lanese RR. 1985. Anabolic steroid use and perceived effects in ten weight-trained women athletes. *JAMA.* 253.:2871-2873.
27. Alen M, Rakkila P, Reinilla M, Vihko R. 2017. Androgenic-anabolic steroid effects on serum thyroid, pituitary and steroid hormones in athletes. *Am. Sport Med.* 15:357-361.

28. Blue JG, Lombardo JA. 2014. Steroids and steroid-like compounds. *Clin.Sports Med* .18:667-689.
29. Lasarre C, Girard F, Durn J, Raynaud J. 2014 .Kinetics of human growth hormone during submaximal exercise .*J .Appl .Physiol* .37(6): 826-830.
30. Martín-Aragón S. Anabolizantes. *Of.* 2013; 30(1 enero-febrero): 54-58
31. Freed DL, Banks AJ; Longson D, Burley DM.1975 .Anabolic steroids in athletics: crossover double-blind trial on weightlifters .*BMJ* .2:471-473.
32. Hall RC. 2005 .Abuse of Supraphysiologic Doses of Anabolic Steroids. *Southern Med .J* .98(5):550-555.
33. Sullivan ML, Martinez CM, Gennis P, Gallagher EJ .2012 .The cardiac toxicity of anabolic steroids .*Prog Cardiovasc .Dis* .41:1-15.
34. Blue JG, Lombardo JA .1999 .Steroids and steroid-like compounds. *Clin.Sports Med* .18:667-689.
35. Araujo AB, Handelsman D. McKinlay JB. Total testosterone as a predictor of mortality in men: Results from the Massachusetts Male Aging Male Study. The Endocrine Society Annual Meeting. San Diego. CA USA Program and Abstract 2015; P1-561 (12).
36. Jones RD, Nettleship JE, Kappor D et al. Testosterone and atherosclerosis in aging men: purported association and clinical implications. *Am J Cardiovasc Drugs* 2015; 5: 141- 154.
37. Ishak KG, Zimmerman HJ. Hepatotoxic effects of the anabolic/androgenic steroids. *Semin Liver Dis* 2013; 7: 230-6.
38. Jarow JP, Lipshultz LI. Anabolic steroid-induced hypogonadotropic hypogonadism. *Am J Sports Med* 2012; 18:429- 3.
39. Haupt HA; Rovere GD .2017 .Anabolic steroids: a review of the literature .*Am J Sports Med*.12:469-484.
40. Blue JG, Lombardo JA. 2014. Steroids and steroid-like compounds. *Clin.Sports Med* .18:667-689.
41. Kouri EM, Lukas SE, Poper HG, et al. Increased aggressive responding in male volunteers following the administration of gradually increasing doses of testosterone cypionate. *Drug Alcohol Depend* 1995; 40: 73-9.
42. Cachán Collazo LL, Espinosa Pérez M, Tejada Leal MC. Dopaje. Conocimiento y consumo en estudiantes de la Escuela Superior de Perfeccionamiento Atlético en Cienfuegos [Tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado"; 2009.
43. Silva PRP, Danielski R, Czepielewski MA. (2012). Anabolic steroids in sports. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8, pp. 235-243.

CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS DE LA DISCROMIA ASOCIADA A CALCIFICACIONES PULPARES, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Isadelis Martínez Mesa, estimm970615@ucm.cfg.sld.cu , Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, estudiante de tercer año de estomatología, alumna ayudante en EGI.

Ela Martha Hernández Pérez de Prado, estemhp970409@ucm.cfg.sld.cu , Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, estudiante de tercer año de estomatología, alumna ayudante en Cirugía Maxilofacial.

Yolanda Montes de Oca Montalvo, Clínica Estomatológica de Especialidades, Cienfuegos, Cuba, Especialista en I Grado en EGI, Profesor Instructor.

RESUMEN

El trabajo titulado: Consideraciones terapéuticas de la discromia asociada a calcificaciones pulpares, a propósito de un caso tiene como objetivo proponer una alternativa terapéutica a la discromía por calcificación total de la pulpa. Paciente femenina de 29 años de edad, tez blanca, sin antecedentes patológicos referidos; que acude a consulta estomatológica preocupada por su estética; al examen bucal se observa cambio de color en el diente 21 (Incisivo central superior izquierdo) hacia carmelita oscuro que evidencia una discromia. A la imagen de una radiografía periapical se observa calcificación total de la pulpa, por lo que se decide comenzar un tratamiento de recromia; en 5 consultas a intervalos con posterior restauración del diente en cuestión. Después del tratamiento se observó recuperación del color normal del diente, mejoría en la estética y gran satisfacción del paciente.

PALABRAS CLAVES: recromia, discromia, ortodoncia, calcificación pulpar.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en el mundo los problemas estéticos constituyen una gran preocupación para la población. Los dientes, y el papel que tienen en el contexto del rostro humano, han preocupado al Hombre desde la Antigüedad. (1; 2)

En la antigua Roma el hombre definió los conceptos de salud y belleza como sinónimos, por eso muchas veces se piensa que siendo bella la persona ya es saludable. La odontología estética no es un concepto actual, desde el principio de los tiempos el ser humano ha buscado la belleza de una u otra forma y agradar a los demás. Sin lugar a dudas una sonrisa es nuestra mejor tarjeta de presentación y esta ha sufrido un sinnúmero de modificaciones durante el desarrollo social del hombre. Así los antepasados cavernícolas ansiaban tener unos caninos grandes por ser, a su juicio, sintomáticos de fuerza y salud, imprescindibles antes de la lucha. En Japón cientos de años atrás un diente negro era sinónimo de pertenecer a una minoría aristocrática. En la España prerromana se preconizaba el enjuague con orines envejecidos en cisternas. Múltiples brebajes a lo largo de la historia perseguían la obtención de unos dientes más blancos. En la antigua China Imperial, las viudas teñían sus dientes de negro como signo de renuncia a la belleza. Es bueno considerar que los conceptos de belleza dependen del ojo que la mire. Los dientes sanos y blancos han simbolizado signos de salud,

limpieza y fortaleza. Los cánones de belleza han variado en el mundo civilizado moderno y estéticamente consciente, generalmente los dientes blancos, contorneados, alineados y de aspecto natural fijan el estándar de belleza y constituyen el patrón estético y la aspiración de los pacientes. Cualquiera de estas alteraciones puede llevar al individuo a sufrir una gran afectación psicológica lo que constituyen un problema de salud para la persona. (1-5).

Las discromias dentales hacen referencia a todas las alteraciones fisiológicas o patológicas, del color normal de los dientes. Según su etiología se clasifican en: discromias extrínsecas e intrínsecas. (6)

Discromias extrínsecas

Es importante saber que para que las tinciones extrínsecas se produzcan es necesario que previamente se haya formado sobre la superficie dental la película adquirida o que existan restos de la membrana de Nashmith. Sin esta estructura proteínica previa es imposible que se produzca el depósito de pigmentos. Las discromias extrínsecas están asociadas a costumbres alimenticias y sociales o tinciones metálicas y bacterianas (7-10)

Discromias intrínsecas

Son aquellas en donde la sustancia que pigmenta se encuentra en el interior del diente o forma parte de la estructura interna del tejido. Pueden ser permanentes o transitorias y además pueden aparecer de forma generalizada, afectando toda la dentición, o bien aisladamente, afectando a un solo diente. Estas se clasifican en generales o locales. Las generales pueden ser causadas por enfermedades sistémicas, displasias dentales, ingesta de sustancias, alteraciones por calor, envejecimiento y color postmortem. Las tinciones locales pueden originarse a partir de patologías dentales, materiales de obturación, endodoncia y otros, además de procesos pulpares y traumatismos como: las hemorragias pulpares, calcificaciones, necrosis y restos pulpares. (7-10)

Las calcificaciones son consideradas procesos distróficos experimentados por pulpas que han sido sometidas a algún tipo de alteración en el flujo sanguíneo y el metabolismo celular. Pueden presentarse cambios cálcicos regresivos que obliteran la cámara y los conductos en tal forma que cualquier tratamiento endodóntico se torna impracticable. La coloración es más intensa cuanto más calcificada esté la cámara y menos espacio quede. El color que adquiere el diente será un color más saturado y más amarillo pero distinto al de procesos como la necrosis donde el diente adquiere un color más oscuro que varía del gris al marrón o negro en función del tiempo transcurrido y de la presencia o no de bacterias. El diente puede mantener su vitalidad pero puede ser muy complicado hacer el tratamiento de conductos en caso de necesitarlo u optar por un blanqueamiento interno. (7-10)

Dependiendo de las causas que provocan la discromia, se aplica el tratamiento de blanqueamiento indicado o recromia. La recromia es un procedimiento mediante el cual se puede devolver al diente el color perdido. En la actualidad se puede aplicar en dientes vitales y no vitales. (1)

Es considerado un tratamiento estético, por lo cual se recomienda aplicarlo siempre a petición del paciente, explicarle las características de la técnica y el pronóstico que espera. Es importante valorar las condiciones del diente para determinar si con el tratamiento de blanqueamiento se puede solucionar el problema del paciente o si es necesario realizar otro tratamiento de tipo protésico. Todos los procedimientos para blanquear los dientes se fundamentan en principios químicos y físicos. Existen dos métodos fundamentales que son la oxidación y la reducción. (1)

Los métodos de la oxidación pueden dividirse en directos e indirectos. Se entiende por oxidación directa el uso de cualquier sustancia de la cual se pueda liberar oxígeno directamente; para este fin se recomienda el dióxido de sodio, solución etérea de agua oxigenada al 25 %, alfa-zona, acetozona y peroxidol (agua oxigenada de 120 volúmenes).(1)

La oxidación indirecta se logra con el uso de medicamentos por los cuales el oxígeno se obtiene indirectamente. Se emplea para ello sustancias que liberan cloro, un gas muy activo en estado nascente, que en presencia de la humedad se apodera de una molécula de agua y sustrae los átomos de hidrógeno dejando en libertad el oxígeno. Algunas de estas sustancias son el cloruro de aluminio, solución de cloruro de sodio descompuesta eléctricamente, la cloramina, la dicloramina, así como otros compuestos de cloro. (1)

En la mayor parte de los casos de discromia el método de la oxidación directa ha sido el más indicado y casi todas las sustancias que se usan para restituir el color del diente en este método dependen para ser eficaces de la generación de oxígeno, arribando al criterio que el método directo de oxidación es el preferido y en la actualidad es más usado, además, es más simple y los efectos son seguros. (1)

Las técnicas más empleadas en la actualidad son:

- Técnica del peróxido de hidrógeno de 100 volúmenes (30 %) activada con calor.
- Técnica del peróxido de hidrógeno con perborato de sodio.
- Técnica de perborato de sodio y acetona eterificada.

La paciente presentada permite ilustrar un procedimiento terapéutico novedoso que resuelve el problema estético derivado de distrofias pulpares asociadas a fuerzas ortodóncicas. El objetivo de este trabajo es proponer una alternativa terapéutica a la discromía por calcificación total de la pulpa.

PRESENTACIÓN DE CASO

Motivo de consulta: "diente oscuro".

Datos Generales del Paciente:

Sexo: femenino.

Edad: 29 años

Nivel de Escolaridad: 12 grado

Ocupación: Dependiente Comercial.

Antecedentes Patológicos Personales: No refiere.

Antecedentes Patológicos Familiares: No refiere.

Antecedentes Hemorrágicos: No refiere

Reacción a medicamentos: No refiere

Hábitos Tóxicos y Nocivos: No refiere.

Hábitos higiénicos: Cepillado 3 veces al día de forma mixta.

Hábitos dietéticos: Dieta cariogénica

Hábitos deformantes: No refiere

Examen Físico Extraoral: paciente normolínea, piel blanca, cara ovoide, perfil recto, mucosas húmedas y normocoloreadas, cierre bilabial competente, facie no característica de proceso patológico, ATM sin alteraciones, cadenas y grupos ganglionares sin adenopatías.

Examen Físico Intraoral: Dentición permanente, cavidades patológicas. Fractura incisal no complicada de la corona del 11 por trauma no reciente, presenta caries oclusal en 36 y 46, y obturación defectuosa en 15 (OD) .Presencia de materia alba en sector anteroinferior. Sarro supragingival. Apiñamiento dentario en el sector anteroinferior.

Examen de la oclusión: la relación de los caninos: 23 -33 se encuentran en neutroclusión, 13 y 43 en mesioclusión, la relación de los primeros molares permanentes (16 y 46); (26 y 36) es mesioclusión. Resalte anterior 2 mm, Sobrepase: $\frac{1}{3}$ de corona. La línea media superior coincide con la línea media inferior y ambas están desviadas 1 mm hacia la izquierda con respecto a la línea media facial. Resalte posterior normal.

Examen PDCB (Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal) realizado

Examen funcional: normal

Clasificación epidemiológica: Enfermo Grupo III

Diagnósticos: discromia, fractura no complicada de la corona, caries dental y maloclusión

Pronóstico: favorable

Plan de tratamiento:

Actividad educativa sobre fisioterapia bucal, dieta cariogénica y autoexamen bucal.
Remisión a Consejería de Salud Bucal

Control de hábitos y factores de riesgo -----Cepillado incorrecto: Educación para la salud y CPDB

Dieta cariogénica-----Educación para la salud y control del hábito

Discromia----- Recromia de 21

Fractura no complicada de la corona-----Restauración de 11

Caries dental----- Restauración de 36, 46, 15

Sarro supragingival-----Tartrectomía

Alta de EGI y Vigilancia Epidemiológica.

Evolución y tratamiento:

Primera visita: Confección de HC. Examen de PDCB negativo. Actividad educativa sobre cepillado dental. Remisión a Consejería de Salud Bucal. Se decide iniciar recromia en 21 a petición de la paciente (necesidad sentida).

Tratamiento de la recromia. (11)

Primera sesión.

Vista inicial de la estética de la paciente (Figura 1). Se observa cambio de color muy notable en el 21 el cual había sido sometido a tratamiento ortodóncico hace 14 años, experimentando la discromia un año después de finalizado el tratamiento. Se realiza radiografía periapical de 21 (Figura 2), donde se observa calcificación total de la pulpa, debido a ello se torna irrealizable un tratamiento endodóntico por lo que se prepara cavidad por palatino de forma triangular, base hacia incisal abarcando la cámara pulpar hasta la región cervical sin localizar el conducto radicular.

Se utilizó la técnica del peróxido de hidrógeno de 100 volúmenes al 30% activada con calor en combinación con perborato de sodio.

Segunda sesión de tratamiento (Figura 3)

En la segunda sesión ya se observa una mejoría notable del color, con solo cinco días de haberle realizado la primera técnica. La paciente no refiere ninguna sintomatología en el diente en cuestión.

Tercera sesión de tratamiento (Figura 4)

Se observa, mejoría en el blanqueamiento del color del diente y la paciente se muestra asintomática.

Cuarta sesión de tratamiento (Figura 5)

Se observa, gran mejoría en el blanqueamiento del color del diente. La paciente comienza a referir una ligera sensibilidad cuando se emite luz halógena en zona cervical.

Quinta sesión de tratamiento (Figura 6)

Se observa la coloración del diente semejante a su homólogo. La paciente continúa refiriendo una ligera sensibilidad cuando se emite luz halógena en zona cervical, pero que al ser retirada la misma, cesa por completo y no se refiere sensibilidad en otras circunstancias, además se realizó restauración de 11 con resina fotopolimerizable por lo que la paciente queda complacida con el tratamiento recibido mejorando no solo su salud bucodental, sino también su estado emocional que la hace estar conforme con su aspecto físico y en especial con su sonrisa, al alcanzar con este proceder los parámetros estéticos aspirados por la paciente.

DISCUSIÓN

Cuando el diente se somete a severas presiones durante los movimientos ortodóncicos, la desvitalización puede sobrevenir por respuestas inflamatorias y luego degenerativas de las estructuras pulpaes. (12)

La paciente presentada acudió a consulta refiriendo, como preocupación, cambio de color en el incisivo central superior izquierdo. Hace 14 años recibió tratamiento de Ortodoncia con aparatología fija para conseguir disminución del apiñamiento dentario anterosuperior y anteroinferior. Aproximadamente al año de finalizado el tratamiento, observó la alteración del color, tornándose más amarillento que los demás, coloración que se fue intensificando con el paso del tiempo hasta adquirir el color carmelita que posee cuando acude a consulta.

En este caso se deduce una relación causa-efecto entre el tratamiento ortodóncico y la aparición del cambio de coloración que no se encuentra asociado a ningún síntoma. Es de suponer que la violencia de la fuerza ortodóncica aplicada ocasionó la ruptura del paquete vásculo-nervioso. La extravasación sanguínea, cuando llega a la estructura tubular de la dentina, comunica al diente una coloración rosada que puede pasar más tarde por tonos sucesivos de amarillo oscuro, carmelita, gris cenizo y hasta negro pizarra. La rapidez del proceso de alteración del color está en razón directa con la intensidad de la pulpitis que produce la muerte y descomposición pulpar. (13)

A su vez, la formación de un núcleo desintegrado o necrótico puede sufrir cambios cálcicos regresivos que determinan la degeneración cálcica o la metamorfosis calcificante de la pulpa en estado no vital. (13)

Hay que distinguir entre la calcificación fisiológica que progresivamente va disminuyendo el volumen pulpar, de la calcificación patológica como respuesta reactiva pulpar ante un traumatismo, infecciones o degeneraciones previas. (13). La calcificación puede desarrollarse en la cámara pulpar (pulpolitos), en el conducto radicular (calcificaciones lineales) incluso, en la totalidad del espacio pulpar como es el caso de la paciente en cuestión. (14)

En las necrosis pulpaes está indicada la necropulpectomía, la cual se incluye en el grupo de las técnicas de tratamiento de dientes despulpados sin lesión periapical visible radiográficamente. Por su parte las alteraciones del color en las coronas como consecuencia de la descomposición pulpar son los casos en que con mayor facilidad se consigue recuperar el color natural, a través de procedimientos de blanqueamiento por oxidación directa. (13) Otras alternativas terapéuticas a las discromías en dientes endodonciados son las carillas vestibulares y las coronas de cerámica o cerámica y esmalte que proporcionan resultados estéticos excelentes. (15,16)

La degeneración cálcica detectada en la paciente volvió irrealizable el tratamiento endodóntico, al impedir la localización de cámara y conducto. El intento de este procedimiento hubiera implicado un alto riesgo de provocar una perforación lateral en corona o raíz, con la que el pronóstico del diente sería más sombrío. Para evitar este accidente, se ha recurrido al uso de la técnica de peróxido de hidrógeno de 100 volúmenes al 30% activada con calor en combinación con perborato de sodio.

Se realizó aislamiento relativo para proteger cuidadosamente los dientes adyacentes y todos los tejidos blandos. Se coloca sobre el piso dentro de la cavidad cameral creada una pequeña bolilla de algodón impregnada en agua oxigenada a una concentración de 30 o 35 % (más o menos 100 volúmenes), se aplica calor al algodón, con emisión de luz halógena directamente sobre el diente. Esta aplicación de calor se efectuó tres o cuatro veces de forma intermitente sobre la bolilla de algodón humedecida con agua oxigenada. Una vez terminada la operación anterior se coloca perborato de sodio y se sella la cavidad con cemento de policarboxilato de zinc. El tratamiento se realizó en 5 sesiones en intervalos de 5 días.

El Peróxido de Hidrógeno logra la oxidación de las moléculas de pigmento. La inestabilidad de los radicales libres del peróxido es capaz de fracturar los pigmentos hasta degradarlos e incluso eliminarlos. El aumento de la temperatura, luz, pH y presencia de activadores influye en la velocidad de la reacción. (6)

CONCLUSIONES

Se alcanzaron resultados estéticos satisfactorios a partir de la realización de una modalidad de recromia utilizando peróxido de hidrógeno al 30 % bajo emisión de luz halógena, dejando intracameral el perborato de sodio y sellando con cemento en un diente sin tratamiento endodóntico.

Se presentaron complicaciones transoperatorias las cuales cesaron una vez terminada la emisión de luz halógena.

Mediante esta técnica se logra una mayor conservación de los tejidos dentarios y el diente mantiene su aspecto natural.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Seguí Ulloa A, Domínguez Santana L, Hevia Medina M. Discromia y Recromia .En:Gonzalez Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. 1ra Edición. La Habana: Ciencias Médicas; 2013 .p. 269-278.
- 2- Peguero Morejón H, Núñez Pérez B. La belleza a través de la Historia y su relación con la estomatología. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 Nov [citado 2018 Abr 23] ; 8(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400022&lng=es
- 3- Historia de la odontología estética [Internet]. Madrid: Clinicas Propdental SL;[actualizado 10-2-15; citado 17-3-18]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/historia-de-la-odontologia-estetica/>
- 4- Evolución de la estética dental [Internet]. Madrid: Clínicas Propdental SL;[actualizado 11-2-13; citado 17-3-18]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/estetica-dental/evolucion-de-la-estetica-dental/>
- 5- Odontología estética, un vistazo a su historia [Internet]. Madrid: Clínicas Propdental SL;[actualizado 8-4-16; citado 17-3-18]. Disponible en: [https://www.propdental.es/.../odontologia/la-odontologia-estetica-un-vistazo-a-su-histo. .](https://www.propdental.es/.../odontologia/la-odontologia-estetica-un-vistazo-a-su-histo.)

- 6- Cahuatico Carhuapoma Y, Cheng Abusabal L, Noborikawa Kohatsu AK. Blanquiamiento interno: Reporte de caso. Rev.Estomatol.Herediana [Internet]. 2016 [citado 17-3-18]; 16(4):[aprox. p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400007
- 7- Bonilla Represa V, Martín Hernandez J, Jimenez Planas Amparo, Llamas cadaval R. Alteraciones del Color de los Dientes. REDOE [Internet]. 2007 [citado 17-3-18]; ():[aprox. p.]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=51>
- 8- Díaz del Mazo L, Ortiz Andrial A, Ferrer González S, Vicente Botta B, Perdomo Estrada C. Efectividad del Oleozón® en el tratamiento de pacientes con discromía dental. MEDISAN [Internet]. 2018 Ene [citado 2018 Marz 17]; 22(1): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000100001&lng=es.
- 9- Clasificación y etiología de las discromías dentales Madrid: Clínicas Propdental SL;[actualizado 5-4-14; citado 17-3-18]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/estetica-dental/clasificacion-y-etilogia-de-las-discromias-dentales/>
- 10- Causas y tratamiento de las tinciones extrínsecas de los dientes [Internet]. Sevilla: ;[actualizado 2016; citado 17-3-18]. Disponible en: <http://www.clinicadentalgarcelan.com/tinciones-extriseccas-en-los-dientes/>
- 11- Zuaznábar Argudín L. Anatomía de la Cavidad Pulpar y Acceso Cameral.En:González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral.1ra Edición. La Habana: Ciencias Médicas; 2013 .p. 169-189.
- 12- Prada Segura I, Luján Cejas M, Salandin Verges M. Técnicas autoligantes. Ortodoncia. Ene-Jun 2011;74(149):56-65
- 13- Bestard Echeverría DM, Molero Porto V. Aternativa terapéutica en la discromía de un diente con distrofia pulpar por fuerzas ortodóncicas: presentación de caso. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2015 [citado 17-3-17]; 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000100010
- 14- Cabrera Cabrera D, Quiñones Ybarría ME, Ferro Benítez PP. Enfermedades pulpares y periapicales. En: Gonzalez Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. Ing: José Quesada Pantoja. La Habana: Ciencias Médicas; 2013 .p. 227-239.
- 15- Belbey HR, Peláez Pino AN, Belbey FL, Belbey HR. Tratamiento protésico alternativo frente a un mal pronóstico. Rev Fac Odontol. Jul-Ago 2011;4(1):53.
- 16- Díaz Solórzano D,González Naya G,Abreu Correa Jm, Gutiérrez Martorell S,Cabañas Lores C, Flores Morales E. Guías prácticas clínicas de enfermedades pulpares y periapicales .En:Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología/ Colectivo. 1ra edición. La Habana: Ciencias Médicas; 2003 .p. 76-127.

ANEXOS



Figura 1. Aspecto del diente antes de iniciar el tratamiento



Figura 2. Rx periapical de 21 donde se muestra calcificación total de la pulpa.



Figura 3: Segunda sesión



Figura 4 Tercera sesión



Figura 5 Cuarta Sesión



Figura 6 Quinta sesión de recromia con restauración de 11

CONTRIBUCIÓN A LA CREACIÓN DE UNA IMAGEN POSITIVA DEL ENVEJECIMIENTO.

MSc. María Guillermina Yanes García. Email: mariagyq@jaqua.cfg.sld.cu. Policlínico Área VII. Cienfuegos.

RESUMEN

La Asamblea General de las Naciones Unidas desde 1990 ha venido adoptando una serie de Resoluciones que permiten responder a los desafíos del envejecimiento de la población y promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades. Es por esto que las naciones deben plantearse un nuevo paradigma que armonice el envejecimiento de la población con el crecimiento económico y social, y proteja los derechos humanos de las personas de edad, creando una cultura del envejecimiento satisfactorio. Nuestro país respondiendo a estas directrices, y como lineamientos de la política económica y social del estado cubano, establece que se hace necesario el tránsito de una atención individual a una atención global y colectiva de los problemas de salud de la población envejecida. En nuestro país, la juventud y la niñez poseen emblemas y símbolos que los identifican como grupos sociales; surge entonces la necesidad de crear elementos identitarios que permitan proyectar una imagen positiva del proceso de envejecimiento. Por ello se procede a la creación de un Logotipo y de un Himno, para la identificación del envejecimiento como un proceso activo y satisfactorio.

PALABRAS CLAVE: adulto mayor, logotipo, himno, envejecimiento satisfactorio, identidad

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento no es una novedad, siempre se nació, creció, envejeció y murió; pero es cierto también que nunca como ahora eran tantos los que envejecían y cuántos más los años que se viven. Decimos que envejecer es una necesidad de la vida, pero que se puede envejecer bien o mal. Si estamos hablando que el envejecimiento se ha alargado ocupando casi la tercera parte de la vida, debemos conocer y hacer para lograr que ese envejecer, además de los años, tenga una buena calidad de vida.

Durante esta etapa aparecen una serie de cambios psicológicos que vienen determinados por acontecimientos propios de la edad, como por ejemplo la jubilación, las enfermedades crónicas, los nuevos roles que tienen que desempeñar o la pérdida de seres queridos. Los cambios psicológicos incluyen los cambios a nivel afectivo (afectación de la autoestima, estados depresivos), cognitivo (se enlentece y dificulta el aprendizaje de nuevas tareas, pérdidas leves de memoria, entre otros) y la modificación de la propia personalidad (introversión, la desconfianza y el egoísmo, por ejemplo). La adaptación a estos cambios depende de varios factores, como por ejemplo la influencia de las propias experiencias vividas, el contexto educativo y social en el que vive la persona, sus relaciones con el entorno y la actitud con la que se afrontan estos acontecimientos.

Los Adultos Mayores de hoy nacieron y se educaron con otros valores y otras normas; ni mejores ni peores: diferentes, en donde los tiempos incluían proyectos y realizaciones para un futuro que creían previsible. Es por eso que los modelos tradicionales para envejecer ya no se adecuan y si se los toma, los dejan totalmente marginados.

Aparece entonces el termino GEROFOBIA o ¿Miedo a la vejez? que no es más que el conjunto de actitudes, TODAS NEGATIVAS, hacia el envejecimiento y la vejez, que se expresan de diferentes formas y no siempre de forma intencional, por ejemplo: exclusión por edad para concursos, contrataciones, becas, entre otros. La misma puede presentarse como GEROFOBIA INDIVIDUAL Y SOCIAL. Este imaginario los califica o mejor dicho, los descalifica nominándolos como pasivos, enfermos y fuera del circuito.

Estamos en camino de reemplazar estos modelos tradicionales y son precisamente estas generaciones de adultos mayores, los que tienen el desafío de delinearlos y forjarlos, a través de la creación de un Adulto Mayor de "nuevo tipo" que sea capaz de sentirse sujeto de derecho, con autonomía psicológica y capacidad para elaborar su propio proyecto de vida, logrando así su empoderamiento.

Para el logro de este objetivo se debe partir de la eliminación de frases estereotipadas que minimizan y/o tergiversan el verdadero significado de envejecer, como por ejemplo "bebé de la tercera edad". "juventud acumulada", "joven ha de ser quien lo quiera ser", "eternos jóvenes"; interiorizando la necesidad de aceptar que puede existir determinada disminución de las capacidades, pero esto no implica una retirada de la vida activa, por lo que se ha de asumir como nueva alternativa la identidad con la edad

Uno de los campos a potenciar en el trabajo con personas mayores es el envejecimiento activo. Pero, ¿sabemos en qué consiste y cuáles son sus implicaciones?

El término envejecimiento activo fue acuñado por diversos organismos internacionales y nacionales como son la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y queda definido de la siguiente manera:

"El envejecimiento activo es el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, de participación y de seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo"

Este enfoque, pretende dar la vuelta a los prejuicios sociales que hacen ver a las personas mayores como personas de las que no se puede sacar ningún tipo de beneficio y que, incluso, pueden ser vistas como inútiles.

Las medidas e iniciativas de este tipo pretenden provocar un giro de 180° y que el envejecimiento sea visto como una oportunidad, algo de lo que sacar beneficio, y cosas que aportar al resto de la sociedad.

Entonces, ¿Cómo contribuir a la creación de una imagen positiva del envejecimiento?

Desde el punto de vista semántico, el concepto de la identidad es paradójico y contradictorio. El mismo incluye tanto lo que tiene que ver con la similitud, como con la unidad, y al mismo tiempo, con la permanencia. Posee una dimensión que es psicológica, interna, individual y singular al individuo; pero, además, una dimensión sociológica, pues el individuo está inserto en medios sociales y en medios históricos que van construyendo esta identidad.

Los individuos necesitan tener un sentimiento firme de identificación grupal para tener y mantener un sentimiento de bienestar. Los seres humanos necesitamos saber cómo somos, quiénes somos, de dónde venimos, hacia dónde vamos y de qué grupos sociales nos sentimos parte. No se trata solo de la evidencia objetiva y subjetiva de ser un ente individual o parte de un grupo social. Es la importancia de la identidad como

sentimiento de pertenencia y como elemento regulador del comportamiento, en la medida en que motivaciones, sentimientos, valores, prejuicios y actitudes más o menos continuos se deben expresar en actuaciones congruentes con ellos. Las identidades sociales generan una solidaridad interna, sentimientos de pertenencia e identificación con los ideales de un grupo.

Entiéndase como grupo, a una entidad que es significativa para los que se consideran parte de la misma y piensan que pueden lograr algunos de sus fines a través de esta afiliación. Se ha definido la identidad social como “aquella parte del autoconcepto de un individuo que deriva del conocimiento de pertenencia a un grupo social (o a grupos sociales) junto al significado valorativo y emocional asociado a dicha pertenencia

En Cuba la juventud y la niñez (como grupos sociales) tienen composiciones musicales, emblemas y símbolos que los representan desde el punto de vista identitario y sociocultural; y que contribuyen a que estos grupos se reafirmen como seres humanos. Nuestros ancianos no poseen ninguno de dichos atributos que los identifique, los motive y sirva como elemento representativo de lo que puede concebirse como un envejecimiento activo y satisfactorio. Es por ello que se hace necesario desde el punto de vista social que los adultos mayores posean una imagen identitaria y un himno que los reafirme en una imagen positiva del envejecimiento.

Por ello, se realizó un estudio con el objetivo de crear los atributos que contribuyan al logro de un envejecimiento satisfactorio

DESARROLLO

Lo anteriormente expuesto nos planteó la necesidad de crear un grupo de elementos identitarios compuesto por un símbolo, y un himno que permitan proyectar una imagen positiva del proceso de envejecimiento, brindándonos la posibilidad de establecer pautas para la identificación del envejecimiento como un proceso activo y satisfactorio.

De los conceptos de Identidad que aparecen en el diccionario y que enunciamos a continuación, asumimos para nuestro trabajo el relativo a las colectividades, por responder a nuestro objetivo de contribuir a la creación de una imagen positiva del envejecimiento

1. Circunstancia de ser una persona o cosa en concreto y no otra, determinada por un conjunto de rasgos o características que la diferencian de otras.
2. Conjunto de rasgos o características de una persona o cosa que permiten distinguirla de otras en un conjunto.
3. Conjunto de rasgos o características sociales, culturales, etc., propios de una colectividad que la definen y distinguen de otra.
4. Conjunto de datos o informaciones que definen oficialmente a una persona y permiten distinguirla de otra
5. Cualidad de idéntico. Igualdad de una cosa con ella misma.

Además, la Identidad como proceso psicológico, forma del proceso cognitivo de categorización, que ayuda al sujeto a comprender, ordenar, regular y hacer predecible el mundo en que vive. Todas las cuestiones directamente relacionadas con la identidad de las personas o los grupos humanos, repercuten o tienen su expresión en la cultura material de los pueblos.

Es por ello que se hace necesaria la búsqueda de una identidad que satisfaga la necesidad de comprendernos, diferenciarnos, proyectarnos hacia el futuro, situarnos en el mundo e, incluso, competir en él.

Nos dimos a la tarea de crear gráficamente un LOGOTIPO, definido como:

1. Símbolo formado por imágenes o letras que sirve para identificar una empresa, marca, institución o sociedad y las cosas que tienen relación con ellas
2. En artes gráficas, grupo de símbolos fundidos en un solo bloque para facilitar la composición tipográfica

En el mismo nos propusimos expresar, de manera sintética, la visión de los propios adultos mayores sobre el envejecimiento, expuesta de manera gráfica y escrita a través de un concurso con los propios ancianos.

Las figuras que representan a los ancianos están constituidas por formas compuestas por líneas curvas (una esfera y una media luna) con el objetivo de ofrecer una impresión de armonía. El círculo se vincula con la significación de protección, estabilidad y posicionamiento. Se considera símbolo del tiempo, la totalidad, la perfección y de la armonía. Platón representa la psique con una esfera y Jung ha mostrado que el símbolo del círculo es una imagen arquetípica de la totalidad de la psique, el símbolo de sí mismo. Es símbolo de la protección asegurada dentro de sus límites.

Las figuras se encuentran ubicadas en la posición de los 4 puntos cardinales (Norte, Sur, Este, Oeste) formando una especie de ronda, en la que los sujetos, enfocados desde una vista superior, elevan las manos sosteniendo el acrónimo identitario (APE) para representar la necesidad de colaboración, solidaridad y esperanza, así como la universalidad del mensaje a transmitir. El acrónimo emerge de una flor blanca (símbolo de la pureza y las causas positivas) formada por la unión de las manos de las figuras.

El color utilizado en estas figuras consiste en la degradación del color negro, provocada por la iluminación de la imagen desde la esquina superior izquierda, representando así la luz del sol naciente.

Los caracteres que forman las siglas de la entidad: A.P.E. se encuentran enmarcadas en un círculo, adoptando convenientemente sus contornos, de manera tal que cada una de ellas se ajuste a la forma geométrica seleccionada, representativa del mundo y de la armonía.

En cuanto a los colores utilizados, el color verde suscita equilibrio y promueve un sentimiento de bienestar; influye en todo el organismo, tanto a nivel físico como mental, es el color de la vida. Desde el punto de vista psicológico, su presencia suscita paz y equilibrio, promueve la ingeniosidad y la esperanza.

El color blanco, utilizado en la flor que se forma en el interior del símbolo, está asociado a la luz y a la luminosidad; a la limpieza y a la claridad, a la pureza y a las causas positivas. Posee en sí todos los colores, es el equilibrio de todos ellos y representa la esencia de la vida. Es activo, positivo y dinámico, sugiere paz, sosiego, armonía, calma.

El color negro de las figuras centrales representa el poder, la formalidad, la autoridad, la fortaleza y la intransigencia. También se asocia al prestigio, la elegancia y la seriedad. Aunque en determinados contextos y culturas se asocia con sentimientos negativos y la depresión. Las personas que prefieren el color negro, son dinámicas, orgullosas y exigen siempre respeto. Su degradación, en las figuras que representan los ancianos, hacia la claridad y el color blanco implica la transformación hacia una visión optimista en la percepción que poseen las personas del envejecimiento.

LOGOTIPO ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO (Anexo 1)

La marca **APE ABUELOS POR LA ESPERANZA**, que quedó registrada en la OCPI, con el certificado número 2012-0275, concedido por la resolución 2164/2013, para distinguir servicios de las clases 35, 41 y 44 de la Clasificación Internacional de Productos y Servicios para el Registro de las Marcas

Como parte de los elementos contribuyentes a la reafirmación de la identidad de los adultos mayores y la creación de una imagen positiva del proceso de envejecimiento, fue creado un **HIMNO**, ya que la composición cumple con los significados descritos a continuación por el diccionario:

1. Composición poética o musical de tono solemne que representa y ensalza a una organización o un país y en cuyo honor se interpreta en actos públicos. Ejemplos: "himno estudiantil; himno olímpico; "La Marsellesa" es el himno nacional francés.
2. Composición poética de tono solemne que generalmente se compone para ser cantada.

HIMNO A LA TERCERA EDAD

Autor: Salvador Carrera Viera.

Grupo Alegría de Vivir. Pastorita. Cienfuegos

Avanza la Tercera Edad
Con su infinita alegría
Impregnándose día por día
De amor y fraternidad
Con el amor como bandera
Y el entusiasmo ferviente
Así anda el grupo sonriente
Rompiendo con las barreras
Aprendemos y ejercitamos
Nuestros cuerpos, nuestra mente,
Nuestra salud es la fuente
Donde todos mejoramos
No hay cabida al pesimismo
Nuestro grupo es un primor,
Se ha eliminado el rencor
Y ha vencido el optimismo
Sin tristezas ni soledad
Hemos cicatrizado heridas
¡Que viva Cuba querida!
¡Viva la Tercera Edad!
(Se repiten las dos últimas)

La letra del Himno fue escrita por uno de los miembros del grupo con aptitudes para la poesía, y considerado por ellos como uno de sus líderes. Expresando en ella una visión optimista del proceso de envejecimiento, y su melodía lleva un ritmo de marcha, siempre "arriba" que se corresponde con el contenido transmitido por el texto. Dicho Himno, es entonado por el grupo en todas las actividades que se realizan, pasando a constituir una tradición para los Adultos Mayores que lo integran.

SIGNIFICACIÓN PARA LOS ADULTOS MAYORES DE LOS ELEMENTOS IDENTITARIOS

A través de una lluvia de ideas definieron con una palabra el significado del logotipo e himno

- Identidad
- Cosas muy buenas
- Unión
- Alegría
- Consolidación
- Orgullo
- Respeto
- Hermandad
- Igualdad
- Fraternidad
- Esperanza
- Solidaridad
- Autenticidad

IMPORTANCIA DE LOS ELEMENTOS IDENTITARIOS CREADOS

-Fueron creadas por iniciativa y con la participación de los propios abuelos

-Posee originalidad, síntesis, representatividad, perdurabilidad.

-Crean una imagen positiva del proceso de envejecimiento.

-Su utilización en las acciones de Promoción de Salud destinada a grupos adultos mayores, genera sentimientos de solidaridad interna, de pertenencia e identificación con los ideales de un grupo.

-Afianza la visión de un envejecimiento activo y satisfactorio, ayudando a estimular y mantener la identificación y cohesión grupal.

CONCLUSIONES

La creación de un himno y un logotipo como elementos identitarios para el Adulto Mayor, contribuyen a la creación de una imagen positiva del proceso de envejecimiento. Fueron creados con la participación de los propios Adultos Mayores, por lo que reflejan sus necesidades y proyecciones al respecto, poseen originalidad, síntesis, representatividad, perdurabilidad. Su utilización en las acciones de Promoción de Salud destinada a grupos adultos mayores, genera sentimientos de solidaridad interna, de pertenencia e identificación con los ideales de un grupo. Afianza la visión de un envejecimiento activo y satisfactorio, ayudando a estimular y mantener la identificación y cohesión grupal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Germán Rozas O, Arredondo J. "Identidad, Comunidad y Desarrollo". [Internet]. Santiago de Chile: LOM Concha y Toro; 2006 [citado 8 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/identid-comunidad-des.pdf>

2. De la Torre Molina C. Las identidades: una mirada desde la psicología. [Internet]. Cuba: Casa Editorial; 2008 [citado 8 Jul 2015]. Disponible en:http://www.conductitlan.net/51_identidad_y_psicologia_del_desarrollo.pdf
3. Cuellar Rodríguez J O. Elementos estructurales de las marcas. Diseño y sociedad. Otoño [Internet].2011[Citado 12 jul 2015];17(53): [aprox 6 p]: Disponible en:
http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/11-611-8800udk.pdf
4. Mercado Maldonado, A, Hernández Oliva, AV. El proceso de construcción de la identidad colectiva. Convergencia [Internet]. 2010[Citado 8 jul 2015];17(53): [aprox 4p]: Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352010000200010&lng=es&tlng=es
5. Lacub R, Sabatini M B. Psicología de la Mediana Edad y Vejez.[Internet]. Argentina: Mar del Plata; 2000 [citado 8 Jul 2015]. Disponible en:<https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf>

ANEXO 1

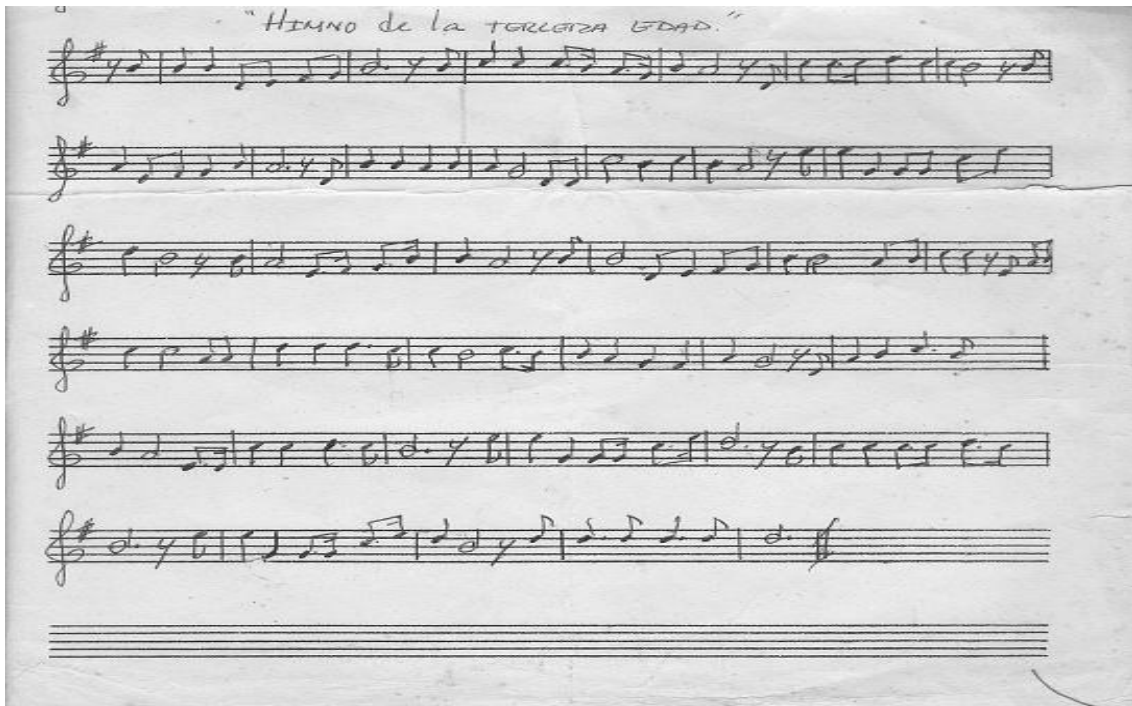
LOGOTIPO ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO



Abuelos por la Esperanza

ANEXO 2

PARTITURA DEL HIMNO DE LA TERCERA EDAD.
Autora: María Guillermina Yanes García



COSTOS DIRECTOS HOSPITALARIOS DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA EN LA EDAD PEDIÁTRICA. CIENFUEGOS. 2010- 2015

Autores:

Dra. Yaima Figueredo Montes de Oca *

Dr. Oziel Ozier González Milián**

Dr. Alain R. Reyes Sebasco ***

Coautores:

MsC. Alicia Reyes Jiménez ****

* resyfm890419@ucm.cfg.sld.cu, Policlínica Antonio Sánchez, Aguada de Pasajeros, Cienfuegos, Cuba.

** mf4754@ucm.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

*** Hospital Pediátrico Universitario de Cienfuegos, Cuba.

**** aliciareyes@ipk.sld.cu, Instituto de Medicina Tropical, Cuba, Especialista de Gestión de Proyectos, Master en Ciencias Económicas..

RESUMEN

Las infecciones causadas por *Streptococcus pneumoniae* son: una de las principales causas de muerte en niños y responsables de un significativo número de hospitalizaciones. Sin embargo, escasean los datos vinculados con los costos hospitalarios.

Objetivo: Estimar la carga económica de la ENI en el Hospital Pediátrico Universitario de Cienfuegos, Cuba. **Material y método:** se realizó un estudio observacional, ambispectivo, con enfoque de prevalencia, de costos de enfermedad, de 5 años. El universo quedó conformado por 79 pacientes; la muestra fue de 45 pacientes positivos a aislamiento microbiológico de Neumococo.

Resultados: La media de estadía hospitalaria por ENI fue de 12.95 días; para las meningitis de 12.71 y las neumonías 8.5. El salario del personal resultó el costo directo total por elemento de gasto más elevado: \$745.76. La Unidad de Cuidados Intensivos reportó los mayores costos promedios y la neumonía fue la forma clínica con el costo total más elevado. Su carga económica fue de \$72 134.94, mientras que la de meningitis fue de \$34 024.50. **Conclusiones:** La enfermedad neumocócica invasiva demanda un consumo substancial de recursos económicos hospitalarios, como su costo hospitalario total, de \$106 914,87 evidencia.

Palabras clave: costos directos hospitalarios, enfermedad neumocócica invasiva.

INTRODUCCIÓN

Streptococcus pneumoniae es un agente causal de infecciones que cobra alrededor de un millón de vidas cada año.^{1,2,3} Se reconoce como Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI) al aislamiento del neumococo en fluidos corporales normalmente estériles. Esta afección puede expresarse de diferentes formas, en dependencia del sitio afectado.^{1,4,5} Entre estas destaca por su incidencia la neumonía. La OMS registró 1.23 millones de muertes por esta causa en niños menores de 5 años de edad en el 2010.⁶ En América se reportaron entre 0.98 a 1.5 millones de fallecidos en ese mismo período.^{7,8} En Cuba, esta enfermedad también se encuentra dentro de las cinco primeras causas de muerte del país.⁹ Esto trae consigo un impacto económico sobre la sociedad. En América Latina y El Caribe se reportan 182 000 hospitalizaciones anuales asociadas a ENI, con un costo económico de 333 millones de dólares invertidos en la atención de los pacientes afectados.⁸

Los estudios del costo de la enfermedad se consideran como una estimación cuantificada y valorada en unidades monetarias de un conjunto de efectos de una enfermedad, o de un grupo de enfermedades o de un factor de riesgo; sobre los recursos y sobre otras variables que tienen un efecto presumible sobre el bienestar de los individuos y la sociedad.^{10, 11, 12}

Los costos directos incluyen la utilización de recursos sanitarios para el diagnóstico y tratamiento, así como los gastos no sanitarios ocasionados por la enfermedad. Las variables de los costos directos incluyen: atención ambulatoria/hospitalización, medicamentos y aplicaciones, servicios profesionales y costos de rehabilitación.^{11, 12}

Este estudio de costo permite, realizar extrapolaciones y estimaciones con otros hospitales y centros de atención a nivel nacional e internacional, así como referencia para planificaciones económicas sobre la gestión del capital humano y recursos disponibles para la atención de los pacientes pediátricos, con enfermedades con comportamientos afines a la ENI.

Objetivo general:

Estimar la carga económica quinquenal de la Enfermedad Neumocócica Invasiva en el Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto".

Objetivos específicos:

- Estimar los costos medios de la ENI en función de la producción.
- Estimar los costos directos totales de la ENI en función de la producción.

DESARROLLO

Contexto y clasificación del estudio:

Estudio observacional ambispectivo, con enfoque de prevalencia de costos de enfermedad desde una perspectiva institucional, desde el 1ro de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2015, en el Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto" de Cienfuegos.

Método:

Se realizó la revisión documental de las estadísticas institucionales y de las historias clínicas de los egresados con ENI. Fueron entrevistados los informantes claves sobre el procedimiento para la atención a los pacientes con sospecha de ENI en cada servicio. Se observó de manera directa, durante un período de 3 años, los procedimientos para la atención a los pacientes hospitalizados en los servicios de Cuerpo de Guardia, Sala de Respiratorio, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se identificaron los insumos, equipos, así como los tiempos de uso asociados al diagnóstico y los profesionales que ejecutaron las pruebas y elaboraron los alimentos. Se trianguló la información con la información obtenida retrospectiva y prospectivamente, se diseñó la función de producción.

Se registró toda la información captada de las historias clínicas, los costos estimados de los complementarios, las dietas, los medicamentos y los asociados al personal y se exportaron hacia el paquete estadístico SPSS 21.0 para el procesamiento de la información. Para estimar los costos medios, y los directos totales de la ENI en el hospital, se calcularon las estadísticas descriptivas de las variables (frecuencias absolutas y relativas, media, desviación estándar (DE), mediana, rango intercuartílico (RI)), según cada tipo. Para cada categoría se obtuvo el total de prestaciones de las variables en estudio, el costo total y promedio de los casos presentados.

Resultados:

La estadía en la UCI para estas enfermedades fue de 7.14 días, y decreció a 5.84 en el caso de las salas abiertas. (Ver anexo 1.)

El costo medio total resultó \$1290.23. Se evidencia que el costo por salario corresponde al mayor valor con un 57.8%, seguido de los costos por medicamentos y complementarios con una distribución de 18.3% y 13.6% respectivamente. (Ver anexo 2.)

El hemograma se indicó en 155 oportunidades, seguido de la gasometría y las radiografías con 150 y 131 indicaciones respectivamente. El mayor gasto se concentró en los hemocultivos, con \$3275.96, a pesar de haberse indicado 93 veces. Los 8 cultivos del LCR realizados significaron \$279.68. (Ver anexo 3.)

El costo por consumo de medicamentos en orden decreciente fue: vancomicina (\$3711.42), omeprazol (\$1183.42) y cefotaxima (\$801.83) (Ver anexo 4.)

Los costos totales por meningitis destacan sobre las restantes formas clínicas, con un costo total de \$2268.30, seguido de la neumonía que representó un costo promedio total de \$1182.74. (Ver anexo 5.)

El costo promedio total de la ENI fue de \$1290.23, el servicio que más costos aportó fue en la UCI, que muestra cifras de \$1693.58, representando el 80% de los gastos de los tres servicios. La sala abierta aportó el 18.7% de los costos relacionados con la infección neumocócica, con un promedio de \$396.70. (Ver anexo 6.)

La neumonía representó el 71% de los costos, con un total de \$41 431,77. La meningitis constituyó el 27%, para un costo de \$15 878. El costo diario de un ingreso por neumonía en el hospital fue de \$140,44 y las meningitis de \$178,40. Las Neumonías en el periodo estudiado significaron un costo estimado total de \$72

134,94 y las Meningitis \$34 024. El costo total de la ENI ascendió a \$58 065,35 de forma tal, que el costo estimado total de la ENI fue de \$106 914,87. (Ver anexo 7.)

Discusión de resultados:

La media de estadía es similar a estudios europeos, que reportan promedios entre 11 y 14 días¹³. La estadía en UCI resultó superior a la de sala abierta en poco más de un día, mostrando similitud con otros estudios.^{14, 15}

El salario del personal resultó el costo directo total por elemento de gasto más elevado. Difiriendo de otros estudios a nivel mundial, que incluyen salario dentro de variables complejas como costo-cama por paciente y/o tiempo de.¹⁶ Otros estudios concuerdan en que es este rubro el que mayor porcentaje aporta al costo de la enfermedad.¹⁷

En cuanto a los medicamentos, este componente reportó un costo promedio que representó la quinta parte del total de los costos, cifra que coincide con otros estudios internacionales con economías afines a la cubana, como es el caso de Viet-Nam¹⁵ pero también con otros países con sistemas económicos diferentes como Paquistán.¹⁷ Establecer una comparación directa estaría limitada por el hecho de que estos costos se incrementan teniendo en cuenta los diferentes tipos de estimaciones que se realizan de acuerdo al sistema económico, el nivel de desarrollo, los patrones de tratamiento, el precio de mercado de los fármacos utilizados, y el costo de estos, que varía incluso de acuerdo al servicio al que se carga. En este acápite se muestra también el costo promedio por complementarios, los que representan un 13%, esto coincide con estudios de costos en pacientes pediátricos, realizados en otros países^{18, 19} los cuales muestran un porcentaje similar del costo promedio total en este rubro.

La variable alimentación se incluye en algunos estudios dentro de “costo por hotel”, dado por la formación económica social capitalista y el sistema de salud que combina la atención pública con el sector privado, por lo que existen diferencias con otros estudios consultados.²⁰

Los resultados relacionados con los complementarios, si bien difiere de algunos autores donde las radiografías son más costosas que los exámenes de laboratorio;¹⁸ es similar a los reportados por otros estudios,^{21, 22} donde los costos de estos complementarios resultaron superiores a los de imagen, aun cuando se trata de las neumonías, donde la radiografía de tórax es indispensable para la realización del diagnóstico. La sumatoria de los costos de hemogramas y gasometrías realizadas en este estudio, supera cinco veces los estudios imagenológicos y lo que es discretamente superior a lo encontrado por otros autores.^{21, 22} En el caso de los estudios microbiológicos, influye en el alto costo los medios de cultivos, lo que contrasta con el costo del resto de los estudios complementarios y dentro de ellos los hemocultivos, que representaron un costo superior al resto de los estudios. Si unimos a ello acerca del rendimiento de los mismos entre 4 y 18% en la infección neumocócica, se apoya la posición de otros autores,²³ que cuestionan la relación costo/beneficio de los mismos en los pacientes con neumonías, forma clínica

en la que más se utiliza como examen complementario en el diagnóstico etiológico.

En los gastos por medicamentos destaca la Vancomicina, la que está protocolizada en el tratamiento de la infección neumocócica, sobre todo en casos graves que ingresan en UCI²⁴ e independientemente de la localización, ya sea neumonías o meningitis.^{1, 4, 5} Sin embargo otros medicamentos que no son antibióticos, influyen también en los costos relacionados con este elemento. Medicamentos, como el omeprazol, superó a antibióticos como la cefotaxima y la ceftriaxona, en cuanto a gasto total. Se ven también notables diferencias entre dos antibióticos del mismo grupo y por ende igual espectro antimicrobiano, cefalosporinas de tercera generación, pero con precios unitarios diferentes, donde fue más utilizada la más costosa (Cefotaxima), y que, por demás, necesita mayor número de dosis para su administración, De la misma forma resalta el bajo costo de la utilización de antibióticos como la penicilina, pues similar cantidad de bulbos utilizados que la ceftriaxona, apenas aporta valor al costo de la enfermedad.

Al estimar los costos directos promedio, de acuerdo al servicio de hospitalización, y a las formas clínicas de presentación de la ENI, resultó ser más relevante el costo por atención en UCI de los pacientes con meningitis (\$1839,66) en comparación con las neumonías (\$1722.68), lo que concuerda con otros autores.¹⁸ Lo que se pudiera relacionar con la complejidad del tratamiento de las meningitis, así como el mayor tiempo de estadía que tiene esta enfermedad en la UCI. En sala abierta los costos promedios de ambas enfermedades resultan casi la mitad de los correspondientes a UCI. No obstante, en ambos servicios, el costo de las meningitis resulta muy similar al de las neumonías, lo que se justifica a que el tanto el tratamiento como el seguimiento en sala tienen un comportamiento parecido, y ambos tienen una estadía similar de 6 días una vez que están en dicho servicio. Esto resulta relevante y concordante con otros estudios en los que el comportamiento por servicios es similar^{18, 19}

En UCI, el costo promedio de atención resultó muy superior al de sala abierta para un monto de \$1693.58 que significó el 80% del total, a pesar de que solo atendió a 23 pacientes²⁰. Esto se debe principalmente al uso de terapéuticas antimicrobianas de amplio espectro, más caras que el resto de los antibióticos; equipos médicos personalizados y de monitorización de los pacientes que requiere mayor número de personal en función de la atención individualizada a estos.^{13, 20} En el caso del personal de enfermería, éste requiere mayor calificación docente y asistencial para laborar en este servicio, siendo remunerados en función de la misma. En sala Abierta, a pesar de comprender un mayor tiempo de hospitalización, requieren menos atención individualizada los pacientes y en la mayoría de los casos culminan terapéutica antimicrobiana con medicamentos de menor costo que los utilizados en la UCI.

En cuanto a los costos directos totales diarios por ENI, se aprecia que el costo total diario se estimó en \$469.84, mientras que el total se estimó en \$58065,35; de acuerdo con la muestra de 45 pacientes y el período estudiado.

Se estimó además el costo total por forma clínica de presentación en el que las

neumonías aportaron la mayor cuantía con \$41431,77, lo que implica que un día para un paciente con neumonía en el hospital representa en costo \$140,44. Esto se relaciona estrechamente con que, de las formas clínicas de presentación de la ENI, la neumonía fue la más frecuente, tal cual se aprecia en la literatura revisada.^{14, 17}

En segundo lugar, en frecuencia y costo total resultaron las meningitis, con un costo estimado total de \$15878, 15 y un costo por día de \$178,4. Esto último resulta significativo porque evidencia el monto superior de una meningitis, sobre una neumonía. Dato que resulta comparable con publicaciones internacionales dada su similitud.^{15, 17, 18, 19, 26}

La carga económica total estimada de los 79 pacientes con ENI en el hospital pediátrico de Cienfuegos en el período estudiado fue de \$106 914,87, de ello la neumonía presentó un costo total de \$72 134.94, seguido de la meningitis con un costo total de \$34 024. 50. Resultado que proviene del microcosteo realizado durante 3 años, con la observación detallada de los casos tanto prospectiva como retrospectivamente, lo que representa el aporte de esta investigación, y cumple con las perspectivas de resolución de un problema pendiente en esta institución.

CONCLUSIONES

La enfermedad neumocócica invasiva demanda un consumo substancial de recursos económicos hospitalarios, como resultó su costo hospitalario total, de \$106 914,87. El conocimiento de estos costos permite un mejor análisis del gasto sanitario de las instituciones de salud, así como la planificación de las necesidades materiales futuras. Además, contribuye al estudio y evaluación de la práctica médica, favoreciendo una mejor gestión clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wood JB, Peters TR. *Streptococcus pneumoniae* (pneumococcus) En: Kliegman RM, St Geme JW, Stanton BF, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia. Elsevier Inc; 2015. p. 1322–1327.
2. Hanna-Wakim R, Chehab H, Mahfouz I, Nassar F, Baroud M, Shehab M, et al. Epidemiologic characteristics, serotypes, and antimicrobial susceptibilities of invasive *Streptococcus pneumoniae* isolates in a nationwide surveillance study in Lebanon. *Vaccine*. 2012;30 Suppl 6:G11-7.
3. Navarro Torne A, Días JG, Quinten C, Hrubá F, Busana MC, Lopalco PL, et al. European enhanced surveillance of invasive pneumococcal disease in 2010: data from 26 European countries in the post-heptavalent conjugate vaccine era. *Vaccine*. 2014;32(29):3644-50
4. Ampofo K, Byington CL. *Streptococcus pneumoniae*. En: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. 4th ed. Philadelphia. Elsevier Inc., 2012: 721-28.
5. Maraqa NF. Pneumococcal Infections. *Pediatrics in Review* 2014;35:299-310.
6. Liu L, Johnson H L, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, et al. Global, regional and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012; 379: 2151-61.

7. Informe Regional de SIREVA II, 2012. Datos por país y por grupos de edad sobre las características de los aislamientos de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* en procesos invasores. En: PAHO, ed. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2013:377.
8. Constenla D, Gómez E, de la Hoz F P, O'Loughlin R, Sinha A, Valencia J E, et al. The burden of pneumococcal disease and cost effectiveness of a pneumococcal vaccine in Latin America and the Caribbean. *Sabin Vaccine Institute* 2007; 1: 129.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: MINSAP; 2015.[citado 8 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
10. Gálvez González AM, García Fariñas A, Portuondo Sánchez C, Lara Bastanzuri C, Collazo Herrera M. Evaluación económica en salud y toma de decisiones en el contexto sanitario cubano. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. 2012 [citado 4 Jun 2012];38(2):253-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200008&lng=es
11. Durán Heras MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBVA,2002.p.391
12. Gálvez GA, Álvarez MM, Sarduy DY, Morales LM. Diagnóstico de la evaluación económica en salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004; 30(1).0-0
13. Brotons P, Gelabert G, Launes C, Sicuri E, Pallares R, Muñoz-Almagro C. Cost of hospitalizing children with invasive pneumococcal pneumonia. *Vaccine*. 2013;31(7):1117-22.
14. Sadruddin S, Shehzad S, Bari A, Khan A, Khan A, Qazi S. Household costs for treatment of severe pneumonia in Pakistan. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2012;87(5 Suppl):137-43.
15. Anh DD, Riewpaiboon A, Tho LH, Kim SA, Nyambat B, Kilgore P. Treatment costs of pneumonia, meningitis, sepsis, and other diseases among hospitalized children in Viet Nam. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2010:436-42
16. Temple B, Griffiths UK, Mulholland EK, Ratu FT, Tikoduadua L, Russell FM. The cost of outpatient pneumonia in children < 5 years of age in Fiji. *Tropical Medicine & International Health*. 2012; 17(2):197-203.
17. Hussain H, Waters H, Omer SB, Khan A, Baig IY, Mistry R, et al. The cost of treatment for child pneumonias and meningitis in the Northern Areas of Pakistan. *The International journal of healthplanning and management*. 2006;21(3):229-38
18. Lagos R, Muñoz A, Espinoza A, Dowes A, Ruttimann R, Colindres R, et al. Costos médicos directos de enfermedades neumocócicas invasoras y neumonías con diagnóstico radiológico en niños chilenos. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(2):101–11.
19. Lucarevschi BR, Escobar AM, Grisi S. Custos hospitalares da meningite causada por *Streptococcus pneumoniae* na cidade de São José dos Campos, SP. *Cad Saúde Pública* 2012;28(4):740–8.
20. Grenón SL, Grabulosa MCS, Regueira MM, Fossati MS, von Specht MH. Meningitis neumocócica en niños menores de 15 años. Dieciséis años de vigilancia epidemiológica en Misiones, Argentina. *Revista Argentina de*

- microbiología. 2014;46(1):14-23.
21. Alvis Guzmán N, de la Hoz Restrepo F, Higuera AB, Pastor D, Di Fabio JL. The economic costs of pneumonia in children under 2 years of age in Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;17(3):178-83
 22. Alarcón Á, Lagos I, Fica A. Gastos hospitalarios por neumonía neumocócica invasora en adultos en un hospital general en Chile. *Revista chilena de infectología: órgano oficial de la Sociedad Chilena de Infectología*. 2016;33(4):389-94.
 23. Díaz A, Calvo M, O'Brien A, Farías G, Mardóñez JM, Saldías F. Utilidad clínica de los hemocultivos en pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad. *Revista medica de Chile*. 2002;130(9):993-1000.
 24. Escribano MA. Neumonía comunitaria grave en la edad pediátrica. *Anales Españoles de Pediatría*. 2001;54(Supl 2):30-6.
 25. Grenón SL, Grabulosa MCS, Regueira MM, Fossati MS, von Specht MH. Meningitis neumocócica en niños menores de 15 años. Dieciséis años de vigilancia epidemiológica en Misiones, Argentina. *Revista Argentina de microbiología*. 2014;46(1):14-23.
 26. Hussain H, Waters H, Khan AJ, Omer SB, Halsey NA. Economic analysis of childhood pneumonia in Northern Pakistan. *Healthpolicy and planning*. 2008;23(6):438-42.

ANEXOS

Anexo 1 Tabla de valores promedios de estadía hospitalaria.

Servicios	Neumonía. Media (IC95%)	Meningitis. Media (IC95%)	Total. Media (IC95%)
Sala abierta	6.12 (5.03-7.39)	6.14 (3.59-9.79)	5.82 (1.13- 4.05)
UCI	5.79 (5.30- 9.46)	6.57 (4.39-8.86)	7.14 (5.68- 8.68)
Total	8.50 (6.56-11)	12.71 (9.07- 16.22)	12.95 (1.54- 10.32)

Anexo 2 Tabla de costos directos promedio (CUP) de la ENI por componente y paciente hospitalizado.

COMPONENTES DE COSTO	Media (IC95%)	%
Salarios	\$745.76 (454.64-1121.16)	57,8
Medicamentos	\$235.62 (118.00-394.81)	18,3
Complementarios	\$175.91 (137.84-218.97)	13,6
Alimentos	\$132.94 (103.47-166.21)	10,3
Total	\$1290.23 (841.96-1859.53)	100

Anexo 3 Tabla de Gastos totales (CUP) por complementarios más utilizados en la ENI.

Complementarios	Veces indicados	Precio	Gasto total
Radiografía	150	\$2.58	\$469.80
Hemograma	155	\$9.62	\$1355.77
Gasometría	131	\$7.77	\$1086.36
Hemocultivos	93	\$35.22	\$3172.14
Cultivo LCR	8	\$34.96	\$279.68
Cultivo líquido pleural	3	\$32.70	\$98.10

Anexo 4 Tabla de Gastos totales (CUP) por medicamentos más utilizados en la ENI.

Medicamentos	Unidades utilizadas	Precio	Gasto total
Vancomicina	522	\$7.11	\$3711.42
Omeprazol	79	\$14.98	\$1183.42
Cefotaxima	850	\$0.91	\$801.83
Meronem	74	\$8.29	\$613.25
Linezolid	34	\$19.82	\$613.88
Ceftriaxona	115	\$0.61	\$70.64
Penicilina	128	\$0.13	\$16.64

Anexo 5 Tabla de Gastos totales (CUP) por paciente hospitalizado, según formas clínicas y servicios.

Servicios	Neumonía. Media (IC95%)	Meningitis. Media (IC95%)	Otras. Media (IC95%)
Cuerpo de Guardia (n=45)	25.92 (20.58-31.95)	39.76 (27.09-55.49)	24.97 (19.00-30.93)
Sala abierta (n=45)	418.50 (332.23-531.57)	388.87 (199.99-605.95)	160.63 (123.13-198.13)
UCI (n=23)	1722.68 (849.66-3157.96)	1839.66 (1213.91-2540.20)	^^
Total (n=45)^	1182.74 (682.77-1953.73)	2268.30 (1513.88-3163.67)	263.83 (208.80-318.87)

Anexo 6 Tabla de Costos directos promedio (CUP) por paciente hospitalizado por ENI, según servicios.

Servicios	Media (IC95%)	%^^
Cuerpo de Guardia (n=45)	\$28.01 (23.06-33.42)	1.3
Sala abierta (n=45)	\$396.70 (315.79-483.00)	18.7
UCI (n=23)	\$1693.58 (1075.51-\$2545.72)	80.0
Total (n=45)^	\$1290.23 (841.96-1859.53)	

Anexo 7 Tabla de Distribución de los costos directos totales, diarios y por paciente de la ENI según formas clínicas.

FORMAS CLÍNICAS	COSTO TOTAL	%	COSTO DIARIO	COSTO PACIENTE	COSTOS TOTALES (N)
Neumonía	\$41431,77	71%	\$140,44	\$1 182,54	\$72 134,94 (61)
Meningitis	\$15878,15	27%	\$178,40	\$2 268,30	\$34 024,50 (15)
Otras	\$755,43	1%	\$151	\$2 63,83	\$755,43 (3)
TOTAL	\$58065,35	100	-	-	\$106 914,87 (79)

EVENTO HISPANO CUBANO

TÍTULO: CULTURA, MODA, SEXUALIDAD Y SOCIEDAD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL.

AUTORES:

Lic. Alexis Conde Mérida, Dra. Meybol Tejera Mestre, Lic. Yanet Ravassa Martinez, Lic. Diana Maité Rosello Díaz

Dirección Ave 48 No 6311 % 63 y 65 Cienfuegos. Número de teléfono: móvil: 54354472casa: 52289417. Correo electrónico: alexis.conde@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La problemática demográfica que vive hoy la humanidad matizada por el envejecimiento poblacional, reclama que la familia, las autoridades gubernamentales, los educadores y los gestores de salud una atención diferenciada e inteligente de las nuevas generaciones, sus jóvenes y adolescentes; pues ello determinará la perpetuidad de la especie, costumbres, culturas y la fuerza productiva del futuro.¹ (OMS, 1995).

En la sociedad moderna, la población de adolescentes ha alcanzado una cifra relevante, casi la cuarta parte de la población mundial y a pesar de que existen grandes diferencias entre los adolescentes de distintas regiones del mundo, por las influencias culturales y socioeconómicas a los que están sometidos, puede hacerse una caracterización general de esta etapa. Como período crítico del desarrollo, es rico en potencialidades de cambio y transformaciones, lo que motiva el interés de diferentes sectores de la sociedad que tienen claridad en comprender que la generación de adolescentes de hoy representa al adulto del mañana.

La adolescencia es un período único, de rápido crecimiento y desarrollo, que incluye las esferas físicas, emocional, cognitiva y social, a través de la cual se pasa de la infancia a la adultez.

Los programas de atención al adolescente, fundamentalmente en América Latina, se centran, en gran medida, en conductas problemáticas específicas e intervienen cuando los comportamientos ya están arraigados. Cuba no está exenta de estos problemas, aunque en la actualidad se va a la búsqueda de percepciones y comportamientos sobre la sexualidad en adolescentes que no han manifestado problemas en este sentido, lo que no quiere decir que sus conocimientos y percepciones sean los adecuados.

Los jóvenes actuales tienen características sociales diferentes a las generaciones anteriores, pertenecen a la era de la comunicación donde el uso de los avances tecnológicos: la televisión, los ordenadores, la telefonía celular y los Digitales cumplen la función de divulgar información en tiempo record, coadyuvando a suplir las cognoscitivas generacionales.²

Todos estos factores pueden hacer pensar que los adolescentes deberían tener menos problemas de conocimientos. Los adolescentes de este siglo, se enfrentan ante situaciones y tener que tomar importantes decisiones sobre la propia vida de acuerdo

con estas características se consideran más susceptibles y vulnerables que el resto de la población y se hace necesario actuar con factores protectores que favorezcan su desarrollo pleno, reduciendo los efectos de circunstancias desfavorables.³

El grupo social, ese espacio inevitable del ser humano, donde se origina su cotidianeidad y se hace realidad la esencia humana “como conjunto de las relaciones sociales” puede y debe ser también un “lugar de génesis y transformación para el desarrollo de la personalidad. Estudiosos del tema han señalado la importancia de las potencialidades educativas que tiene todo grupo humano, porque a través del mismo como sistema socio-psicológico, se van transformando los subsistemas de relaciones interpersonales, de normas y valores, así como, los propios mecanismos de comunicación. Investigaciones han demostrado como es más fácil modificar conductas en sujetos por medio de la acción grupal, que, por separado, los efectos logrados por medio del grupo son más duraderos que si los sujetos cambiasen aisladamente y esta transformación resulta más aceptada. Naciones Unidas.⁴

Diversas personalidades señalan que a las prácticas culturales y la moda no siempre se le ha prestado la necesaria atención al desarrollo del proceso grupal y que no propicia de manera sistemática la articulación dinámica entre lo personal y lo social, lo interno y lo externo, el yo con el nosotros y la libertad con la responsabilidad, lo que no favorece el desarrollo de una educación alternativa y participativa desde el enfoque humanista crítico.

1

En Cuba estos objetivos estratégicos son trazados desde la Constitución de la República, en el capítulo de los derechos y garantías fundamentales artículos, y en la apropiación del concepto de salud pública de 1990 aportado por Milton Terris, asumiendo un enfoque de salud integrativo de las determinantes estructurales en salud y la relación entre estructura social y salud en su relación causa efecto con la perspectiva de desarrollo que aporta en 1990 el PNUD el cual expone que “El desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades del ser humano” aportando las dimensiones que caracterizan el Desarrollo Humano como crecimiento económico, bienestar (nivel de vida, educación y salud), equidad social, libertad política, participación, seguridad humana, protección medio ambiente, sostenibilidad, y cooperación. Se asume el nuevo concepto de bienestar como el Estado de cosas personales o de bienes colectivos que se requiere para poder vivir bien, que en el lenguaje humano significa para desarrollar el potencial, las capacidades con las que se nace. Aunque el bienestar material es básico no se reduce a él, se define el modelo de bienestar en relación al desarrollo de cada cultura. Pero existe un mínimo de criterios de una situación digna, la pobreza como la privación de capacidades, de la condición humana, del bienestar Bienestar material y espiritual: nivel de vida y calidad de vida y su enfoque de capacidades como Aptitud para ejercer un derecho. Habilidad para satisfacer ciertas funciones importantes por encima de ciertos niveles mínimos adecuados y necesidades como requerimiento de algo básico para la reproducción de la vida.

Esa interrelación entre salud y desarrollo a partir de las **Necesidades** de: alimentación, preservar y desarrollar la vida: salud, educación, información, recreación, vivienda, socialización, comunicación básica, transporte, vestido/calzado, seguridad, bienes domésticos para una vida confortable, empleo y libertad. A su vez valorando las **Capacidades** como el saber hacer algo que tiene que ver con la satisfacción de las necesidades y que impliquen: autonomía, crear/conocimientos y productos/ educación, habilidades de comunicación, oportunidad de tener recursos, condiciones para vivir una vida longeva, derecho de participación, planeamiento para la vida.

La influencia de los procesos de aculturación y enculturación desde constructos socio-culturales sobre la sexualidad asumidos por adolescentes y jóvenes desde los

imaginarios individuales y colectivos con las modas, la utilización de las nuevas TIC y la guerra cultural y psicológica que ejercen las potencias imperialistas en aras de hacer al ser humano más objeto que sujeto nos planteamos la siguiente pregunta.

¿Estarán percibiendo los adolescentes y jóvenes que se ejerce una influencia de estereotipos culturales, desde una guerra cultural psicológica?

DESARROLLO

Pierre Bourdieu, reconocido como uno de los mayores precursores de la sociología contemporánea precursor del “constructivismo estructuralista”. Señalo: “Que es importante incluir dentro de su sociología el modo en que las personas, sobre la base de su posición en el espacio social, perciben y construyen el mundo social. Sin embargo, la percepción y la construcción que tienen lugar en el mundo social es animada y constreñida por las estructuras”⁵, dicho dualismo (objetivismo-subjetivismo). Su variada investigación en ámbitos sociales que abarcan desde la filosofía, la ciencia, el arte y el deporte; matizadas por su interés acerca de los mecanismos de reproducción de jerarquías sociales (más allá de los económicos) que impone mediante la imperceptible violencia simbólica, la manera en la que el sujeto percibe el mundo social y la cultura actuando en consecuencia a dicha percepción.

Entre su extensa obra figuran como trascendentales: “Los estudiantes y la cultura” en 1964, “El oficio del sociólogo” (1968) y más recientemente “La dominación masculina” (1998) y “Capital cultural, escuela y espacio social” publicado un año antes de su deceso, entre otras ha sido ampliamente reconocido.

Sus propuestas teóricas giran, en torno a la relación entre dos categorías principales: el *habitus* y el *campo*. Imprescindibles en el acercamiento a su sociología, así como otros conceptos válidos que ofrece. En este sentido el *habitus* según plantea Bourdieu es entendido como:

(...) ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posesión en un estilo de vida unitario, es decir, en un conjunto unitario de elección de personas, de bienes, de prácticas; los *habitus* son también estructuras, esquemas clasificatorios, principios de clasificación y de división, de gustos diferentes. Producen diversas diferencias, operan distinciones entre lo que es bueno y lo que es malo, entre lo que está bien y lo que está mal, entre lo que es distinguido y lo que es vulgar, etc. Pero lo esencial es que, cuando son percibidas a través de sus categorías sociales de percepción, de sus principios de visión y de división, las diferencias en las prácticas, los bienes poseídos, las opiniones expresadas, se vuelven diferencias simbólicas y constituyen un verdadero lenguaje.⁶

Aun cuando el *habitus* influye sobre las formas de obrar, pensar y sentir de los individuos, no actúa como determinante absoluto sino como principio (mayormente fuera de la conciencia) que orienta nuestras prácticas en el mundo social sin pretender la obediencia mecánica de las personas.

Por otro lado, el *campo* para Bourdieu “apuntala y dirige las estrategias mediante las que los ocupantes de estas posiciones persiguen individual o colectivamente salvaguardar o mejorar su posición, e imponer el principio de jerarquización más favorable para sus propios productos”.⁷

De esta forma en la base del *campo* se manifiesta la existencia objetiva de un capital común (simbólico, cultural interiorizado, cultural objetivado, cultural institucionalizado y social) que genera determinados enfrentamientos y jerarquías entre aquellos que lo detectan y aquellos que esperan tenerlo.

Desde su teoría Bourdieu nos ofrece la posibilidad, a partir de la categoría habitus, para analizar comportamientos colectivos que en los diferentes campos se enfrentan en aspiración a la posesión de capitales diversos. Igualmente es esencial la relación de interdependencia que plantea entre el habitus y el campo, para comprender dialécticamente determinados fenómenos sociales. En la década del 60 se proyecta hacia el estudio de lo simbólico, logrando reflexiones que se constituyeron como una teoría de la violencia y del capital simbólico.

Dichas reflexiones constituyen la base explicativa coherente para el análisis del consumo, producción y reproducción de modas en adolescentes y jóvenes precisamente por ser, la expresión simbólica, una de las formas en las que se manifiesta.

El capital simbólico funciona como “una propiedad cualquiera, (...) percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica». ⁸ Pero el origen de esta magia reside sobre todo en la medida en que los sujetos reconocen o desconocen los significados de ese capital.

En este sentido J. Manuel Fernández, haciendo un análisis de la noción de violencia en la obra del autor, explícita la violencia simbólica como: “esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en expectativas colectivas, en creencias socialmente inculcadas, transforma las relaciones de dominación y de sumisión en relaciones afectivas, el poder en carisma”. ⁸

Para Bourdieu, sintéticamente, la violencia simbólica constituye “esta forma de violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad” ⁷.

Particularizando en el consumo, producción y reproducción de estereotipos culturales como fenómeno de enculturación y aculturación desde el conocimiento y la educación, otros autores han seguido estas reflexiones para comprender este fenómeno. Respecto a cómo percibimos el mundo, el género sería una especie de filtro cultural con el que interpretamos el mundo, y también una especie de armadura con la que constreñimos nuestra vida.

Coincidimos con lo analizado por Bourdieu, cuando afirma que el fenómeno de la violencia ha penetrado los ámbitos de la sociedad moderna como una mutación del ejercicio del poder, desde el plano físico hacia un plano simbólico y subyacente.

Uno de los campos donde se hace necesario las investigaciones sobre el poder simbólico es precisamente en los imaginarios individuales y colectivos en esta interiorización vale destacar el papel del lenguaje y la comunicación. Así los discursos simbólicos se ejercen, bajo el disfraz de las modas y siguiendo la estructura del campo, pasan muchas veces como incuestionados o incuestionables.

En este sentido y refiriéndose más concretamente al papel de la socialización en la expresión simbólica de la dominación sexual Bourdieu afirma: “se impone una construcción social de la representación del sexo biológico, fundamento de todas las visiones míticas del mundo; y se inculca una hexiscorporal que es una verdadera política incorporada”. ⁹

Así, paulatinamente, se incorporan concepciones de lo femenino y lo masculino que, al paso del tiempo y la influencia continua, se establece sin susceptibilidad de cambio dando paso a esta forma simbólica de la violencia.

Es en este aspecto su paradigma acorde a la sociología de la salud la cual propone que el campo de las relaciones sociales es también determinante de la salud y que la salud es un fenómeno social que puede abordarse desde la perspectiva institucional o grupal, es decir relacional. Esa interrelación entre salud y desarrollo con su enfoque de necesidades y capacidades planteadas en los objetivos del desarrollo sostenible

En resumen, en las concepciones propuestas por Bourdieu sobre la violencia simbólica se encuentran fundamentos relevantes para entender la dimensión simbólica dentro de las

...modas en adolescentes y jóvenes precisamente por ser, la expresión simbólica, una de las formas en las que se manifiesta.

impuestos a adolescentes y jóvenes. Concepciones que por su validez teórica se pueden aplicar desde la educación y la concepción de la seguridad nacional como la desinformación y la guerra cultural y psicológica desde la profundización de los valores y principios éticos-morales y la profundización de la educación integral de la sexualidad, campo de la investigación que se propone el autor.

Los rasgos fenotípicos que representamos están debidamente explicados por la evolución. Nadie tiene una piel blanca o negra; un cabello rizado o lacio porque sí, sino porque, en los contextos en que evolucionaron, esos rasgos eran los más adecuados para garantizar la adaptación y la supervivencia, sin embargo, la historia ha construido un canon de belleza- y de poder – occidental que pondera como su centro lo blanco (asociado a un grupo de rasgos y cualidades) el que sobrevive pese a los procesos emancipatorios ocurridos. En un entorno global donde ese color de la piel ha sido impuesto como símbolo de poderío y de éxito de ahí que los grandes medios de la comunicación, con alcance global reproduzcan canon en telenovelas alejados de los fenotipos de los pueblos.

Nuestros adolescentes y jóvenes tienen características sociales diferentes a las generaciones anteriores, pertenecen a la era de la comunicación donde el uso de los avances tecnológicos: la televisión, los ordenadores, dispositivos móviles e internet cumplen la función de divulgar información en tiempo record, por tanto, carece de sentido fustigar transformaciones en su cuerpo, porque, ellos solo reproducen lo que les han enseñado toda la vida. Si bien es una decisión personal, está motivada por percepciones sicosociales y creencias que nacieron antes y morirán después que ellos, el tatuaje, el pirce, la queratina, las cremas blanqueadoras de la piel más frecuentes en el llamado continente negro que provocan disminución del grosor de la piel, las cirugías plásticas para aspirar al ideal de perfección son más populares cada día con implantes de siliconas, las licras, las transformaciones de los genitales. No es de extrañar que la región de América latina y el Caribe sea uno de los centros mundiales de cirugías estéticas, a esos fenómenos no escapamos los cubanos. La peor colonización es la de las mentes, rompen las cadenas del pensamiento, no resulta fácil al ver un cartel publicitario, una película, serie, telenovela, o cualquier poster y aparezcan representados.

A su vez ocurre un proceso de sexualización o erotización infantil que alude a una realidad sociológica relacionada con expresiones, posturas o códigos del vestuario que buscan la seducción. Se trata de un proceso progresivo donde la influencia de las imágenes sexuales que a menudo rodean a los niños, determinan la apreciación sobre sí mismo, y aquello con lo que sueñan ser o poseer. Centros de belleza, certámenes para elegir *misses* de diez años o promociones de bikinis con relleno, orientados al sector más joven de la población, dibujos animados de Barbie o las muñecas Bratz, cuyas figuras exhiben una delgadez extrema han sido detonantes del conflicto desde la apropiación en los imaginarios individuales y colectivos en un contexto donde la sociedad es constantemente bombardeada por los medios de comunicación y las pautas culturales que estos trazan.

Todas estas conductas y formas de pensarse y sentirse dentro de los adolescentes y jóvenes que marcan jerarquías simbólicas y con ello la aparición del modelo de dominación, que, extrapolado a la violencia de género, establece la apropiación de roles imponiendo límites (en su mayoría irreales) que entorpecen el pleno desarrollo de todos y todas.

En el recorrido de los siglos los decisores fueron adjetivizando todo lo relacionado con el sexo, entonces veía al sujeto como eso un ser bio- psico- social, a su vez olvidando dentro de ese mismo paradigma Vigoskiano la mayor interpretación del proceso de enculturación y aculturación del individuo en los procesos culturales del aprendizaje, y no permitía hablar de ser sexuado como la dimensión y el valor que cada individuo va

que se va creando el sujeto en sus rasgos de vivirse bien o mal con mayor o menor interferencia haciendolo quien es. Es parte de su bienestar vinculado a la salud y desarrollo humano.

La experiencia personal intransferible, que se organiza en un sistema social que tiene normas consensuadas socialmente de acuerdo al momento histórico social. Lo anterior ubica a la sexualidad en dos ámbitos, uno subjetivo donde entran en juego el intelecto del individuo, sensaciones, deseos y sentimientos, y el otro es el sociocultural y aquí quedan comprendidas normas, valores, estereotipos y roles.

Ambos niveles ubican al individuo como un ser sicosocial que requiere de relaciones sociales, utilizando para ello su sexualidad, como arma importante. Por otro lado, la familia como la institución más importante de la estructura social y la educación, percibida desde la complejidad de su funcionalidad, implica consecuencias para el individuo que repercuten en un conflicto existencial por tratar de ser legítimo como un deber o como una obligación social. La ideología del sujeto es otro elemento que convierte lo público en privado a través del aprendizaje social sustentado en el contexto

Una serie de mitos, medias verdades, estereotipos, manipulaciones y ocultamientos han sido socializados durante siglos para legitimar el dominio masculino y el uso de la violencia como forma de ejercer y mantener el control sobre lo femenino, tanto a nivel individual como colectivo. Estos mitos se han transmitido a través de la narración oral, la educación familiar, la literatura, el arte, la ciencia androcentrista, el derecho patriarcal, los refranes y el sentido común, entre otros y aunque se han producido importantes cambios a nivel social, aún sobreviven adaptándose a los nuevos contextos. Una de las formas menos identificadas socialmente como tal es la violencia simbólica desde los medios de comunicación y las industrias culturales. Con frecuencia pasa inadvertida, pues el discurso mediático ha sido legitimado como referente social, y sus representaciones de la realidad socializan los paradigmas hegemónicos. Pierre Bourdieu en la obra sociológica puede hablar de una concepción teórica sobre *habitus* y campo plantea que, el *habitus* influye sobre las formas de obrar, pensar y sentir de los individuos, no actúa como determinante absoluto sino como principio (mayormente fuera de la conciencia) que orienta nuestras prácticas en el mundo social sin pretender la obediencia mecánica de las personas.

Coincidiendo así con lo planteado por Bourdieu, cuando plantea que el campo “apuntala y dirige las estrategias mediante las que los ocupantes de estas posiciones persiguen individual o colectivamente salvaguardar o mejorar su posición, e imponer el principio de jerarquización más favorable para sus propios productos”⁷

Según ha abordado la Dra. Patricia Arés, presidenta de la sociedad de psicología y profesora titular de la universidad de la habana, las causas de la adultización de los niños y niñas en el país, es un fenómeno que comprende elementos de la formación de los menores e incluso del valor que se les atribuyen a algunos objetos. Así destaca la educación sexista que reciben, las actitudes machistas que observan, el reforzamiento de estereotipos de belleza como el caso de las muñecas Barbie, los videos clips musicales tributan a visiones similares, lamentablemente por demás muchas veces, la banda sonora de festejos infantiles. Ahora los niños corean letras como la de la señorita Dayana, en la cual expresa que ella no tiene ni perro ni gato, no da explicaciones y va para donde quiera porque es soltera, entre otros.

Lo anterior unido al uso sin supervisión de dispositivos móviles e internet, donde es posible acceder a materiales que estimulan la atribución a los infantes de cualidades físicas y psicológicas propias de otras etapas de la vida, sitúan las raíces de la problemática en Cuba a inicios de los 2000.

Otro aspecto preocupante es el narcisismo que reina en las redes sociales como

Facebook e Instagram (queridas solo a ti), tanto como en la que se inician los

púberes cubanos ante la extensión paulatina de internet en la isla, donde no hay nada mejor para los preadolescentes que un autorretrato sensual o un *sexting* si buscan popularidad, o los que celebran las fotos de los 15 en las que las muchachas aparecen semidesnudas con miradas que han perdido la candidez y la inocencia con total aprobación de los padres alentando a sus hijas a imitar actrices y modelos que derrochan erotismo e imágenes hipersexualizadas, sino se les vende la idea de que tienen que verse *sexy*.

De esta forma en la base del campo se manifiesta la existencia objetiva de un capital común (simbólico, cultural interiorizado, cultural objetivado, cultural institucionalizado y social) que genera determinados enfrentamientos y jerarquías entre aquellos que lo detestan y aquellos que esperan tenerlo.

Esta práctica sexual ha existido siempre, aunque en la actualidad adquiere inmediatez y otro formato gracias a los adelantos tecnológicos, pudiendo tratarse de mensajes escritos, orales o en formato de imagen o video. El envío del material erótico y/o sexualmente explícito puede ser difundido de manera fácil y rápida, perdiéndose totalmente el control sobre este intercambio y violando la intimidad y el derecho a la privacidad sexual. La falta de educación sexual y prevención en esta área supone distorsionar el sentido último de tales producciones eróticas, dejando de ser una herramienta útil para fomentar el deseo sexual individual o de las parejas y transformándose en armas que atentan contra la integridad emocional de la persona afectada y su entorno. Los mayores problemas residen en mostrar la identidad de la persona que aparece en la información que se envía (su cara) y carecer de sistemas de seguridad como contraseñas y filtros que limiten el acceso ajeno a estos contenidos.

Por otro lado, el campo para Bourdieu “apuntala y dirige las estrategias mediante las que los ocupantes de estas posiciones persiguen individual o colectivamente salvaguardar o mejorar su posición, e imponer el principio de jerarquización más favorable para sus propios productos⁷”.

De esta forma en la base del campo se manifiesta la existencia objetiva de un capital común (simbólico, cultural interiorizado, cultural objetivado, cultural institucionalizado y social) que genera determinados enfrentamientos y jerarquías entre aquellos que lo detestan y aquellos que esperan tenerlo.

Para Bourdieu, sintéticamente, la violencia simbólica constituye “esta forma de violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad.¹⁰”

Esta es una violencia multidimensional, pues resulta una agresión en sí misma y, a su vez, actúa como “normalizadora” de los mitos que sostienen las otras formas de violencia machista, e impacta, no solo, a nivel individual, sino en los imaginarios colectivos, en algunos casos, con incidencia global. Sus representaciones estereotipadas de los arquetipos femeninos lesionan la dignidad de las mujeres y enmascaran el origen de todas las formas de violencia hacia las mujeres y las niñas a los que se apelan en la construcción de esta imagen de lo femenino entre ellos:

Tratar el cuerpo de la mujer como un objeto para ser poseído y representarla como un animal en celo con una sexualidad provocadora, insaciable con el uso de imágenes fragmentadas del cuerpo para reducir su humanidad a su sexo reforzándose los roles tradicionales y negación de la diversidad, se presenta como paradigma un modelo de belleza excluyente y en muchas ocasiones alejados de la realidad. La justificación de la agresión, los malos tratos, el acoso con argumentos como la pasión, el amor, los celos, el alcohol, la marginalidad y uso de drogas y como elemento distintivo el control sobre el cuerpo de las mujeres. Se pretende normal desde su apariencia, talla, peso, vestuario, hasta las manifestaciones y expresiones de su sexualidad. *Ejemplo para reflexión acrítica es el tema de la canción ojeo del grupo buena fe.*

Ojeo.

*Y aunque sienta pena ajena
No se deja de mirar.
Conocidos encendidos, resultado no calculado. No, no, no.
Ojeo.
Presos quedan los olvidos, eternizados
Y de quien fue la idea
La buena, la mala, la idea.
La simple idea.
Buena Fe*

Los estudios e investigaciones señalan como tendencia la apropiación acrítica de formas de hacer y contenidos de otros contextos que son realmente denigrantes, como la utilización de modelos sexys para ambientar escenas. Por la circulación por vías alternativas de productos comunicativos foráneos profundamente sexistas y discriminatorios.

Guerra psicológica:

En los manuales de instrucción de los servicios especiales yanquis se define como. "Coordinación de todos los medios, incluidos los físicos y síquicos, que sirvan para destruir la voluntad de vencer del enemigo, la propaganda no solo actúa sobre la mente sino sobre los corazones, sobre las emociones. Así la persuasión y la propaganda tienen una dimensión psicológica importante. Es clave en la persuasión el control de la información que se consume, solo lea lo que queremos que lea, vea lo que queremos que vea, escuche lo que queremos que escuche. La Define como la lucha por ganar las mentes y voluntades de los hombres.

La fuerza operativa o fuerza de tareas Task forcé, proyectos como zonzuneo, piramideo y commotion, de esta se puede esperar cualquier infamia como parte de la guerra psicológica.

FAKE NEWS O NOTICIAS FALSAS

A lo largo de este trabajo hemos visto que es un tema con múltiples aristas y alrededor del cual se han elaborado toda una serie de mitificaciones que funcionan a nivel de imaginario colectivo como naturalizadores de la violencia. Consultar varias fuentes, y en particular a especialistas, permitirá no reproducir mitos en el discurso mediático y, por el contrario, ofrecer información y criterios que ayuden a problematizar el tema a nivel social e individual. En este sentido es necesario encontrar alternativas para el afrontamiento al proceso de aculturación y enculturación desde la cultura a través de la moda, así como en la hipersexualización como fenómeno naturalizado incivilizado, el consumo, producción y reproducción de materiales de contenido sexual explícito desde su expresión simbólica en el contexto social. Una de estas alternativas podría ser la estimulación de la educación integral de la sexualidad; basada en derechos humanos, con enfoque de género y diversidad, con énfasis en la reducción de las condiciones de vulnerabilidades fomentando el pensamiento crítico de la población en torno a las diversas expresiones de la sexualidad humana y de las relaciones interpersonales, teniendo en cuenta además el papel central que ocupa la educación en los cambios sociales y culturales. Por la sociedad ejercer presión para que se cumplan sus normatividades, siendo los valores, normas y creencias las que moldean el comportamiento del individuo para lograr una mejor convivencia social.

Esa nueva sexualidad de ver al sujeto como ser sexuado o intersexuado, nos lleva a corregir el camino de la educación sexual, estimulando el conocimiento y generando curiosidad e ideas, no conductas, prescripciones o normas que al final son objetivos, y el objetivo debe estar enfocado en la promoción y estimulación desde el imaginario individual y colectivo de un sujeto verdaderamente sexuado, que logre una criticidad sobre el desarrollo de su personalidad en su biografía de la vida, construyéndose así mismo su historia ,dándose más valor cada momento en la construcción de su proyecto de vida como ser unico e irrepitable en su relación con el otro garantizando un bienestar de salud y desarrollo del hombre

Conclusiones

- Continuar observando las mitificaciones que funcionan a nivel de imaginario colectivo como naturalizadores de estereotipos y canon globalizados, permitiendo ofrecer información y criterios que ayuden a problematizar el tema a nivel social e individual en nuestros estudiantes, logrando su valoración acrítica sobre estos y las informaciones que le muestran los medios de comunicación y las nuevas TIC vinculados siempre a los temas de la seguridad nacional e internacional.
- Seguir trabajando en la profundización de valores desde los principios éticos morales y el cumplimiento de las normativas jurídicas, morales y de la sociedad en los/as niñas/os, adolescentes y jóvenes.
- Continuar fortaleciendo valores éticos y el respeto a las buenas costumbres mediante la acción concertada de todos los factores sociales, políticos y de masas como legado del concepto de Revolución aportado por el comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, para que se cumplan los objetivos propuestos del desarrollo humano.

Referencias bibliográficas

1. OMS. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1995.
2. Ingrid TK, Alex AW. Preventing cervical cancer in the developing world. The New England Journal of Medicine. 2006; 11(354):1110.
3. Catacora López F, Villanueva Roque J; OPS/OMS. El marco conceptual de la salud integral del adolescente Perú 2004. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2007; 24(3): 240-7.
4. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, China: Autor; 2012.
5. Catacora López F, Villanueva Roque J; OPS/OMS. El marco conceptual de la salud integral del adolescente Perú 2004. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2007; 24(3): 240-7.
6. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, China: Autor; 2012.
7. Wacquant L. Towards a ReflexiveSociology: A Workshop with Pierre Bourdieu. SociologicalTheory. 1989; 7: 26-63.
8. Fernández JM. La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. Cuadernos de Trabajo Social. 2005; 18: 7-31.
9. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000. Disponible en: <http://www.udg.mx/laventana/libr3/bordieu.html#cola>
10. Bourdieu P. Capital cultural escuela y espacio social. México: Siglo Veintiuno; 1997.
11. Bourdieu P, Wacquant L. Réponses. Pour une anthropologiereflexive. Seuil, París; 1992.

TITULO: CURSO ELECTIVO DE HABILIDADES PARA LA VIDA DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ESTOMATOLOGÍA.

Autor: Dra. Yudith Martínez García, est5905@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado", Cuba, MSc. en Promoción de salud en sistemas educativos, especialista de 2do Grado en Estomatología General Integral, Profesor Asistente.

RESUMEN

Introducción: La promoción de la salud se convierte hoy en el encargo social de las universidades médicas, la presente investigación se realizó hacia la formación de los futuros profesionales, cuyo **objetivo:** es la elaboración de un curso electivo sobre habilidades para la vida dirigido a desarrollar habilidades y actitudes en los estudiantes de la carrera de Estomatología que les permita su desempeño como promotores de salud, mediante la integración de los contenidos de la asignatura de promoción de salud que responde a la disciplina integradora en el primer año y la educación en el trabajo como contexto para su puesta en práctica. **Métodos:** La lógica de la investigación transitó, mediante diversas técnicas y métodos de investigación, elaboración del marco teórico, el diagnóstico inicial del estado de la formación de los contenidos de promoción de salud en los estudiantes, y el diseño del curso electivo sobre habilidades para la vida. **Resultados:** El curso electivo elaborado responde a necesidades determinadas en la formación inicial de los estudiantes de Estomatología y a los contenidos de promoción de salud en el Plan de estudio "D" basadas en las exigencias del futuro desempeño profesional.

Palabras claves: promoción de salud, formación de profesionales, habilidades para la vida.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud desde 1970, trazó estrategias de salud para todos, basada en la promoción de un estilo de vida más sano, con la participación conjunta de los profesionales y la comunidad. Como parte integrante de la salud general, se encuentra la salud bucodental, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal¹.

Hacia el fomento de una cultura en salud bucal debe estar encaminado el trabajo de los profesionales de la Estomatología, y hacia la formación de estos la universidad, quién debe propiciar el cambio hacia una concepción médico social y humanista para impactar en la calidad de vida de la población².

Los programas escolares de adquisición de habilidades para una vida saludable se han realizado en varios países de la región, incluso Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú, Venezuela y los países del Caribe (Banco Mundial y OPS, 1998)³.

Como propuestas internacionales en el sector salud se puede referenciar la Iniciativa Mundial de Salud Escolar y la Campaña de las Escuelas Promotoras de la Salud, la OMS ha apoyado las actividades de adquisición de habilidades para la vida por medio de talleres, elaboración de materiales y consulta con organismos gubernamentales y no gubernamentales interesados en este enfoque sobre la salud².

En Cuba en el curso 2010-2011 queda establecido en la carrera de Estomatología el plan de estudio D, donde se define, dentro de otras funciones, que el Estomatólogo General Básico brinde atención estomatológica integral a la población, lo que incluye realizar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. A pesar de esto, en el proceso de formación del estudiante no siempre se ha logrado la necesaria preparación para desarrollar dicha actividad. Por diferentes razones, no se sistematizan e interconectan conocimientos y habilidades lo cual trae consigo una débil formación de los egresados en este ámbito⁴.

El curso electivo de habilidades para la vida para la formación de los estudiantes de la carrera de Estomatología, que se presenta - resultado de una investigación realizada en la universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, de Septiembre 2016 a Enero-2018, parte del diagnóstico realizado a los estudiantes del 1ro al 3er año de la carrera, a través de: estudio de los documentos normativos de la carrera y la aplicación de encuesta de conocimientos, prueba de diagnóstico, entrevistas y técnicas de discusión grupal. A partir de los resultados, se estructuró la propuesta de un curso electivo dirigido a desarrollar en los estudiantes de la carrera de Estomatología habilidades para la vida en función de la promoción de salud, que contribuyan a su formación como futuros profesionales.

DESARROLLO:

La promoción de la salud ha sido motivo de análisis y discusión a lo largo del tiempo. Carvajal, en el 2002, lo define como un proceso que tiene el objetivo de fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar su estado de salud, que no existe sin las relaciones sociales activas de todos los miembros de la comunidad educativa en el objetivo de desarrollar salud, mejorar la calidad de vida y

consolidar comportamientos más sanos. Así, la promoción de la salud, constituye entonces el instrumento para el control y transformación de los problemas de salud, uno de cuyos ámbitos es la salud bucodental².

Por tal motivo, resulta pertinente la formación en promoción de salud de los estudiantes de Estomatología; la cual debe estar encaminada a: la identificación de los conocimientos acerca de los principales problemas de salud bucodental; el desarrollo de habilidades que permitan socializar dichos conocimientos y ponerlos en prácticas; y, sobre todo, al fomento de actitudes positivas hacia el control y transformación de las condicionantes de salud bucodental¹.

Como parte de la presente investigación, se realizó una revisión de la documentación rectora del actual plan de estudio D de la carrera de Estomatología donde se declara: brindar una atención estomatológica integral a la población en general, mediante acciones de promoción, prevención en sus tres niveles, mediante el empleo de métodos, técnicas y procedimientos de trabajo profesional⁴.

Atendiendo a esto se necesita de la formación de un profesional con habilidades para generar cambios sociales, que promueva los factores protectores de la salud, mediante el trabajo en equipo con sectores locales, en y con la comunidad, mediando en la solución de conflictos, logrando identificar en esta las condiciones de vida y de trabajo, entre los factores que pueden generar riesgos para la salud y provocar la enfermedad.

La persona, como ser social, ha tenido siempre que establecer relaciones con su entorno, no siempre es posible desenvolvernos adecuadamente, no porque no estemos aptos para hacerlo, sino porque no hemos adquirido las habilidades para la vida necesarias. Decimos entonces que todos podemos aprender estas habilidades⁵.

Es a principios de la década de los noventa, que la División de Salud Mental de la OMS, comenzó a difundir materiales informativos y educativos diseñados para apoyar y promover internacionalmente la educación en habilidades para la vida en las instituciones educativas. La propuesta inicial de la OMS consistió en un grupo de habilidades o destrezas psicosociales, las que a partir de entonces se conocen como “Habilidades para la Vida” (OMS, 1993)².

Las habilidades para la vida, dentro del enfoque de promoción, están dirigidas a consolidar el desarrollo de las personas, porque favorecen comportamientos saludables al incidir sobre las determinantes de la salud y de esta manera favorecen el desarrollo humano. Saber controlar las emociones, las relaciones interpersonales, y mejorar nuestros espacios, es tan importante como el intelecto para lograr éxito en la vida. Los

programas que se enfocan únicamente en la transferencia de información son menos efectivos en la promoción y prevención de la salud que los programas que incorporan el desarrollo de habilidades para la vida, las cuales han demostrado ser mediadoras en las conductas problemáticas⁵.

Las habilidades para la vida han sido definidas, desarrolladas y categorizadas de múltiples formas, a efectos didácticos pueden organizarse en tres bloques⁵:

- **Habilidades cognitivas:** Encajarían en esta categoría aquellas destrezas psicosociales susceptibles de favorecer procesos cognitivos eficaces para permitir a las personas y a los grupos de los que forman afrontar los desafíos de su entorno.
- **Habilidades emocionales:** En este eje se engloban las destrezas relacionadas con la conocida como “inteligencia emocional” (Goleman, 1996), es decir, la capacidad de gobernar las emociones de manera respetuosa.
- **Habilidades sociales:** En esta tercera área se integran aquellas destrezas cuyo manejo efectivo hace posible mantener interacciones sociales positivas, mutuamente gratificantes y de colaboración.

En la práctica las diversas habilidades consideradas en este modelo están plenamente integradas, siendo cada persona un universo cognitivo-emocional-social holístico, resultante de la combinación de estas tres familias de habilidades.

En su iniciativa “Life Skills Education in Schools”, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1993) define las habilidades para la vida de este modo: “aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que nos permiten enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria”⁵.

En este sentido, el modelo de educación en habilidades para la vida pone de manifiesto la necesidad de desarrollar en las personas una panoplia de destrezas que las capaciten para socializarse de manera no problemática en sus respectivos entornos, encontrando en sí mismos y en la relación con las demás personas estrategias susceptibles de favorecer la autonomía personal, el bienestar y la inclusión social².

El manejo efectivo de estas habilidades favorece en las personas actitudes proactivas hacia el cambio social positivo, en la medida en que, como hemos señalado, no se trata de habilidades que agotan sus posibilidades en la “mismidad” del sujeto, sino que, por el contrario, están estrechamente relacionadas con la

dimensión social constitutiva del ser humano. Son, por lo tanto, el núcleo del potencial relacional a partir del cual pueden conformarse redes y alianzas entre las personas para actuar sobre los determinantes sociales que subyacen al riesgo de pérdida de la salud y cuya remoción favorecería la equidad en el disfrute de la salud y la cohesión social⁶.

Las diez habilidades para la vida promovidas desde 1993 por la OMS⁵ son:

- **Habilidad 1. Autoconocimiento:** destreza para identificar y tomar conciencia de los rasgos que dibujan nuestra personalidad, la organización integrada de todas aquellas dimensiones psicosociales que nos caracterizan y nos hacen singulares.
- **Habilidad 2. Empatía:** capacidad para ponerse en el lugar de las demás personas para, desde esa posición, sintonizar con sus sentimientos y emociones.
- **Habilidad 3. Comunicación asertiva:** habilidad para expresar opiniones, sentimientos, decisiones, etc., de manera apropiada al contexto en el que vive y a las personas con las que se entra en relación.
- **Habilidad 4. Relaciones interpersonales:** competencia para interactuar de manera positiva con las demás personas, poniendo en acción en ese marco relacional todas aquellas otras habilidades sin cuyo manejo diestro el “animal social” que somos se vería limitado.
- **Habilidad 5. Toma de decisiones:** capacidad para construir racionalmente las decisiones cotidianas a partir del reconocimiento de las variables en juego, la identificación de las opciones disponibles, la asunción de las decisiones consideradas más efectivas y la valoración posterior de los resultados.
- **Habilidad 6. Solución de problemas y conflictos:** destreza para afrontar de manera constructiva los conflictos inherentes a la vida humana, que afectan a las personas y las comunidades.
- **Habilidad 7. Pensamiento creativo:** destreza en la que se materializa uno de los procesos de pensamiento a disposición de todas las personas para explorar respuestas innovadoras a cada momento y situación vital.

- **Habilidad 8. Pensamiento crítico:** capacidad para cuestionar experiencias e información, sin asumir pasivamente criterios ajenos. Esta habilidad es uno de los principales motores del cambio personal y social.
- **Habilidad 9. Manejo de emociones y sentimientos:** destreza necesaria para reconocer y gestionar de manera positiva las emociones y sentimientos, tanto los propios como los de aquellas personas con las que entramos en relación.
- **Habilidad 10. Manejo de la tensión y el estrés:** capacidad para reconocer las fuentes que subyacen a las tensiones y el estrés que afectan a nuestra vida cotidiana, y de actuar positivamente sobre ellas para erradicarlas o, cuando menos, compensar su impacto.

En definitiva de la integración equilibrada de estas habilidades cabe esperar resultados positivos para la capacidad de las personas, y los grupos de los que forman parte, de gestionar adecuadamente su vida, incidiendo positivamente sobre las influencias sociales que la condicionan.

MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa, aplicada y transversal, de tipo pedagógica, para el diseño de un programa de estudio como propuesta de curso electivo en el pregrado, dirigido a la formación en habilidades para la vida para el desarrollo de la promoción de salud, para lo cual, se revisaron y adecuaron las competencias del perfil de salida del profesional y se tuvieron en cuenta los resultados de los diagnósticos en la asignatura de promoción de salud en la carrera de Estomatología y del nivel de conocimiento de los estudiantes de primer año.

Para la elaboración de los contenidos, se efectuó una revisión bibliográfica en las bases de datos CUMED, LILACS y PUBMED; se identificaron autores que han trabajado el tema de la promoción de salud, educación para la salud, habilidades para la vida en estudiantes de pregrado, y se tomaron en cuenta las experiencias de diversas instituciones de educación superior. Se seleccionaron un total de 32 artículos por su actualidad y su correspondencia con el tema.

RESULTADOS: curso electivo sobre habilidades para la vida para el desarrollo de la promoción de salud.

Diseño de la estructura del curso: la organización interna del curso se estructura en cinco temas, con carácter presencial y duración de 32 horas y será impartido en áreas de salud y la comunidad, a primer año de la carrera de Estomatología.

Objetivo general: desarrollar habilidades y aptitudes en los estudiantes del pregrado de Estomatología para el desarrollo de la promoción de salud empleando métodos, estrategias y recursos adecuados a partir de las habilidades para la vida.

Contenidos:

Tema I. Las habilidades para la vida y su influencia en la promoción de salud.

Objetivo: Emplear las habilidades para la vida como herramientas y recursos para el desarrollo de la promoción de salud.

Conocimientos esenciales a adquirir: la promoción de salud como herramienta para fomentar estilos de vida saludables. Características de los promotores de salud.

Vínculo entre la promoción de salud y las habilidades para la vida. Clasificación y conceptualización de las habilidades para la vida. Técnicas afectivas participativas para el descubrimiento y desarrollo de habilidades para la vida.

Habilidades principales a dominar:

- Identificar las herramientas principales de la promoción de salud.
- Clasificar e identificar las habilidades para la vida.
- Identificar las fortalezas y debilidades para el desarrollo de las habilidades para la vida.
- Vincular los conocimientos de promoción de salud con las habilidades para la vida.

Evaluación participativa: se efectuará mediante la ejecución de una discusión grupal elaborada por equipos, dirigida al vínculo entre la promoción de salud y habilidades para la vida.

Tema II. Las habilidades para la vida en mi entorno profesional.

Objetivo: Emplear las habilidades para la vida de tipo cognitiva como herramientas y recursos para el desarrollo personal.

Conocimientos esenciales a adquirir: proceso de educación para la salud en promoción de salud. Las habilidades para la vida desde el punto de vista cognitivo: toma de decisiones, solución de problemas y conflictos, pensamiento crítico y pensamiento creativo. Técnicas afectivas participativas para la adquisición y transmisión de conocimientos en salud.

Habilidades principales a dominar:

- Identificar dentro de las habilidades para la vida las que responden al proceso cognitivo.

- Identificar las fortalezas y debilidades para el desarrollo de las habilidades cognitivas.
- Vincular los conocimientos de promoción de salud con las habilidades cognitivas.

Evaluación participativa: se efectuará mediante la ejecución de un taller elaborado por equipos dirigido a desarrollar y evidenciar las habilidades cognitivas en función de la promoción de salud.

Tema III. Las habilidades para la vida en mi entorno emocional.

Objetivo: Emplear las habilidades para la vida de tipo emocional como herramientas y recursos para el desarrollo personal.

Conocimientos esenciales a adquirir: proceso de participación social en promoción de salud. Las habilidades para la vida desde el punto de vista emocionales: autoconocimiento, empatía, manejo de emociones y sentimientos, manejo de tensiones y estrés. Técnicas afectivas participativas para el desarrollo y expresión de emociones y actitudes positivas en salud.

Habilidades principales a dominar:

- Identificar dentro de las habilidades para la vida las que responden al proceso emocional.
- Identificar las fortalezas y debilidades para el desarrollo de las habilidades emocionales.
- Vincular los conocimientos de promoción de salud con las habilidades emocionales.

Evaluación participativa: se efectuará mediante la ejecución de una técnica afectiva participativa por equipo dirigido a desarrollar y evidenciar las habilidades emocionales en función de la promoción de salud.

Tema IV. Las habilidades para la vida en mi entorno social.

Objetivo: emplear las habilidades para la vida de tipo social como herramientas y recursos para el desarrollo interpersonal y social.

Conocimientos esenciales a adquirir: proceso de comunicación en promoción de salud. Las habilidades para la vida desde el punto de vista social: comunicación asertiva o efectiva y las relaciones interpersonales. Técnicas de comunicación: expresión oral, corporal, escrita y verbal. Técnicas afectivas participativas para el desarrollo de habilidades comunicativas en salud.

Habilidades principales a dominar:

- Identificar dentro de las habilidades para la vida las que responden al proceso social.
- Identificar las fortalezas y debilidades para el desarrollo de las habilidades comunicativas.
- Vincular los conocimientos de promoción de salud con las habilidades comunicativas.

Evaluación participativa: se efectuará mediante la ejecución de una técnica afectiva participativa por equipo dirigido a desarrollar habilidades comunicativas mediante diferentes tipos de expresión en función de la promoción de salud.

Tema V. Preparados para promover salud.

Objetivo: evaluar los contenidos anteriores mediante el empleo de las habilidades para la vida como herramientas y recursos ante situaciones y problemáticas de salud.

Conocimientos esenciales a evaluar: conocimiento y práctica de las habilidades para la vida en función a la promoción de salud.

Habilidades principales a evaluar: Aquí se evaluarán las 10 habilidades para la vida descritas por la OMS.

Evaluación participativa: se efectuará mediante la ejecución de una actividad educativa por equipo donde se evidencie el desarrollo de las habilidades para la vida.

Conclusiones

Se hace necesario continuar trabajando en el fortalecimiento de las competencias psicosociales y habilidades para la vida como una estrategia de formación integral que permita superar las dificultades propias de la educación tradicional centrada en la acción del docente en el aula o de profesionales especializados en temas de la salud, dejando aparte la capacidad de los individuos de participar en su propio desarrollo y en la construcción de su identidad, de su autonomía, en la formación de los vínculos con las personas de su entorno, con la sociedad y la cultura.

Bibliografía:

1. Díaz Brito Y, Pérez Rivero JL, Báez Pupo F, Conde Martín M. Generalidades sobre la promoción y educación para la salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Jul.-Sep. 2012 [citado 10 febrero 2018]; 28(3): [aprox. 14 p.].

Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300009

2. González M, Pérez DE, Cornejo JA, Horta ME, Pérez M. Formación de profesionales para la promoción de salud en el ámbito escolar. En: Torres GM. Promoción de la salud en Sistemas Educativos (págs. 76-80). La Habana: Molinos; 2014.
3. Ávila Vélez PA, Leiva Benavides LF, Bueno Gutiérrez JC, Gámez Peralta MF. ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN EN SALUD Y AMBIENTES SALUDABLES, PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES BAJO PROTECCIÓN. Movimiento científico [Internet]. 2016 [citado 20 Mar 2018]; 10(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/Rmcientifico/article/view/1229>
4. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio “D” Carrera de Estomatología. Indicaciones metodológicas y de organización de la carrera. Área de Docencia. La Habana, Cuba: MINSAP; 2011.
5. Mangrulkar L, Whitman CV, Posner M. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud; Sep 2001.
6. Salazar CM, Juárez Lozano R, Andrade Sánchez AI, Peña Vargas CS, Arrellano Ceballos AC, Hernández Murúa JA. Percepción del beneficio de los deportes y actividades recreativas en habilidades para la vida en niños y adolescentes de Ciudad Juárez, México. Sportis. Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity [Internet]. 2016 [citado 20 Mar 2018];2(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revistas.udc.es/index.php/SPORTIS/article/view/sportis.2016.2.3.1524>

TÍTULO:
DESARROLLO DE ESPECIALIDADES TÉCNICAS Y LICENCIATURAS EN ENFERMERÍA Y TECNOLOGÍAS DE LA SALUD EN CIENFUEGOS.

Autora:

María Cristina Núñez Martínez, mariacnm@jagua.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Educación.

Coautoras:

Lourdes González Pérez, lourdesgp@jagua.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Educación Médica.

Felicia Margarita Llerena Bermúdez, feliciamllb@jagua.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Educación Médica.

Grisel Elvira Menéndez Rodríguez, griselemer@jagua.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Educación.

Loreta Sánchez Ortiz, farmacología7412@ucm.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Educación.

RESUMEN.

La voluntad política del estado cubano y del propio sistema de salud, han sido factores claves para el éxito de la misión social de formar recursos humanos en las diversas especialidades técnicas sanitarias y en las licenciaturas de Enfermería y Tecnología de la Salud. Es objetivo primordial de este recuento histórico, describir el desarrollo que han tenido estas especialidades técnicas y licenciaturas en la provincia cubana de Cienfuegos, desde el triunfo revolucionario que aconteció en enero de 1959, hasta la actualidad en que nos encontramos, cuando ya transcurre y casi concluye el segundo decenio del siglo XXI. Para lograr tal propósito se acudió a la consulta de la memoria histórica de profesores y estudiantes, que en los diferentes momentos han sido fundadores y protagonistas de estos procesos académicos. Además, fue utilizado el método histórico lógico para consultar fuentes y documentos afines al tema tratado. Con ello se pretende dejar un testimonio escrito que contribuya en lo adelante al conocimiento más exacto, acerca de la formación de estos recursos humanos para la salud en nuestro territorio provincial.

Palabras clave: Formación de recursos humanos, técnicos, tecnólogos de la salud, enfermeros.

INTRODUCCIÓN.

En el territorio de la provincia de Cienfuegos, durante la etapa revolucionaria, ha existido una evolución histórica de la formación de los técnicos y profesionales de la salud muy dinámica y rica. Como en la mayoría de las regiones y provincias del país al triunfo de la Revolución, solo existía un puñado de auxiliares y técnicos empíricos que desarrollaban su trabajo en condiciones muy precarias y además estaba presente la medicina con sentido de lucro. Los más capaces y calificados abandonaron el país con el éxodo de médicos y técnico, que se produjo en aquel entonces. Sin embargo, a partir de los años 60 del pasado siglo, otros trabajadores de la salud muy valiosos tuvieron oportunidades para recalificarse, obteniendo su titulación como auxiliares y técnicos en la red de escuelas de enfermería y de técnicos del Minsap que surgieron y que luego se convirtieron en los Institutos Politécnicos de la Salud. También jóvenes egresados de la enseñanza básica, ávidos de continuar estudios y superarse, lograron matricular en estas escuelas y convertirse en trabajadores de la salud.

Para Ilizástigui, “la experiencia acumulada en el sistema nacional de salud (SNS) en Cuba, unida al desarrollo de los escenarios docente-asistenciales y del potencial humano calificado, así como la voluntad política del estado cubano y del propio sistema de salud, han sido factores claves para el éxito de la misión social de formar recursos humanos en salud”.¹ Compartimos este criterio porque de esa realidad ventajosa por supuesto se han beneficiado a lo largo de su historia, las especialidades técnicas y las licenciaturas de Enfermería y Tecnología de la Salud.

Según Quiñones, “en la educación médica superior cubana existen potencialidades que se expresan en sus principales fortalezas, que la distinguen de otros sistemas de formación médica y que la colocan en un sitio privilegiado a nivel mundial, como son: el principio de la educación en el trabajo a lo largo de toda la carrera, lo cual permite la constante relación con el objeto de trabajo de la profesión, los principales modos de actuación y los diferentes problemas de salud a enfrentar en su futuro desempeño en diferentes escenarios que potencian la relación teoría y práctica y universidad y sociedad”.² Sin dudas, esto ha hecho posible el desarrollo que hoy podemos apreciar en los recursos humanos de nuestra provincia.

Es objetivo primordial de este recuento, describir, aunque sea a grandes rasgos, el desarrollo histórico que han tenido a lo largo de casi 60 años, las especialidades técnicas y las licenciaturas de Enfermería y Tecnologías de la Salud en la provincia de Cienfuegos, desde el triunfo revolucionario en enero de 1959 hasta la actualidad.

Para ello se acudió a la memoria histórica de profesores y estudiantes, que en los diferentes momentos han sido fundadores, objetos y sujetos de estos procesos académicos, en fin, han sido protagonistas de los mismos. Además, fue utilizado el método histórico lógico para consultar fuentes bibliográficas y documentos afines, lo que permitió enriquecer la memoria histórica.

Con ello se pretende dejar un testimonio escrito basado en vivencias y evidencias, que contribuya en lo adelante al conocimiento más fidedigno posible, acerca de la formación de estos recursos humanos para la salud en la provincia de Cienfuegos.

DESARROLLO.

En época tan temprana como los años 1900 y 1901, en los mismos albores del siglo XX surgió en Cienfuegos la primera escuela para la formación de personal de la salud, en el Hospital Civil “Luis Perna” la que se inició con un curso de enfermería. Esta enseñanza no perduró en el tiempo pues, aunque durante la primera mitad de este siglo se realizaron esfuerzos para extender los estudios de las ciencias médicas, estos resultaron infructuosos, debido a la falta de apoyo de las autoridades. En 1950 se reinicia la formación de enfermeras y enfermeros en la ciudad de Cienfuegos, siendo atendida la misma por personal médico en el antiguo Colegio Médico, con prácticas realizadas en el Hospital Materno-Infantil de aquella época.

Ya para la década del 60 del pasado siglo, luego del triunfo de la Revolución, existían en Cienfuegos dos escuelas para formar personal técnico de la salud, con considerables matrículas de estudiantes, que debían una vez egresados, contribuir al desarrollo vertiginoso de los servicios de salud que la población necesitaba.

Una de ellas fue la Escuela de Enfermería “Victoria Brú” ubicada en el edificio que hoy ocupa la emisora provincial Radio Ciudad del Mar, donde sesionaron los cursos de enfermería, de asistentes dentales y también algunos técnicos clínicos de estomatología.



Figura No. 1: Antigua Escuela de Enfermería “Victoria Brú” ubicada en calle 37 y avenida 36.

La otra institución de este tipo, fue la Escuela Provincial de Técnicos de la Salud, “Dr. Juan Guiteras Gener” donde se formaban técnicos medios, fundamentalmente en las especialidades de Laboratorio Clínico, Farmacia Dispensarial, Rayos X y Trabajadores Sanitarios.³ Esta escuela estuvo situada en el edificio de la calle 37 y avenida 40, que hoy en día funciona como Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

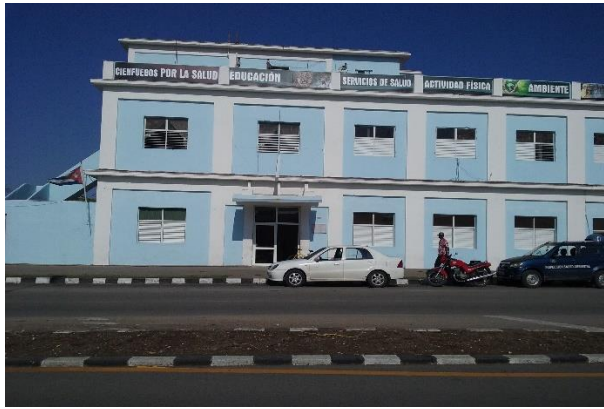


Figura No. 2: Antigua Escuela de Técnicos de la Salud "Dr. Juan Guiteras Gener" ubicada en calle 37 y avenida 40.

De la fusión de ambos centros docentes surgió luego el Instituto Politécnico de la Salud de Cienfuegos (IPS), el cual abrió sus puertas en el curso escolar 1979-1980, al ser inaugurado el 24 de diciembre de 1979, formando parte de una red de centros de este tipo, que el gobierno revolucionario cubano se ocupó de construir y equipar totalmente por aquel entonces, en cada provincia del país.



Figura No. 4: Instituto Politécnico de la Salud, ubicado en la calle 51 A, entre las avenidas 34 y 38

Es de destacar que la mayoría de los profesores de este centro procedían de los estudiantes-monitores y técnicos aventajados que estudiaron en estas propias aulas, recibiendo preparación pedagógica mediante cursos post-básicos, asesoramiento del sub-sistema de formación de la enseñanza técnico profesional y posteriormente cursando estudios universitarios en la universidad pedagógica del territorio. En la actualidad muchos de estos docentes así formados, son los profesores universitarios categorizados y con calificación de máster, que conformaron el claustro de la Filial de Ciencias Médicas de Cienfuegos antes, y que ahora se mantienen en la Facultad.

Grandes fueron los logros obtenidos por el colectivo fundador de trabajadores de esta escuela, que a lo largo de los años se convirtió en centro vanguardia nacional y de referencia para la docencia médica media del país, llegando con esta preparación hasta

la aplicación del nuevo modelo pedagógico de las licenciaturas en enfermería y tecnología de la salud con un claustro consolidado y presto a brindar sus servicios docentes en la educación médica superior⁴.

Siempre existió en la provincia de Cienfuegos una vasta experiencia en la vinculación docencia-asistencial para la formación técnica,⁵ en la que se aplicaron los preceptos aprobados jurídicamente mediante la aplicación de la resolución ministerial 66/85 del Minsap, referida a la firma de convenios docentes con cada uno de los centros asistenciales, donde realizaban sus actividades prácticas los estudiantes. Esta resolución consideraba un plan de formación conjunta de intercambios científicos y de consolidación de la calidad de las habilidades técnicas. A los tutores de hoy se les llamó primeramente profesores de área práctica o simplemente colaboradores docentes.⁶

Fue en el año 1983 que se inició en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos la licenciatura en Enfermería en la modalidad de curso para trabajadores (CPT) y posteriormente en el curso 1989-1990 entraron los primeros egresados de preuniversitario para estudiar esta carrera en curso regular diurno (CRD), haciendo que coexistieran las dos formaciones.

También en el año 1989 comenzó la carrera de licenciatura en Tecnología de la Salud en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana en forma experimental como curso para trabajadores, pero solo con seis perfiles de salida: entre ellos, Rehabilitación, Higiene y Epidemiología, Laboratorio Clínico, Citohistopatología, etc. Luego se desarrolló también en el ISCM de Villa Clara. Muy pocos técnicos de la salud cienfuegueros tuvieron oportunidad y posibilidades de acceder a esta licenciatura.

Ante el déficit de estos recursos humanos y con el objetivo también de garantizar la continuidad de estudios a los técnicos ya formados, se extendió esta licenciatura a otros C.E.M.S. del país en el curso 2003-2004, esta vez con un nuevo modelo de formación (NMF) y 21 perfiles de salida.⁷ Se inició entonces la formación del tecnólogo de la salud y del licenciado en enfermería en Cienfuegos con la aplicación de un nuevo modelo pedagógico y una duración mínima de 5 años, estructurado en tres niveles con dos salidas intermedias: un primer nivel de un año de duración en curso regular diurno con salida de un técnico básico y ubicación laboral inmediata asegurada en el SNS; un segundo nivel con duración mínima de dos años en cursos para trabajadores y salida de un técnico de nivel superior y un tercer nivel, también estructurado en cursos para trabajadores con duración mínima de dos años y salida de licenciado.⁷

Este nuevo modelo pedagógico surgió para dar continuidad a la formación de los técnicos, así como para desarrollar un modelo educativo que permitiera captar, formar, retener y desarrollar los educandos en forma progresiva hasta egresar un profesional universitario, que ocupara su puesto de trabajo mientras transcurría su trayectoria formativa. ⁷ Fueron un precepto fundamental en el diseño de estas carreras, responder a las necesidades del SNS para asegurar e incrementar la calidad de los servicios de la salud, ofrecer oportunidades a los jóvenes ampliando sus vías de ingreso, una de ellas los procedentes de los cursos de superación integral para jóvenes (CSIJ).

El inicio de las carreras de Enfermería y Tecnología de la Salud con un nuevo encargo social, permitió que se produjera una incorporación temprana de los jóvenes a la actividad laboral, prevista en correspondencia con las necesidades del SNS y las individuales de los jóvenes, lo que representó una respuesta concreta al programa de la batalla de ideas y a la revolución educacional, ampliamente expuestas por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz en todos sus discursos, quien expresó: “esta es la obra educativa sin precedentes que el pueblo cubano ha creado...”⁸

Fue así que comenzó esta modalidad de estudios en Cienfuegos en el curso escolar 2003-2004, con los perfiles de Terapia Física y Rehabilitación, Traumatología y Ortopedia, Optometría y Óptica y Electromedicina para estudiantes sudafricanos, transformándose para esta época el Instituto Politécnico de la Salud en Filial de Ciencias Médicas, adscripta a la Facultad de Ciencias Médicas existente en la provincia. Al mismo tiempo se asigna también a este centro la licenciatura en Enfermería, que hasta el momento había sido desarrollada en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.



Figura No. 4: Filial de Ciencias Médicas de Cienfuegos, constituida en el IPS durante el curso escolar 2003-2004.

En el curso escolar 2004-2005 se completan los 21 perfiles de los tecnólogos de la salud en las distintas modalidades de estudio, incluyendo las posibilidades de superación para el ciento por ciento de los trabajadores de estos perfiles en el territorio cienfueguero, además de habilitar a jóvenes como: farmacéuticos en la comunidad, nutricionistas y rehabilitadores físicos para las salas de televisión y lugares de difícil acceso. Un número significativo de jóvenes desvinculados del estudio pasaron a ocupar los puestos de trabajo en lugares intrincados y enfrentaron el incremento progresivo de los servicios integrales de rehabilitación, que en aquella época se fortalecieron. Estos fueron preparados intensivamente por nuestro claustro de profesores para Cienfuegos, para otras provincias del país y para otros países también. Fue notable en este período la vía de ingreso a través del CSIJ, idea impulsada por el máximo líder de la revolución cubana.

Se consolidó el trabajo docente-educativo con los estudiantes, se procedió a la acreditación docente territorial de los servicios en cada perfil de las carreras, así como a la selección y preparación de los tutores como premisa para la puesta en marcha del nuevo currículo. La educación en el trabajo pasó a ser una forma organizativa principal

del proceso docente educativo y el estudiante se situó en condiciones de trabajo para solucionar problemas existentes, utilizando como paradigmas los modos de actuación de docentes y tutores.

Se descentralizó la docencia a los distintos municipios de forma paulatina, el avance de la universalización de la enseñanza llegó a un desarrollo tal en la Filial, que en el curso 2006-2007 se universalizó el ciento por ciento de los estudiantes en los ocho municipios de la provincia de Cienfuegos. Se destaca en esta etapa el trabajo coordinado con la asistencia médica y en especial con la dirección provincial de salud del territorio.

Para el mejor desempeño de estas carreras se seleccionaron los tutores en cada uno de los perfiles de formación; estos estaban vinculados directamente a los servicios. Este proceso de formación, por su propia característica, permitió combinar el estudio y el trabajo, garantizando que el estudiante aprendiera en su entorno sociocultural y laboral.

En el año 2008 se realizó la primera graduación de licenciados en Tecnología de la Salud en los perfiles de Terapia Física y Rehabilitación, Traumatología y Ortopedia y Optometría y Óptica, de los cursos regulares diurnos y para trabajadores del nuevo modelo pedagógico. Sucesivamente se han continuado graduando tecnólogos de la salud y enfermeros en los años posteriores.

Sin embargo, la universidad médica se vio llamada una vez más a realizar transformaciones en su diseño curricular, como una continuidad de lo ya logrado, pues aun cuando esta formación de tecnólogos se valoró de gran impacto por los beneficios que reportó al sistema de salud, al nutrirlos de personal joven y con suficiente preparación en aras de mejorar la calidad de los servicios, la concepción de perfil estrecho no cumplió con las exigencias de la sociedad, en aras de contribuir al desarrollo sostenible del país, por lo que se asumió un nuevo diseño de la carrera sobre la base de la metodología orientada por el Ministerio de Educación Superior para la generación de planes de estudio (Planes D), demostrando así su pertinencia.

Se realizó por estas razones, un rediseño de la carrera Tecnología de la Salud convirtiéndola en ocho nuevas carreras: Bioanálisis Clínico, Higiene y Epidemiología, Rehabilitación en Salud, Optometría y Óptica, Nutrición y Dietética, Sistemas de Información en Salud, Imagenología y Radiofísica Médica y Logofonoaudiología. Esta transformación o perfeccionamiento fue a partir del curso escolar 2010-2011 y se mantiene hasta el momento actual. También la licenciatura en Enfermería tuvo su rediseño y hoy en día su plan de estudio responde también a estas orientaciones.

La Filial de Ciencias Médicas no se detuvo en los avances y logros alcanzados en estos años de intenso trabajo y preparación en la educación superior. Se asumieron nuevos y complejos retos, relacionados con los cambios que se han producido tanto docentes y metodológicos, como en la remodelación de sus locales, convirtiéndose en centro metodológico rector para las carreras, tanto de técnicos medios, como licenciados de Enfermería y Tecnología de la Salud.

A partir del curso escolar 2011-2012 se retomó la formación de técnicos medios de la salud, con niveles de ingreso de 9º y 12º grado, reiniciando la misma con las especialidades de Citohistotanatología y Vigilancia y Lucha Antivectorial y Enfermería. Progresivamente fueron incorporándose otras como: Optometría y Óptica, Atención Estomatológica, Prótesis Estomatológica, Estadísticas de Salud, Dietética, Higiene y Epidemiología, Trabajo Social, Servicio Farmacéutico, Análisis Clínico, Radiología y Ortoprótisis, lo que hace que en la actualidad coexistan las dos formaciones: la técnica y la profesional, siendo conducidos los procesos formativos por el mismo claustro docente. En el curso 2016-2017 se dio inicio además a la modalidad de curso por encuentros (CPE) para las licenciaturas, sumándose a la variante ya existente de curso regular diurno.

Finalizando el curso 2014-2015, a la altura del mes de abril de 2015, cuando ya el centro había arribado a su 35 aniversario, se aprobó por el Minsap una nueva estructura de la universidad médica en la provincia, con el objetivo de aplanar la estructura existente, mediante la cual se acordó la fusión de la Filial con la Facultad de Ciencias Médicas. Como consecuencia de esta medida desapareció el consejo de dirección de la filial, varios departamentos docentes, laboratorios y servicios de esta institución. Pasó entonces a ser la extinta filial, una unidad docente de la Facultad. El claustro de profesores también se fundió con el de la Facultad como uno solo.

Actualmente, en el curso escolar que nos encontramos, 2017-2018, continuamos de manera esmerada la formación de técnicos, tecnólogos de la salud y enfermeros, en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Ya se preparan las condiciones metodológicas y materiales necesarias, para dar inicio en el nuevo período lectivo a la modalidad anunciada por el MES, de estudios de ciclo corto para técnicos y enfermeros de nivel superior en nuestra provincia. Esto obedece a “transformaciones que se vienen produciendo en la educación superior cubana que han traído como uno de sus resultados, el diseño de una nueva generación de planes de estudio. Este resultado nos ha obligado a reflexionar sobre la necesidad de revisar y proponer cambios en las regulaciones vigentes que aseguren los niveles de calidad deseados en el proceso de formación integral de los futuros profesionales del país”.⁹

Sin dudas será otra etapa fructífera donde se enfrentarán otros retos, que con certeza serán asumidos por nuestro colectivo docente y consecuentemente serán llevados también a feliz término. Para finalizar este recuento presentamos algunos aspectos fundamentales, a modo de:

CONCLUSIONES.

- Se produjo un incremento notable del nivel científico-pedagógico de los profesores, una categorización masiva del claustro y la obtención de grados científicos en distintas maestrías, fundamentalmente en Educación y en Educación Médica.
- La superación de los tutores y colaboradores para enfrentar la educación en el trabajo y la enseñanza práctica, ha sido significativa.

- En el curso escolar 2006-2007 en Cienfuegos se descentralizó la formación de profesionales de la salud, logrando universalizar esta formación en los ocho municipios del territorio provincial.
- Se mejoró, como nunca antes el estado constructivo de la escuela, el mobiliario y la climatización de locales a partir de un presupuesto derivado de la cooperación con Venezuela.
- A partir del curso escolar 2010-2011 se implementaron con buenos resultados los Planes de Estudio D, que permitieron la aplicación del rediseño curricular de la Tecnología de la Salud para ocho nuevas carreras de Tecnología y para Enfermería, aprobadas por el MES. Para esta fecha se centraliza nuevamente la formación de los recursos humanos en la cabecera provincial.
- Se ha retomado nuevamente la formación de personal técnico y obrero calificado para el territorio, con nivel de ingreso, tanto de 9º grado como 12º grado, a partir del curso 2011-2012 con notable incremento de estudiantes cursando especialidades técnicas hasta el momento actual.
- Se extinguió el Instituto Politécnico de la Salud, convertido en Filial de Ciencias Médicas en su 35 aniversario, y luego esta, al fusionarse con la Facultad. No obstante, el claustro docente sigue cumpliendo su rol o misión en el territorio, al satisfacer el encargo de la sociedad de formar recursos humanos técnicos y profesionales para el sistema nacional de salud en la provincia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ilizástigui F, La Educación Médica y las necesidades de Salud Poblacional. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2002.
2. Díaz Quiñones JA, Consideraciones para el perfeccionamiento del proceso de enseñanza aprendizaje en la Educación Médica Superior. Medisur [Revista en Internet]. 2015 [citado 23 Ene 2016]; 13 (5): [aprox. 6p]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3133>.
3. Vega-Blanco C, Esbozo histórico de la Radiología en Cienfuegos. Medisur [revista en Internet]. 2016 [citado 2017 Abr 25]; 14(6): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3320>
4. Suarez Denis, AL. Efectividad de la aplicación de un diplomado para atender la diversidad estudiantil en ciencias médicas. Edumecentro. [Revista en Internet]. 2017 [citado 2 Feb. 2018]; 9 (1): [aprox. 20p]. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu>
5. Núñez Martínez MC, Evaluación de la competencia profesional del Técnico en Farmacia Dispensarial. Una propuesta metodológica. [Revista en Internet]. 2008 [citado 2017 Abr 25]; 6(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3320>

6. Díaz Dorado C, Llerena Bermúdez FM, Núñez Martínez MC, Menéndez Rodríguez G, González Pérez L. La superación de los tutores como premisa en la formación de profesionales. Perfil Servicios Farmacéuticos. [Revista en Internet]. 2012 [citado 2017 Abr 25]; 10(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3320>
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Fundamentación de la carrera Tecnología de la Salud. La Habana: MINSAP; 2004.
8. Castro Ruz, Fidel. Discurso pronunciado en el acto conmemorativo del aniversario 40 del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, el 17 de octubre de 2002. La Habana
9. Cuba. Ministerio de Educación Superior. Resolución 111/2017. Reglamento de la organización docente de la educación superior. La Habana: MES; 2017

TITULO: DETERMINANTES SOCIALES Y BAJO PESO AL NACER EN ESTRATOS DEFINIDOS. MUNICIPIO ABREUS 2012-2014

AUTORES:

Esther Yarinely Hernández Dieguez, estheryhd@jagua.cfg.sld.cu, Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, Municipio Abreus, Cienfuegos, Cuba

Hilda María Delgado Acosta, jdsalud@ucm.cfg.sld.cu, Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Jefe Departamento Salud Pública, MSc

Julio Cesar Díaz Marrero, bioestadistica@dps.cfg.sld.cu, Dirección Provincial de Salud, Cienfuegos, Cuba

Resumen: Introducción: La problemática del peso al nacer debe asumirse como expresión de las condiciones de vida de los diferentes grupos poblacionales. **Objetivo:** Describir determinantes sociales del bajo peso al nacer en estratos definidos en el municipio Abreus en el período 2012-2014. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo con 54 madres de niños bajo peso nacidos en el período de estudio. Se tuvieron en cuenta variables generales, determinantes estructurales y dentro de las determinantes intermedias las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales y factores conductuales y biológicos. La información se recogió de las historias clínicas individuales y en entrevistas con las madres. Los resultados fueron comparados en cada estrato definido de acuerdo a la media del índice de bajo peso al nacer en el período de estudio. Los resultados se expresaron en porcentos y reflejados en tablas. **Resultados:** Predominaron las madres entre los 20-29 años de edad con un 53,7 % del total. El 51,9 % tenían bajo nivel de escolaridad y un 59,3% se dedicaba a los quehaceres del hogar. Las madres solteras tuvieron mayor representación en los estratos II y III. Hubo un 46,3% de malnutrición predominando el bajo peso, más evidente en el estrato III con un 28,6%. La enfermedad más frecuente fue la sepsis vaginal con un 85,2%. **Conclusiones:** Se identificaron los determinantes sociales de la salud relacionados con el bajo peso al nacer en los estratos y se encontraron diferencias entre ellos, hallándose en una posición menos favorecida los consejos populares de Horquita y Cieneguita.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, bajo peso al nacer

INTRODUCCIÓN

La prevención de la prematuridad y del bajo peso al nacimiento debe ser una de las prioridades en la salud pública de todos los países, por su frecuente incidencia y por el impacto que tiene en salvar vidas con una larga expectativa.

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, surgen de un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades, la salud de las personas depende en gran medida de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Estos, son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad y según la OMS, se dividen en Determinantes estructurales e Intermedios. (1,2)

Referente al bajo peso al nacer se citan como ejemplo dentro de los determinantes intermedios: padres con baja estatura, alteraciones genéticas fetales, exposición a tóxicos (alcohol, nicotina, anticonvulsivantes), infección de órganos reproductores y deficiente aporte de nutrientes). (3-5)

El enfoque acostumbrado de factores de riesgo individuales está limitando su comprensión, las inequidades en salud materna deben ser exploradas en el contexto de la segregación histórica, la estratificación social la dinámica de apoyo social y los recursos de cada comunidad. Es por eso que se debe asumir la problemática del peso al nacer como expresión de las condiciones de vida de los diferentes grupos poblacionales.

En Cuba más de 50 años de voluntad política dirigida a minimizar las desigualdades en la población, requieren de un análisis refinado para mostrar disparidades en indicadores contextuales, de riesgo, daño y servicios de salud.

En la provincia de Cienfuegos, un estudio publicado sobre determinantes sociales y bajo peso al nacer en el periodo 2003 al 2007 evidenció que la mayor incidencia de niños nacidos con bajo peso residía en las zonas menos favorecidas socioeconómicamente y se encontró asociación con algunos determinantes explorados. (6)

El municipio de Abreus ha exhibido resultados de bajo peso al nacer por encima de la media provincial y nacional con un índice en el 2013 de 6,1% y de 5,7% en el año 2014 por lo que resultó imprescindible realizar esta investigación como complemento de la estratificación realizada por consejos populares que definió los de alto, mediano y bajo riesgo en relación con la mediana de los índices de bajo peso al nacer reportados.

Teniendo como premisa este antecedente se decidió describir algunos determinantes sociales que pudieran estar en relación con la elevada incidencia de bajo peso al nacer en los estratos definidos en estos años por lo que se decidió realizar la presente investigación.

DESARROLLO

MÉTODOLÓGICA

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo para describir algunos determinantes sociales que pudieran estar en relación con el bajo peso al nacer en los

consejos populares clasificados en estratos de alto, mediano y bajo riesgo en el Municipio Abreus en el período 2012-2014.

Durante el período de estudio nacieron 66 niños bajo peso de 57 madres. Se excluyeron del estudio 3 madres que tuvieron partos gemelares y/o trillizos y 3 que se habían mudado a otro lugar y fue imposible su localización en la provincia quedando entonces en el estudio 54 madres de niños bajo peso.

Se tuvieron en cuenta variables generales demográficas como: edad, procedencia urbana o rural, consejo popular, migración interna y tiempo de residencia en el municipio antes del embarazo.

Dentro de las determinantes estructurales se recogieron: color de la piel, nivel de escolaridad y ocupación.

Determinantes intermedias: Circunstancias materiales: Condiciones tipológicas de la vivienda, condiciones técnicas de la vivienda. Circunstancias psicosociales: Tipo de familia, funcionamiento familiar, estado conyugal. Factores conductuales y biológicos: Valoración nutricional, hábito de fumar, antecedentes de hijos bajo peso, número de hijos, afecciones asociadas al embarazo.

Se realizó la recogida de la información a través de la revisión documental de las historias clínicas de las madres en los consultorios de procedencia y también se aplicó una entrevista a las madres para recoger información relacionada con las variables demográficas y determinantes sociales de la salud.

Los resultados se compararon de acuerdo a estratos definidos en una investigación previa de los autores que agrupó los consejos populares del municipio en estratos de alto, mediano y bajo riesgo según la mediana de los índices de bajo peso reportados en el período de estudio. Luego de recoger la información necesaria, se procedió al llenado de un formulario y de la base de datos correspondiente en el programa SPSS versión 15. Se utilizó el porcentaje como medida matemática para las variables. Los resultados se presentaron en tablas.

Durante la realización de esta investigación no existió la posibilidad de causar daño biológico, psicológico o social a las madres. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información.

RESULTADOS

En esta investigación las variables demográficas exploradas mostraron que predominaron las madres entre los 20-29 años de edad representadas por el 53,7% del total, con similar distribución en los tres estratos, como dato de interés se señala que en el estrato II el 16,7% y en el estrato III el 21,4% fueron gestantes adolescentes, mientras que en el estrato de bajo riesgo el embarazo en la adolescencia estuvo representado solo por el 8,8%, mostrando el estudio diferencias entre los estratos. Esta asociación con la adolescencia ha sido documentada en otros estudios. (8)

En el estudio predominaron las madres de procedencia urbana representadas por el 64,8%, al igual que en los estratos de bajo, mediano y alto riesgo representadas por el 58,8%, 83,3% y el 71,4% respectivamente.

Si bien de forma general predominaron las no inmigrantes con un 85,2 % se destaca el hecho de que las migraciones interprovinciales que hubo predominaron en los estratos de mediano y alto riesgo destacándose la afluencia de las provincias orientales, mientras que en el de bajo riesgo se presentaron en mayor frecuencia las migraciones dentro del municipio desde los asentamientos de Charca y Juragua hacia la cabecera municipal. Tabla #1

Los determinantes estructurales son atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. (2)

Analizando la tabla #2 según color de la piel predominaron las madres con color blanco representadas por el 63 %, siendo mayoría en los tres estratos, aunque con un mayor porcentaje en el consejo popular Yaguarama clasificado de mediano riesgo con un 83,3 %.

El 51,9 % de las madres tenían un bajo nivel de escolaridad, al comparar los estratos se observa que en el estrato I y II imperó el alto nivel de escolaridad con un 58,8 % y 66,7 % respectivamente, mientras que en el estrato III imperó el bajo nivel con un 85,7%, evidenciándose diferencias entre los estratos.

En cuanto a la ocupación predominaron los quehaceres del hogar con un 59,3%, con diferencias entre los estratos llegando a exhibir el estrato III (Horquita y Cieneguita) un 71,4 %, mientras que en el estrato de mediano riesgo sólo ostentaron esta condición el 33,3 % propio de las características demográficas y socioculturales del municipio que se acentúan en los asentamientos del estrato III donde predominan los asentamientos cuya actividad económica principal es la agricultura cañera y cultivos varios.

La tabla # 3 evidencia que el 92,6 % de las mujeres vivían en casas, con similar distribución en los estratos y de ellas predominaron las de regular estado técnico con un 37 %, los principales problemas de las viviendas se concentraron en su estado constructivo, paredes de madera deterioradas por su antigüedad y filtraciones en los techos, no observándose diferencias entre los estratos.

En el análisis de las circunstancias psicosociales imperaron las familias nucleares con un 48,1% con similar distribución en todos los estratos, de ellas el 79,6 % fueron funcionales exhibiendo mayores porcentajes los estratos I y II con un 85,3 % y 83,3% respectivamente, asimismo tuvieron mayor representación las mujeres que durante el embarazo estuvieron casadas o acompañadas representadas por el 63,3 % con porcentajes superiores en los estratos I y II, mientras que en el estrato III sólo estaban en esta condición el 50 %, Las madres solteras tuvieron mayor representación en los estratos II y III con un 33,3 y un 42,9 % respectivamente. Tabla #4

El análisis de los determinantes intermedios, en cuanto a los factores conductuales y biológicos muestra que el 53,7% de las embarazadas comenzaron el embarazo con normopeso aunque se presentó un 46,3% de malnutrición ya sea por defecto o por exceso predominando el bajo peso, más evidente en el estrato III con un 28,6%. El sobrepeso y la obesidad fue más frecuente en el estrato III respecto a los estratos I y II.

Se ha apuntado que la desnutrición materna, tanto en la etapa preconcepcional como durante la gestación, es la principal causa del retraso del crecimiento intrauterino, lo que provoca, cuando es aguda e intensa, una reducción próxima al 10% del peso medio al nacer. Otros factores son las cardiopatías maternas, la gran altitud sobre el nivel del mar, problemas placentarios, así como malformaciones y tumoraciones uterinas que limitan el crecimiento fetal. (2-4)

El 25,9% fumaba, con diferencias apreciables entre los estratos pues en los de mediano y alto riesgo hubo un 33.3% y 28.6% de mujeres fumadoras respectivamente contra un 23.5% en el estrato de bajo riesgo.

El 48,1% de las madres fueron nulíparas, mostrando el estrato III el mayor porcentaje con un 64,3% lo cual pone en evidencia el trabajo realizado con el riesgo reproductivo preconcepcional en estas mujeres, recordemos que este estrato es hasta el momento el más afectado teniendo en cuenta las determinantes estructurales e intermedias que se han abordado. Estos resultados pueden estar en relación con el predominio de madres nulíparas en el estudio, coincidiendo con otros autores que citan la nuliparidad asociada al bajo peso. (2-6)

Solo el 32,1% tenían antecedentes de hijos bajo peso al nacer, dentro de los estratos el más afectado fue el de alto riesgo con un 80%.

Predominó la sepsis vaginal con un 85,2% destacándose en el estrato III (Horquita y Cieneguita), seguida por la anemia en el 37% de las madres con peores resultados los estratos II y III evidenciándose diferencias entre los estratos no solo en esta afección sino también respecto a la hipertensión arterial donde los estratos más afectados fueron los de mediano y alto riesgo. Coinciden estos resultados con la bibliografía consultada. (7,8)

CONCLUSIONES

En la investigación se identificaron los determinantes sociales de la salud relacionados con el bajo peso al nacer en los estratos y se encontraron diferencias entre ellos, hallándose en una posición menos favorecida los consejos populares de Horquita y Cieneguita clasificados de alto riesgo dada la expresión de los determinantes estructurales e intermedios explorados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Véliz Jorna AL, Bonilla Fernández JA, Jorna Calixto. AR y otros. Primer año de vida de recién nacidos bajo peso. Rev 16 de Abril [Internet] 2014[citado 11 Ago 2015]; 53(256): [aprox. 15 p.]. Disponible en:) <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2014/abr14256c.pdf>
2. World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. Discussion paper [Internet]; 2011. [citado 23 Mar 2014] Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/en/
3. García Baños LG. Factores de riesgo asociado al bajo peso al nacer. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 23 Mar 2014]; 38(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Mastrapa Reyes C, Serrano Riverón M, Martínez Pereira J R. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. CCM [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 11 Ago 2015]; 18(1): 116-118. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100014&lng=es.
5. Montero Mesa M, Digo MT, Núñez Valdés L, Salabert Tortoló I, Vega Rodríguez L. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en la provincia Matanzas. 2013. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Jul-Ago [citado: fecha de acceso];36(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema05.htm>
6. Delgado Acosta H, Monteagudo Díaz S, Rodríguez Buergo D, Vega Galindo M, Sotolongo Acosta M. Estratificación del bajo peso al nacer desde un enfoque de determinantes sociales. Revista Finlay [revista en Internet]. 2013 [citado 2014 May 28]; 3(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/171>
7. Delgado Álvarez I, Roca Rosales M C, Suárez Vega M, Rodríguez Alarcón J D, Ruiz Echavarría Y. Repercusión de la desnutrición materna sobre el nacimiento de niños con bajo peso. MEDISAN [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2013 Jun 18]; 16(10): 1478-1485. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000002&lng=es
8. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 24 Ago 2015]; 38(3): 333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es

ANEXOS

Tabla No 1. Distribución de las madres según variables generales demográficas por estratos. Abreus, 2012-2014

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	Estrato I* N=34		Estrato II** N=6		Estrato III*** N=14		Total N=54	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Grupos de edad								
15-19	3	8,8	1	16,7	3	21,4	7	13,0
20-29	17	50,0	3	50,0	9	64,3	29	53,7
30-34	8	23,5	1	16,7	0	0	9	16,7
35 y más	6	17,6	1	16,7	2	14,3	9	16,7
Procedencia								
Urbana	20	58,8	5	83,3	10	71,4	35	64,8
No urbana	14	41,2	1	16,7	4	28,6	19	35,2
Migraciones								
Interprovinciales	1	2,9	1	16,7	2	14,3	4	7,4
Intermunicipales	3	8,8	0	0	1	7,1	4	7,4
Sin migraciones	30	88,3	5	83,3	11	78,6	46	85,2
Tiempo de residencia en el municipio								
Menos de 1 año	1	2,9	0	0,0	1	7,1	2	3,7
1 a 5 años	3	8,8	1	16,7	1	7,1	5	9,2
Más de 5 años	30	88,3	5	83,3	12	85,8	47	87,1

*Estrato I o Bajo Riesgo consejos populares (Abreus, Charca, Juragua y Constancia) Mediana del Índice bajo peso por debajo de 5 (indicador nacional)

**Estrato II o de Mediano Riesgo consejo popular de Yaguarama Mediana del Índice bajo peso por encima de 5 y por debajo de la media municipal

***Estrato III o Alto Riesgo consejos populares (Horquita y Cieneguita) Mediana del Índice bajo peso por encima de indicadores nacional y mediana municipal

Tabla No 2. Distribución de las madres según determinantes estructurales por estratos. Abreus, 2012-2014

DETERMINANTES ESTRUCTURALES	Estrato I N=34		Estrato II N=6		Estrato III N=14		Total N=54	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Color de la piel								
Blanco	18	52,9	5	83,3	11	78,6	34	63,0
No blanco	16	47,1	1	16,7	3	21,4	20	37,0
Nivel de								

escolaridad									
Bajo nivel	14	41,2	2	33,3	12	85,7	28	51,9	
Alto nivel	20	58,8	4	66,7	2	14,3	26	48,1	
Ocupación									
Trabajadora	13	38,2	3	50,0	2	14,3	18	33,3	
Quehaceres del hogar	20	58,8	2	33,3	10	71,4	32	59,3	
Estudiante	0	0,0	1	16,1	0	0,0	1	1,9	
No realiza ninguna actividad	1	2,9	0	0,0	2	14,3	3	5,6	

Tabla No 3. Distribución de las madres según determinantes intermedias (circunstancias materiales) por estratos. Abreus , 2012-2014

CIRCUNSTANCIAS MATERIALES	Estrato I N=34		Estrato II N=6		Estrato III N=14		Total N=54	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Tipología de la vivienda								
Apartamento	1	2,9	0	0	0	0	1	1,9
Casa	32	94,1	5	83,3	13	92,9	50	92,6
Bohío	1	2,9	1	16,7	1	7,1	3	5,6
Estado Técnico de la vivienda								
Buena	14	41,2	1	16,7	3	21,4	18	33,3
Regular	11	32,4	3	50,0	6	42,9	20	37,0
Mala	9	26,5	2	33,3	5	35,7	16	29,6

Tabla No 4. Distribución de las madres según determinantes intermedias (circunstancias psicosociales) por estratos. Abreus, 2012-2014

CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	Estrato I N=34		Estrato II N=6		Estrato III N=14		Total N=54	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Tipo de familia								
Nuclear	16	47,1	3	50,0	7	50,0	26	48,1
Extensa	14	41,2	3	50,0	6	42,9	23	42,6
Ampliada	4	11,8	0	0,0	1	7,1	5	9,3
Funcionamiento familiar								
Funcional	29	85,3	5	83,3	9	64,3	43	79,6
Disfuncional	5	14,7	1	16,7	5	35,7	11	20,4
Estado conyugal								

Soltera	5	14,7	2	33,3	6	42,9	13	24,1
Casada acompañada	23	67,6	4	66,7	7	50,0	34	63,3
Divorciada separada	6	17,6	0	0,0	1	7,1	7	13,0

Tabla No 5. Distribución de las madres según determinantes intermedios (factores conductuales y biológicos) por estratos. Abreus, 2012-2014

FACTORES CONDUCTUALES Y BIOLÓGICOS	Estrato I N=34		Estrato II N=6		Estrato III N=14		Total N=54	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Estado nutricional al inicio del embarazo								
Bajo peso	8	23,5	1	16,7	4	28,6	13	24,1
Sobre peso	6	17,6	1	16,7	3	21,4	10	18,5
Obesa	1	2,9	0	0,0	1	7,1	2	3,7
Subtotal Malnutrición	15	44,1	2	33,3	8	57,1	25	46,3
Normo peso	19	55,9	4	66,7	6	42,9	29	53,7
Hábito de fumar								
Fumadora	8	23,5	2	33,3	4	28,6	14	25,9
No fumadora	26	76,5	4	66,7	10	71,4	40	74,1
Número de hijos								
Nulíparas	14	41,2	3	50,0	9	64,3	26	48,1
De 1 a 2 Hijos	18	52,9	2	33,3	5	35,7	25	46,3
3 a 4 hijos	2	5,9	1	16,7	0	0,0	3	5,6
Antecedentes de hijo bajo peso en las multíparas								
Si	6	30,0	2	66,7	1	20,0	9	32,1
No	14	70,0	1	33,3	4	80,0	19	67,9
Afecciones asociadas al embarazo								
Anemia	8	23,5	4	66,7	8	57,1	20	37,0
Infección del tracto urinario	2	5,9	1	16,7	3	21,4	6	11,1
Hipertensión Arterial	3	8,8	1	16,7	4	28,6	8	14,8
Infección vaginal durante el embarazo	28	82,4	5	83,3	13	92,9	46	85,2



TITULO: DIABETES GESTACIONAL Y FACTORES DE RIESGO DE MACROSOMIA FETO-NEONATAL. CIENFUEGOS, 2013-2016.

Autores: Dra. Vivian Rosa Vázquez Martínez *

Est. Grisel Torres Vázquez **

Dr. Cristóbal Jorge Torres González***

* vivian@jagua.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Vicedecana Docente, Especialista de Segundo Grado en Embriología, Profesor Auxiliar, Máster en Educación Médica.

** medgtv940219@ucm.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, estudiante de sexto año de Medicina, Instructor no Graduada de Ginec Obstetricia.

*** cristobal@gal.sld.cu, Hospital GAL Cienfuegos, Cuba, Especialista de Segundo Grado en Ginec Obstetricia. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral a la Mujer.

RESUMEN

Fundamento: La macrosomía del recién nacido resulta la principal complicación perinatal en la Diabetes Gestacional y produce morbilidad no solo materna, fetal, neonatal, sino en el niño, adolescente y el adulto, aumentando el riesgo de Diabetes y obesidad. **Objetivo:** Determinar las condiciones maternas que se asocian con la aparición de macrosomía en la descendencia.

Métodos: Estudio analítico que incluyó 208 gestantes con Diabetes Gestacional atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, en los años 2013-2016. Se evaluaron la edad materna, paridad, antecedentes de Hipertensión, de Diabetes Gestacional y de macrofeto, valoración nutricional al inicio del embarazo, color de la piel, tiempo gestacional al diagnóstico, valor de la PTG a las 2 horas, tiempo gestacional al parto. Se realizó un análisis multivariado mediante una regresión logística. **Resultados:** La obesidad, el antecedente de recién nacido macrosómico y de Hipertensión Arterial en la gestante fueron el grupo de factores de riesgo que más se asociaron con la aparición de macrosomía.

Palabras Clave: Diabetes Gestacional, Macrosomía Fetal.

INTRODUCCION:

Se conoce por Diabetes Mellitus a un síndrome heterogéneo producido por disminución de los efectos biológicos de la insulina, que se traduce por una alteración del metabolismo de los carbohidratos, los lípidos y las proteínas, caracterizada fundamentalmente por una hiperglicemia en ayunas o intolerancia a los carbohidratos ⁽¹⁾

La Diabetes Mellitus representa una de las condiciones médicas que con mayor frecuencia complican el embarazo y tiene la mayor repercusión, no solo sobre la madre y el feto, sino también sobre el recién nacido, la niñez, adolescencia y probablemente en la vida adulta.

La diabetes gestacional es considerada como una intolerancia a los hidratos de carbono, que resulta en hiperglucemia de severidad variable, con inicio o primera identificación durante el embarazo. Esto no excluye, la posibilidad de que la intolerancia a la glucosa pueda existir desde antes de la gestación, pero no había sido previamente reconocida. Esta definición se aplica, irrespectivamente, de si fuera necesario o no tratamiento con insulina o si la condición persiste después del parto. ⁽²⁾

En EUA del 3 al 7% de las mujeres presentan diabetes durante el embarazo, según la FIGO y estudios realizados por Jovanovic. ⁽³⁾

A pesar de los avances logrados en la reducción de la morbimortalidad materna en las gestantes con Diabetes, la morbilidad neonatal (hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, síndrome de dificultad respiratoria y macrosomía), así como la frecuencia de malformaciones congénitas continúan siendo mucho más frecuentes que en la población no diabética. Resultando el peso por encima de 4000g del recién nacido la complicación más frecuente de la diabetes gestacional ⁽⁴⁾

La macrosomía feto-neonatal eleva el riesgo de partos demorados, partos con fórceps o espátulas, el nacimiento por cesárea por desproporciones céfalo-pélvicas, además de traumas esqueléticos y nerviosos del recién nacido, como la fractura de la clavícula y la distensión del plexo braquial y la parálisis braquial que ocurren como consecuencia de una distocia de hombros. Además son frecuentes las complicaciones puerperales, como los sangramientos del posparto inmediato, donde la atonía uterina es frecuente y la sepsis puerperal, lo cual suscitó el estudio de este resultado adverso perinatal ⁽⁵⁾.

Se han determinado a través de estudios diferentes condicionantes maternas que favorecen la aparición de macrosomía en su descendencia en población general. El antecedente de macrosomía, la obesidad y talla materna, la multiparidad, la diabetes durante el embarazo, el embarazo prolongado, entre otros, sobresalen entre las condiciones maternas que con mayor frecuencia se asocian a la aparición de macrosomía feto-neonatal. Existen pocos estudios donde se revisan estas condiciones en la población de madres diabéticas. ⁽⁶⁾

La macrosomía como complicación de la diabetes gestacional se observa según reportes de autores entre el 9 y 20% ⁽⁷⁾ En Cienfuegos según investigaciones se observa entre el 15% y 17% de los partos en la diabetes gestacional. ⁽⁸⁾

No obstante la alta frecuencia de macrosomía feto-neonatal en las gestantes con Diabetes en Cienfuegos y el alto riesgo que esto implica para el embarazo, parto, puerperio, el feto, el neonato, y la salud futura de la madre e hijo, se realiza un estudio con el fin de determinar las condiciones de las gestantes diabéticas que se asocian al desarrollo de macrosomía, con vistas a identificar al grupo de factores de riesgo relevantes para el desarrollo de esta complicación, con la premisa de disminuir la incidencia de macrosomía del recién nacido que influye de forma adversa en su salud futura.

Problema Científico:

Se desconocen los factores clínico epidemiológicos que se asocian a la gestante diabética que favorecen el desarrollo de la macrosomía fetal en las gestantes con diabetes gestacional en la provincia de Cienfuegos.

OBJETIVOS

1. Determinar la tasa de macrosomía general y por años, en neonatos hijos de madres con diabetes gestacional en Cienfuegos.
2. Identificar los principales factores clínico epidemiológicos de riesgo relevantes que influyen en la aparición de macrosomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se realizó un estudio analítico, observacional.

Universo: Estuvo representado por 283 gestantes con Diabetes, según criterios de la OMS y método de O'Sullivan, atendidas en el Servicio de Obstetricia en el período de enero del 2003 a diciembre del 2006 en el Hospital Universitario Docente de Cienfuegos.

Muestra: Constituido por 208 gestantes con diagnóstico de Diabetes Gestacional, y parto a las 28 semanas y más.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron las pacientes con diabetes gestacional con partos antes de la semana 28 y las gestantes con diabetes pregestacional.

Obtención de la información:

El dato primario se obtuvo por los autores en un formulario de datos elaborado expresamente (Ver anexo 1). Se estudiaron variables como: edad materna, Índice de masa corporal previo al embarazo, paridad, color de la piel, antecedentes de macrosomía, antecedentes de Diabetes Gestacional, tiempo gestacional al diagnóstico, tipo de tratamiento, tiempo gestacional al parto, tipo de parto, peso del recién nacido.

Plan de análisis estadístico:

La base de datos y el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el paquete de programas estadísticos SPSS (Statistic Package for Social Science, Chicago Illinois, Versión 11.0)

Se realizó un análisis del riesgo de cada variable para macrosomía del RN (peso al nacer igual o mayor a 4000gs) que se presentó en tablas de contingencia dicotómicas y más que dicotómicas, en números absolutos y porcentajes. Para validar los resultados se aplicó el estadígrafo Chi cuadrado con una exigencia de precisión del 95%, donde p es menor o igual a 0,05. Para la medición del riesgo se calculó el riesgo relativo RR y su intervalo de confianza, IC del 95%.

RESULTADOS:

Durante los años del estudio se evidenció una tasa elevada de macrosomía neonatal en las gestantes que desarrollaron diabetes durante el embarazo (17%), casi el doble cuando se les comparó con la incidencia de esta complicación en gestantes que no presentaron hiperglicemias durante la gestación (8,6%)

Tabla 1: Distribución de RN macrosómicos y tasa según Diabetes materna.

AÑOS	GESTANTES DIABETICAS			GESTANTES NO DIABETICAS		
	TOTAL	RN + 4kg	TASA x 100 nv	TOTAL	RN + 4kg	TASA x 100 nv
2013	76	14	18,4	4832	388	8,4

2014	73	10	13,6	4488	406	9,0
2015	54	10	18,5	4193	397	9,4
2016	80	13	16,2	3961	313	7,8
TOTAL	283	47	17,3	17474	1504	8,6

Fuente: Registro de partos. Departamento de estadísticas. Hospital.

Cuando se analizaron las 21 condiciones clínico epidemiológicas, descritas en la literatura, que favorecen la macrosomía en las gestantes en general y determinó su asociación con la presencia de esta complicación en las gestantes estudiadas se encontró que solo 8 de ellos se asociaron significativamente (dos veces más) con tener un recién nacido de más de 4000g. (Edad materna mayor a 35 años, APP de hipertension arterial, obesidad de macrofeto, tener dos o más hijos, el diagnóstico de más de 34 semanas y el parto por encima de las 38 semanas) El antecedente de diabetes en embarazos anteriores y el tratamiento solo con dieta no tuvieron una asociación significativa con la presencia de recién nacidos macrosómicos. El antecedente de macrosómico (OR=6,8) y la obesidad materna (OR=6,9) se asociaron fuertemente con la posibilidad de desarrollar la complicación en las pacientes estudiadas.

Tabla No. 2: Resumen del Análisis bivariado del riesgo de macrosomía

	Macrosomía		RR	IC 95 %
	si	no		
Edad mayor de 35 años	14	37	2,3	1,0 – 4,9
2 o más hijos	11	28	1,9	1,02 – 3,5
APP HTA	17	36	2,6	1,4 – 4,6
APP DMG	3	6	2,0	0,7 – 5,3
APP macrofeto	20	12	6,8	4,0 – 13,2
Obesa	25	26	6,9	3,7 – 13,2
Diagnóstico con más de 34semanas	8	18	2,2	1,1 – 4,3
PTG diagnóstico de 9 o más	21	56	2,9	1,5 – 5,5
Tratamiento con dieta	27	137	1,01	0,8 – 1,2
TG al parto con 38 sem y más	27	97	2,0	1,07 – 4,09
Total	36	172		

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS:

La incidencia de macrosomía neonatal en pacientes con diabetes gestacional es elevada cuando se le compara con las pacientes sin hiperglicemia durante el embarazo, lo cual se demostró en este estudio que es casi el doble, a pesar del control de la glicemia realizado a estas pacientes durante el embarazo según las Guías de manejo de la gestante con Diabetes.

Esto demuestra la existencia de otros factores que influyen en la aparición de la macrosomía en estas pacientes o la necesidad de incorporar otros tratamientos para prevenir la misma en estas pacientes. El hecho de tamizaje durante el embarazo de fetos con pesos elevados para su edad gestacional y uso de insulina para restringir el crecimiento de los mismos, en bajas dosis, aun con glicemias normales según los parámetros establecidos se han propuesto para la reducción de esta complicación perinatal de estas pacientes.

En la revisión de la literatura se evidenció cifras similares cuando utilizan la cifra de 4000 g o más, para el diagnóstico de macrosomía feto-neonatal, y también señalan mayores tasas en las gestantes diabéticas. ⁽⁸⁾

Milanova ⁽⁷⁾ encontró una incidencia de recién nacidos macrosómicos, en 2 años, de un 4,45% con un peso de 4200 g o más, mientras Chauhan ⁽⁹⁾ tomando como punto de corte los 4000 g encontró una tasa superior de hasta un 9,2%. Sin embargo, todos los autores coinciden en que la macrosomía feto-neonatal es más frecuente en el embarazo complicado con Diabetes.

Estudios realizados en población general, encontraron que a medida que aumenta la edad de la madre el riesgo de macrosomía feto-neonatal se eleva. Clausen ⁽¹⁰⁾ en su estudio de parámetros antropométricos maternos como riesgo de macrosomía feto-neonatal encontró que, en las madres con edad superior a 35 años esta complicación se observaba con más frecuencia que en aquellas que tenían una edad inferior (30% vs 12%). Por su parte Stotland evidenció que en las pacientes diabéticas con edades superiores a los 35 años se eleva el riesgo de macrosomía en 2,3 veces con respecto a las pacientes no diabéticas. ⁽¹¹⁾

Los resultados que se obtuvieron con respecto a la asociación de la multiparidad y macrosomía pueden ser explicables, ya que, a medida que aumenta la frecuencia de partos en la mujer, el peso de los RN aumenta. Se conoce que, en cada embarazo se aumenta la capacidad uterina y no existen restricciones del crecimiento. Se plantea un aumento sucesivo de 200 a 300g de peso en los recién nacidos, con respecto al peso de recién nacido anterior. Mathew ⁽¹²⁾ y Orskou ⁽¹³⁾ encontraron una mayor frecuencia de macrosomía en mujeres con paridad superior a 3 hijos, con respecto a mujeres con paridad inferior.

La presencia de hipertensión arterial se asoció con la aparición de macrosomía neonatal en las pacientes estudiadas. Otros autores han encontrado un aumento de los recién nacidos macrosómicos en las mujeres con hipertensión, sobre todo en aquellas en las que tienen asociada una Diabetes durante el embarazo. Yogev ⁽¹⁵⁾ planteó una fuerte asociación de la Hipertensión Arterial, la Diabetes y los recién nacidos macrosómicos.

Estudios recientes demuestran que las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional tienen un alto riesgo de repetir esta condición en embarazos sucesivos, además de tener alto riesgo de Diabetes futura. Esto está

relacionado con el agravamiento del trastorno en los hidratos de carbono de las pacientes que se ve afectado cada vez más, con necesidades de uso de insulina para su control por la hiperglucemia resultante. ⁽¹⁶⁾

El riesgo fundamental de tener un hijo macrosómico es su antecedente, descrito en estudios realizados a la población general, según planteó Walsh ⁽¹⁷⁾ en su estudio de recurrencia de macrosomía en madres no diabéticas. Hirnle ⁽¹⁸⁾ planteó que estas pacientes tienen cierta predisposición genética a tener niños grandes o de base tienen una Diabetes no diagnosticada, además de tener un útero con más capacidad lo cual facilitaría el excesivo crecimiento fetal.

La obesidad por si sola es un factor de riesgo independiente capaz de producir niños grandes que superan los 4 kg al nacer. Seremak ⁽¹⁹⁾ planteó que la obesidad produce una resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos que se refuerza con el embarazo, empeorando de esta manera el trastorno metabólico, favoreciendo la hiperglucemia materna y esta a su vez al aumento de peso del feto por estimulación en la producción de insulina fetal. Autores como Bo ⁽²⁰⁾ y Ehrenberg ⁽²¹⁾ plantean que el Índice de Masa Corporal previo al embarazo muestra más influencia que la tolerancia alterada de la glucosa a la macrosomía, aunque otros, como Pathi ⁽²²⁾ lo plantean como un factor de riesgo independiente. Esta condición materna se incluyó en el grupo de variables que favorecen la macrosomía fetal en las gestantes diabéticas.

La hiperglicemia materna durante el embarazo es una de las condiciones que se asocia a la macrosomía neonatal y otras complicaciones perinatales, lo cual se determinó en el estudio HAPO ⁽²³⁾ Schaefer-Graf ⁽²⁴⁾ encontró una disminución de la aparición de macrosomía en los recién nacidos de madres con Diabetes, a las cuales, se les diagnosticó el trastorno metabólico durante el primer y segundo trimestre con respecto a aquellas con diagnóstico de la Diabetes durante el tercer trimestre. Wong ⁽²⁵⁾ concluyó, en su estudio de seguimiento del crecimiento fetal por ultrasonografía en gestantes diabéticas que, las tasas de crecimiento fetal en las madres diabéticas eran superiores que en las no diabéticas y que la velocidad de crecimiento fetal en los fetos de madres diabéticas se mantiene elevada hasta etapas tardías del embarazo y que un control adecuado de la glicemia disminuye estos efectos.

Mientras el período de exposición del feto a la hiperglicemia materna sea más prolongado a la hiperglucemia en las gestantes diabéticas, en un período donde esta es determinante en su desarrollo, mayor será la hiperinsulinemia fetal, la estimulación del crecimiento fetal y en consecuencia mayor será el peso al nacimiento.

En la misma medida en que se prolonga el embarazo, o sea al final de este, aumenta la frecuencia de aparición de macrosomía, en la población general, sobre todo cuando se superan las 42 semanas, como fue planteado en los estudios realizados sobre factores de riesgo de macrosomía por los autores Salazar ⁽²⁶⁾ y Cutié ⁽²⁷⁾ En la gestante con hiperglicemia ya desde etapas más tempranas se puede evidenciar un crecimiento fetal excesivo (por encima del 90 o 97 percentil) cuando son evaluados por las curvas existentes y pueden lograr superar los 4kg antes de alcanzar las 38 o 40 semanas. El peso del recién nacido está más afectado por el tiempo de hiperglicemia que ha sido sometido que por el tiempo del embarazo.

CONCLUSIONES:

La incidencia de macrosomía en la descendencia de madres que desarrollan diabetes gestacional en Cienfuegos es alta a pesar del control y tratamiento impuesto, en todos los años estudiados.

El antecedente de macrofetos, la obesidad materna y el antecedente de HTA materna resultaron el grupo de factores de riesgo que con mayor fuerza se asociaron al desarrollo de macrosomía feto-neonatal en las madres con diabetes gestacional estudiadas.

BIBLIOGRAFIA:

1. Kuzuya T, Nakagawa S, Satoh J, Kanazawa Y, Iwamoto Y, Kobayashi M, Nanjo K, Sasaki A, Seino Y, Ito C, Shima K, Nonaka K, Kadowaki T; Committee of the Japan Diabetes Society on the diagnostic criteria of diabetes mellitus. Report of the Committee on the classification and diagnostic criteria of diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013 Jan;55(1):65-85.
2. Asociación Latino-Americana de Diabetes (ALAD). Normas de atención a la diabética embarazada aprobada en Mendoza 1994 y modificada en Cancún 2014. Cancún: ALAD; 2014.
3. Jovanovic L, Pettitt DJ. Gestational Diabetes Mellitus. *JAMA.* 2009; 286: 2516-2518.
4. De Lee JB. The principles and practice of Obstetrics. Philadelphia: W.B. Saunders; 2013. p. 502-503.
5. Lucas MJ. Diabetes complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2013; 28(3):513-36.
6. Berle P, Misselwitz B, Scharlau J. Maternal risks for newborn macrosomia, incidence of a shoulder dystocia and of damages of the lexus brachialis. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2013 Jul-Aug; 207(4):148-52.
7. Milanova K; Marinov B; Borisov I. The incidence of foetal macrosomia and method of delivery for a two-year period in the University Hospital of Obstetrics and Gynecology Maichin Dom--Sofia]. *Akush Ginekol (Sofia)* 2009;45(6):3-6.
8. La Fontaine TE, Sánchez LM, La Fontaine TJ. Algunos factores de riesgo y complicaciones del embarazo y el parto asociado a la macrosomia fetal. *Rev Arch. Med. Camaguey.* [Internet]. 2015 [citado 4 Feb 2014]; 9(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117924009>
9. Chauhan SP, Grobman WA, Gherman RA, Chauhan VB, Chang G, Magann EF, Hendrix NW. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;193(2):332-46.

10. Clausen T, Burski TK, Oyen N, Godang K, Bollerslev J, Henriksen T. Maternal anthropometric and metabolic factors in the first half of pregnancy and risk of neonatal macrosomia in term pregnancies. A prospective study. *Eur J Endocrinol.* 2008 Dec; 153(6):887-94. PMID: 16322395 [PubMed - in process]
11. Stotland NE, Caughey AB, Breed EM, Escobar GJ. Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Jul; 90(1):88.
12. Mathew J, Machado L, Al-Ghabshi R, Al-Haddabi R. Fetal macrosomia. Risk factor and outcome. *Saudi Med J.* 2012 Jan; 26(1):96-100.
13. Orskou J, Henriksen TB, Kesmodel U, Secher NJ. Maternal characteristics and lifestyle factors and the risk of delivering high birth weight infants. *Obstet Gynecol.* 2009 ;102(1):115-20
14. Solomon CG, Seely EW. Brief Review: Hypertension in Pregnancy: A Manifestation of the Insulin Resistance Syndrome? *Hypertension.* 2008. 37: 232-239.
15. Yogev Y, Xenakis EM, Langer O. The association between preeclampsia and the severity of gestational diabetes: the impact of glycemic control. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Nov; 191(5):1655-60.
16. Johns K , Olynik C, Mase R, Kreisman S, Tildesley H. Gestational diabetes mellitus outcome in 394 patients. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; 28(2):122-7.
17. Walsh CA, Mahony RT, Foley ME, Daly L, O'Herlihy C. Recurrence of fetal macrosomia in non-diabetic pregnancies. *J Obstet Gynaecol.* 2007 May; 27(4):374-8.
18. Hirnle L, Kowalska M, Petrus A, Hirnle G, Zimmer M. The analysis of risk factors for fetal macrosomia and the complications in the course of pregnancy and delivery of macrosomic baby. *Ginekol Pol.* 2009 Apr; 78(4):280-3.
19. Seremak-Mrozikiewicz A, Drews K, Nowocien G, Kaluba-Skotarczak A. Obesity in pregnant women as a problem in obstetrics. *Ginekol Pol.* 2009; 78(3):234-8.
20. Bo S, Menato G, Signorile A, Bardelli C, Lezo A, Gallo ML, et al. Obesity or diabetes: what is worse for the mother and for the baby? *Diabetes Metab.* 2009; 29(2 Pt 1):175-8.
21. Ehrenberg HM, Mercer BM, Catalano PM. The influence of obesity and diabetes on the prevalence of macrosomia. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Sep; 191(3):964-8.
22. Pathi A; Esen U; Hildreth A. A comparison of complications of pregnancy and delivery in morbidly obese and non-obese women. *J Obstet Gynaecol.* 2009; 26(6):527-30.
23. HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR et al. Hyperglycemia

and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008;358:1991–2002.

24. Schaefer-Graf UM, Kjos SL, Kilavuz O, Plagemann A, Brauer M, Dudenhausen JW, et al. Determinants of fetal growth at different periods of pregnancies complicated by gestational diabetes mellitus or impaired glucose tolerance. *Diabetes Care*. 2009 Jan; 26(1):193-8.
25. Wong SF, Lee-Tannock A, Amaraddio D, Chan FY, McIntyre HD. Fetal growth patterns in fetuses of women with pregestational diabetes mellitus. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009; 28(7):934-8.
26. Salazar de Dugarte G, González de Chirivella X, Faneite Antique P. Incidencia y factores de riesgo de macrosomía fetal. *Rev Obstet Ginecol (Venezuela)*. 2009; 64(1):15-21.
27. Cutié Bressler ML, Figueroa Mendoza M, Segura Fernández AB, Lestayo Dorta C. Macrosomía fetal. Su comportamiento en el último quinquenio. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2002 [citado 4 Feb 2014]; 28 (1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100006

DIAGNÓSTICO DE MIELOMININGOCELE EN UN FETO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA DE BAJO CAMPO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Autor Principal: Lic. Félix González Pérez, felix.gonzalez@gal.sld.cu, Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cuba

Coautores:

Dra. Yarely Águila Hernández, Policlínico Área III. Consultorio II, Cuba

Lic. Víctor Jesús Ibáñez Palacio, victor.ibañez@gal.sld.cu, Hospital General Universitario, Especialista Principal Centro Diagnóstico por Imágenes. Cuba

Lic. Lázaro Jiménez Hernández, lazaro.jimenez@gal.sld.cu, Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cuba

Lic. Yunior Artilés Rodríguez, yunior.artiles@gal.sld.cu, Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cuba

Lic. Yamany Rodríguez Ponce, yasmany.rodriguez@gal.sld.cu, Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cuba

RESUMEN

La malformación del tubo neural (mielomeningocele) es una enfermedad genética caracterizada por defecto del cierre posterior de las vértebras. El diagnóstico prenatal suele realizarse por ecografía. Se presenta el caso de una embarazada de 35 años de edad, con 26 semanas de gestación, resultado positivo en prueba de alfa feto proteína y dudas en ultrasonido diagnóstico que valoraba la posibilidad de una malformación del tubo neural, por lo que se sugirió realizar resonancia magnética. Al no contar en Cienfuegos con resonancia magnética de alto campo, se aplicaron parámetros de estos equipos a uno de bajo campo (0,35 tesla), con lo que se confirmó el diagnóstico. Las malformaciones del tubo neural, al no ser frecuentes, deben tomarse en cuenta por su costo familiar, personal, social y económico. Es importante diagnosticarlas de manera oportuna a fin de administrar el tratamiento específico, de ahí la importancia de la presentación de este caso, además de lograr la certeza del diagnóstico con un equipo de bajo campo.

Palabras clave: humanos; adulto; femenino

INTRODUCCIÓN

El término disrafias espinales se utiliza para designar los defectos congénitos simples o complejos del cierre del tubo neural. Esto determina la persistente continuidad entre el nuero ectodermo posterior y el ectodermo cutáneo. El defecto estructural se produce a cualquier nivel del neuro eje desde el cerebro hasta el sacro. Esta alteración ocurre precozmente en el período embrionario entre la tercera y la cuarta semana de gestación.¹

Sus formas anatomopatológicas son múltiples y van desde el simple cierre incompleto del arco posterior de una vértebra, carente de significado patológico, hasta extensas lesiones raquimedulares acompañadas de malformaciones del sistema nervioso central (SNC) y de otros órganos.¹

En los meningoceles la herniación a través del defecto óseo está limitada a las meninges, la médula espinal es normal.²

El mielomeningocele es un defecto en el desarrollo de las apófisis laminares, las que no se unen en la línea media para formar una apófisis espinosa única, con distensión quística de las meninges y anomalías estructurales o funcionales de la médula espinal o la cauda quina secundarias. A pesar de ser una malformación congénita poco frecuente, presenta importantes implicaciones médicas, físicas, psíquicas y sociales.³

Se presenta como una enfermedad crónica. Produce en el niño y en su familiar un fuerte impacto psicosocial ya que el niño va a tener compromiso motor, urológico, ortopédico y a veces cognitivo. Las lesiones son complejas y sus secuelas pueden evolucionar a medida que el niño crece y requiere la atención de múltiples especialistas a lo largo de toda su vida.¹

Esta afección necesita para su manejo un equipo multidisciplinario integrado por neurólogos, neurocirujanos, traumatólogos, urólogos, nefrólogos, ortopedas, rehabilitadores, fisiatras y psicólogos.³

La disrafia espinal abierta puede ser diagnosticada en forma prenatal con la determinación de alfa feto proteína desde la semana 16 del embarazo. El seguimiento ecográfico del feto con defecto en el cierre del tubo neural sugiere que el deterioro del SNC y periférico progresa durante la gestación tanto por daño químico por contacto de las estructuras nerviosas con el líquido amniótico como desarrollo de los procesos que alteran la circulación del LCR.⁴

El diagnóstico prenatal puede realizarse por ecografía y determinación de alfafetoproteínas (AFP),

primero en el suero de la madre, luego en el líquido amniótico obtenido por amniocentesis. También es de valor diagnóstico la determinación de acetilcolinesterasa en el líquido amniótico.⁵

Se consideró la publicación de este trabajo por ser el caso de una embarazada con resultado positivo en prueba de alfa feto proteína y dudas en ultrasonido diagnóstico que valoraba la posibilidad de una malformación del tubo neural, por lo que se sugirió realizar resonancia magnética, la cual se llevó a cabo aplicando parámetros de equipos de alto campo a uno de bajo campo (0,35 tesla), con lo que se confirmó el diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, residente en zona urbana, de 35 años de edad, con 26 semanas de gestación y antecedentes patológicos personales de haber tenido abortos espontáneos en otras ocasiones (hacia cinco años), fumadora desde los 14 años. Refirió antecedentes de infertilidad de hacía más de ocho años.

Al interrogatorio expresó que hacía un mes le habían realizado ultrasonido diagnóstico que reflejaba dudas sobre la existencia de una malformación, por el grado de formación del feto. Se sugería realizar resonancia magnética y prueba de alfa feto proteína.

Se le solicitaron los resultados de los estudios realizados con anterioridad. El cuadro hemático, la química sanguínea y el examen de orina, mostraban valores normales. La prueba de alfa feto proteína era positiva.

Ante la premura del diagnóstico y no contar con resonancia magnética de alto campo, se decidió estudiar la física de la resonancia magnética y aplicar parámetros de equipos de resonancia magnética de alto campo a bajos campos (0, 35 tesla).

Secuencias del estudio utilizadas:

1 -Secuencias IPA ultrarrápidas.

2-T1-se sagital, axial.

3-T2 Haste -sagital.

4--T2-tse –sagital, axial

5-T2-flair-sag.

Forma en que se realizó la resonancia:

1-Se explicó a la paciente el examen a realizar, los ruidos que escucharía y la posición que debía mantener así como la importancia y beneficios de este.

2-Posición de la paciente: acostada en la camilla en posición supina, el plano medio del cuerpo coincidiendo con la línea central de la camilla, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, los hombros a la misma altura. Sujeta con una banda suavemente por la región umbilical para evitar movimientos.

3-Posición de la parte: línea media sagital al centro de la camilla, brazos a ambos lados del cuerpo, hombros a la misma altura.

4-Punto de referencia: región umbilical o borde superior de la cresta iliaca al centro de la antena de columna lumbar.

Se apreció, en secuencias T1-se-sag-axial, T2-Haste-sag, una masa pequeña con irregularidad, abombada, con salida de canal posterior cervico dorsal. Iso-hipo intensos en T1 y hiperintenso en T2 stir con toma del canal intervertebral, que además desplazaba hacia atrás y comprimía el cordón medular, asociado a cambios en la intensidad de señal de los músculos adyacentes. Corte sagital: pérdida del paralelismo de la columna. Corte axial: el canal espinal se observa en forma de U. Abierto. (Figura 1).

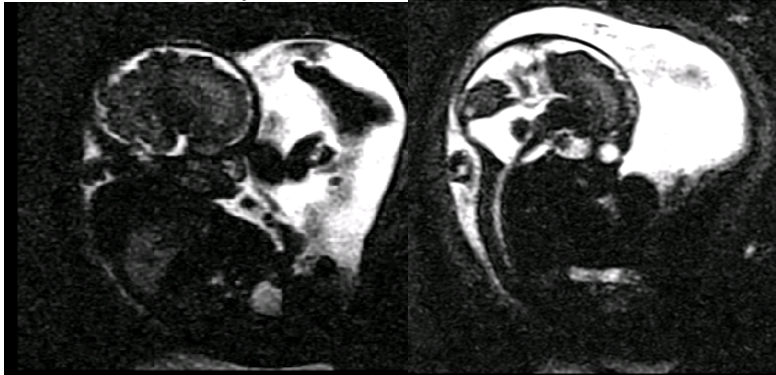


Figura 1. Secuencia T2-Haste-sag

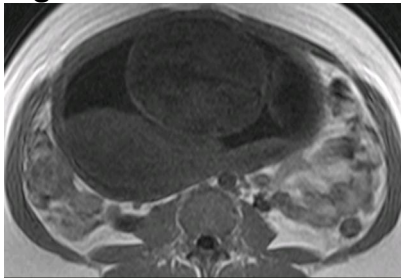


Figura 1. Secuencia T1-se-axial

Se concluyó el diagnóstico como malformación del tubo neural (mielomeningocele).

A la paciente se le indicó tratamiento. No se conoce la evolución posterior. El informe se presenta desde el punto de vista del diagnóstico por imágenes.

DISCUSIÓN

El ultrasonido ha sido y seguirá siendo la modalidad primaria para el diagnóstico de la patología del sistema nervioso central. La resonancia magnética, que ha revolucionado el diagnóstico por imágenes en todas las áreas de la medicina, se hizo parte del diagnóstico prenatal con la introducción de secuencias rápidas y ultrarrápidas, que disminuyeron los artefactos de movimiento, lo que permitió visualizar el feto con imágenes multiplanares, sin uso de radiación y con una resolución de contraste de tejidos no descrita por otras técnicas.⁶

Los esfuerzos por mejorar las imágenes de resonancia magnética fetal (RMF) se acompañaron de innumerables publicaciones tratando de establecer sus ventajas en áreas en las cuales la ecografía había sido el estándar. Sin embargo, el debate sobre la superioridad de las imágenes respecto del ultrasonido es estéril en ausencia de un ultrasonido de calidad que permita la sospecha diagnóstica temprana que posibilite el estudio por técnicas complementarias. El ultrasonido sigue y seguirá siendo el método estándar para el cribado.⁶

Tal y como ocurrió en el caso que se presenta, se realizó resonancia, ante la sospecha ofrecida por el ultrasonido.

Es necesario aclarar que los hallazgos de la RMN, según plantean los autores antes citados,⁶ aportan un 30 % de cambios de conducta ante un diagnóstico prenatal, cuando se asocian a los aportados por la ecografía.

Se ha propuesto una variedad de indicaciones precisas para la realización de una RM fetal:⁷

- 1- La existencia de ventriculomegalia diagnosticada por ecografía.
- 2- La sospecha de malformación diagnosticada por ecografía.
- 3- La sospecha de lesiones clásticas (infección, trauma, etc.).
- 4- La existencia de múltiples malformaciones fetales.
- 5- La existencia de malformaciones en embarazos gemelares.
- 6- El diagnóstico de una enfermedad genética conocida.

Esta permite confirmar los casos de diagnóstico ecográfico dudoso de la espina bífida, debido a la difícil ubicación caudal que suele presentar, donde la ecografía tiene limitaciones y/ o dificultad de acceso. La resonancia magnética fetal intrauterina permite una evaluación más detallada y precisa de las estructuras fetales y maternas, así como una caracterización y un estudio de la morfología del defecto y de las lesiones asociadas a esta afección.⁸

En el caso presentado, cuando la paciente acudió al centro con la indicación de estudio imagenológicos, ya llevaba 26 semanas; el retraso del diagnóstico por ultrasonido, que suele hacerse en las primeras 18 semanas, trajo consigo que se hiciera más difícil (a las 26 semanas) y hubiera que recurrir a técnicas de más complejidad como la resonancia magnética. Esto no suele ocurrir con frecuencia en nuestro medio pero puede pasar. Resulta interesante, además, por dos cuestiones: primero, es poco frecuente en nuestro medio, segundo porque se puso a prueba el interés de profesionales de la salud, que estudiaron la física de la resonancia magnética para, utilizando un equipo de bajo campo, poder llegar a diagnósticos que se hacen con resonancia magnética de alto campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Armand Ugón A, Nallén J, Negrotto A, Pandolfo I, Pereyra S, Sereno V, et al. Guía clínica. Diagnóstico y tratamiento del mielomeningocele[Internet]. Montevideo: Instituto de Seguridad Social; 2014[citado 23 Feb 2017]. Disponible en: https://www.bps.gub.uy/bps/file/8964/4/guia_clinica_mielomeningocele.pdf
- 2.-Aparicio Meix JM. Espina bífida[Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008[citado 23 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18-espina.pdf>
- 3.-Ever Gonzalo C. Mielomeningocele. SCIENTIFICA[Internet]. 2012[citado 23 Feb 2017];11(1):aprox. 11 p.]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1813-00542012000100009&script=sci_arttext
- 4.-Ministerio de Salud. Guías clínicas de disrafias espinales. Diagnóstico y tratamiento[Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2011[citado 23 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Disrafias-Espinales.pdf>
- 5.-Bergamo P, Puigdevall M, Lamprópulus M. Mielomeningocele. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2012;70:269-83
- 6.-Ortega X, Otayza F, Araneda D, Moenne K, Pérez C, Escafi J, et al. Resonancia magnética fetal en el estudio prequirúrgico de disrafia espinal. Rev Chil Rad. 2016;22(3):133-9
- 7.-Garel C, Chantrel E, Brisse H, Elmaleh M, Luton D, Oury JF, et al. Fetal cerebral cortex: normal gestational landmarks identified using prenatal MRI. Am J Neuroradiol. 2001;22:184-9
- 8.-Herrero Saura P. Mielomenigocele fetal por resonancia magnética. Imagen Diagn. 2011;2(1):31-4

TÍTULO: DIMENSIONES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA.

TITLE: DIMENSIONS OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN HOSPITALIZED PATIENTS DIAGNOSED WITH LEUKEMIA.

Autores: Yamila Ortega Bermúdez, yamila.ortega@gal.sld.cu, Departamento de Psicología, Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba.

Orlando Herminio Cartaya Pérez, Departamento de Psicología, Hospital Clínico Quirúrgico " Arnaldo Milian Castro ". Villa Clara. Cuba, Máster en Ciencias.

Evelyn Fernández Castillo, efernandez@uclv.edu.cu, Universidad Central Marta Abreu de las Villas, Villa Clara, Cuba, Doctora en Ciencias.

Osana Molerio Pérez, omolerio@uclv.edu.cu Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Villa Clara, Cuba, Doctora en Ciencias.

Resumen

Introducción: Durante centurias el cáncer ha sido considerado una enfermedad estigmatizante y al mismo tiempo equivalente a una sentencia de muerte. Estas creencias están llenas de una intensa carga emocional negativa de temor, impotencia y angustia. Así ocurre con la leucemia que textualmente significa "sangre blanca".

Objetivo General: Evaluar algunas dimensiones del bienestar psicológico en pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal a 20 pacientes, en el período de febrero 2015 a enero 2016, en la sala de oncohematología del Hospital Clínico Quirúrgico de Villa Clara. Las variables de estudio: satisfacción vital, estados emocionales, autovaloración y afrontamiento a la enfermedad.

Resultados: Predominó el sexo femenino, el nivel medio superior, el estado civil casados, la ocupación amas de casa y sin vínculo laboral y la procedencia urbana. La edad promedio 48, 7 años. Se destacan las buenas condiciones de la vivienda y la solvencia económica con presencia de apoyo social. La mayoría de los pacientes presentaron una autovaloración inadecuada por defecto en todos sus ítems y predominó los estados emocionales negativos. Los estilos de afrontamientos utilizados antes del diagnóstico (reacción emocional y somatización) luego del este: negación y la reacción emocional.

Conclusiones: En los pacientes estudiados predominó una autovaloración inadecuada, estados emocionales negativos y afrontamientos inadecuados. Las dimensiones del bienestar psicológico en estos pacientes se perciben en su totalidad de manera negativa.

Palabras Claves: Bienestar psicológico, afrontamiento, autovaloración, leucemia.

Abstract

Background: During centuries the cancer, as an illness, has been considered stigmatizing and at the same time equivalent to a death sentence. These beliefs are full of an intense emotional negative load of fear, impotence and anguish. With the leukemia is the same, which literally means “white blood”. **General objective:** To evaluate some dimensions of psychological well-being in patients hospitalized with a leukemia diagnostic. **Method:** It was carried out an observational, descriptive, transverse cut study of 20 patients, in the period of February 2015 to January 2016, in the oncohematology ward of the Villa Clara Provincial Hospital. The study variables: vital satisfaction, emotional states, self-analysis and confrontation of the disease. **Results:** The feminine sex, upper-secondary educational level, prevailed the married civil state, housewives, without labor bondage and urban origin. The average age 48.7 years old. It is remarkable the good housing conditions and economic solvency, with the presence of social support. Most of the patients possess an inadequate self-analysis as a result in all their items and the negative emotional states prevailed. The styles of confrontations used before this diagnosis (emotional reaction and somatization) were negation and emotional reaction. **Conclusions:** In the patients studied prevailed inadequate self-analysis, dissatisfaction with current life, negative emotional states and inadequate confrontations. The dimensions of the psychological well-being in these patients are perceived in their entirety in a negative way.

Key words: leukemia, psychological well-being, self-analysis, psychological adaptation

Introducción

Las manifestaciones del cáncer específicamente las leucemias, están asociadas a angustia, incertidumbre e impredecibilidad del curso de la enfermedad. Los tratamientos aversivos y prolongados en tiempo, que requieren muchos de estos pacientes, así como el estigma social dado por las creencias, atribuciones y representaciones sociales del cáncer en la población, hacen que la enfermedad se vea como sinónimo de muerte y sufrimiento.¹

Producto del considerable aumento de personas que viven esta realidad, surge el interés a nivel mundial por sus condiciones de vida y las necesidades específicas del grupo de las personas que viven con cáncer, cobrando relevancia en los últimos años las investigaciones relacionadas con el bienestar y las variables específicas que influyen en él.² En las últimas décadas numerosas investigaciones, tanto a nivel internacional como nacional, se han dirigido a caracterizar el bienestar psicológico en diferentes grupos etéreos y en disimiles enfermedades crónicas^{3,4,5,6}, sin embargo, existen pocos estudios orientados al análisis del comportamiento de las variables psicológicas y sociales en pacientes afectados por esta enfermedad.

La población adulta con enfermedades oncohematológicas ha sido estudiada de manera general desde un enfoque biologicista, en la provincia de Villa Clara se han realizado estudios con la categoría bienestar en pacientes con enfermedades crónicas pero no existen antecedentes de estudios que impliquen las dimensiones del bienestar psicológico y las enfermedades oncohematológicas especialmente la leucemia en pacientes adultos. Por la importancia que presenta el estudio y la insuficiente información que se brinda sobre el tema se realiza la investigación que tiene como objetivo: Evaluar algunas dimensiones del bienestar psicológico en pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia.

Desarrollo

La investigación se ejecutó bajo el paradigma cuantitativo con interpretaciones cualitativas. Estudio observacional- descriptivo de corte transversal. Se llevó a cabo en el Hospital Clínico Quirúrgico Arnaldo Milian Castro de la provincia de Villa Clara específicamente en la sala de Oncohematología. En el período comprendido de febrero de 2015 a enero 2016. Se estudiaron 20 pacientes con diagnóstico de leucemia que fueron seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Para el cumplimiento de los objetivos propuestos se identificaron las siguientes variables: Edad, sexo, escolaridad, ocupación, procedencia, estado civil, condiciones de vivienda, solvencia económica, apoyo social, estados emocionales, autovaloración, afrontamiento a la enfermedad para ello se utilizaron las siguientes técnicas para la recogida de la información: Cuestionario, Autovaloración Dembo-Rubistein, Autorreporte vivencial, Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad.

Resultados

En cuanto a las variables sociodemográficas de los pacientes estudiados, se encontró un predominio del sexo femenino con un 65%, con respecto a la escolaridad predominó el nivel medio superior 40%, seguido por el nivel medio y el primario con un 20% respectivamente, resaltó el estado civil casado con un 35 %, con respecto a la procedencia predomina la urbana con un 55 % mientras que la rural se representó con el 45 %. La media de la edad es de 48,7 años y en la ocupación se distinguieron los desocupados y las amas de casa cada uno representando un 25 % del total. (Ver tabla anexo 1) Con respecto a las condiciones de la vivienda se apreciaron como buenas en un 60%, la solvencia económica es buena según el 65 % de los pacientes estudiados. La percepción del apoyo social estuvo presente en el 75 % de los pacientes. (Ver tabla anexo 2)

Con relación a la autovaloración de los pacientes estudiados en todos los ítems caracterizados existió una inadecuada autovaloración por defecto. La salud, el bienestar, la felicidad y la calidad de vida sobresaen con el 75%, mientras la autoconfianza con un 65% y las aspiraciones en la vida con un 60% del total. (Ver tabla anexo 3)

Con respecto a los estados emocionales se encontraron que las emociones positivas (placer 100%, alegría 85%, tranquilidad 80%) se vivenciaban escasamente, por su parte la ansiedad y la inquietud con 55%, la apatía, el rechazo, la tristeza con 50% respectivamente se vivenciaban moderadamente, mientras que intensamente se vivencia la desconfianza en un 45% de los pacientes estudiados. (Ver tabla anexo 4)

Por su parte los estilos de afrontamientos utilizados por los pacientes antes del diagnóstico fueron la reacción emocional y la somatización 25% respectivamente, luego de enfermar los estilos de afrontamientos más frecuentes son: reacción emocional y la negación de la enfermedad con un 60% en ambos casos. (Ver tabla anexo 5)

Discusión de los resultados:

Las leucemias agudas pueden aparecer a cualquier edad. La más frecuente en la niñez es la leucemia linfoblástica y en el adulto la leucemia no linfoblástica, en edades comprendidas entre los 30 y 40 años, con predominio del sexo femenino.⁷ La mayoría de los autores ^{7,8,9,10} señalan un predominio del sexo masculino en las leucemias agudas y crónicas. Sin embargo, otros comunican un predominio del sexo femenino en la leucemia aguda ⁷, lo que coincide con nuestros resultados.

Con respecto a la escolaridad predomina el nivel medio superior, seguido por el nivel medio. En relación con algunas variables sociodemográficas y cómo influyen en el bienestar psicológico de los pacientes estudiados, la escolaridad es una de las que muestran mayores diferencias y donde el alto nivel escolar se encontró asociado de forma positiva. Con respecto a la ocupación en el estudio, un porcentaje importante de pacientes no presentaba vínculo laboral lo cual se relacionó con algunas de las dimensiones evaluadas, pensamos que esto se debe a que quienes padecen esta enfermedad deben someterse a tratamientos médicos que implican cambios significativos en la rutina diaria, dieta y ejercicio físico, de acuerdo con el grado de discapacidad y el paciente se ve obligado a evaluar y acomodar parcial o totalmente su cotidianidad. En ocasiones, incluso, el individuo no está en capacidad de mantener su empleo (la discapacidad laboral entre los 5 y 10 años desde el inicio de la enfermedad en diferentes países es de 43 a 50 %;) en muchos casos no vuelve a trabajar o cuando lo hace se encuentra con que debe ocupar un puesto de menor responsabilidad.¹⁰

En el estudio predominan las condiciones de la vivienda buenas, seguida por las condiciones regulares, la solvencia económica es buena. Las condiciones materiales de vida, por constituir las condiciones reales en que los hombres producen y reproducen su existencia social e individual, aporta elementos decisivos al bienestar humano, sin embargo, ellas constituyen sólo un aspecto en su naturaleza plurideterminada. ¹¹ Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto, y lo psicológico influye en lo social de acuerdo con la postura que el individuo asume.¹²

La percepción del apoyo social está presente en la mayoría de los pacientes estudiados. El bienestar está determinado por el grado de apoyo que el individuo siente que tiene por parte de su entorno, por el género y por la ausencia de síntomas depresivos. El hecho de que el primer predictor sea el apoyo social, concuerda con lo planteado por diversos autores^{11, 13}, para quienes la mayor integración a una red de apoyo está asociada con menores problemas de salud física y mental, menor incidencia en hospitalizaciones y admisiones psiquiátricas y mejores resultados al enfrentar sucesos estresantes.

De acuerdo a lo establecido por Fernández Ballesteros, las relaciones positivas y el poseer redes de apoyo, influyen en la mantención de una autoimagen positiva y una autoestima elevada, aspectos centrales del bienestar. Además la influencia del apoyo social en la salud mental, satisface necesidades psicológicas, reduce las experiencias de estrés y amortigua los efectos negativos de este último.¹³

Con respecto a la autovaloración cabe destacar que los niveles de satisfacción que el hombre alcanza, no solo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, es decir de su autovaloración y la jerarquía motivacional.^{14,15} De manera general se puede apreciar que la mayoría de los pacientes refieren desconocimiento acerca de las conceptualizaciones de cada uno de los ítems abordados, en todos los casos se reafirma la necesidad de salud, de sentirse bien, sin la presencia de enfermedades, de poseer bienes materiales y mantener equilibrio físico y mental. La mayoría de los pacientes no aspira a ubicarse por encima de lo marcado con anterioridad y por ende no existen actitudes positivas para el cambio de la realidad actual con respecto a los ítems anteriores. El mayor o menor impacto psicológico se producirá en función del resultado del balance entre amenazas y recursos percibidos que en el caso de los pacientes estudiados se encuentran disminuidos potenciado la valoración negativa de su situación actual.^{16,}
17

Con respecto a los estados emocionales presentes en los pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia en el estudio actual se encontró la prevalencia de emociones negativas sobre las positivas destacándose la ansiedad e inquietud, el rechazo, la tristeza y en mayor grado la desconfianza. Estos resultados concuerdan con los estudios descriptivos que identifican los trastornos emocionales frente al cáncer con los siguientes variables: dificultades de aceptación a una nueva realidad, incertidumbre, pena, sensación de injusticia, miedo, enojo, depresión, ansiedad, preocupaciones existenciales, búsqueda de significado, miedo a la dependencia y miedo al abandono. Pérdida de la imagen de uno mismo y aumento de depresión en pacientes con enfermedad avanzada y procesos terminales. El trauma existencial de enfrentar una enfermedad crónica terminal causa prematuramente, en 1/3 de pacientes, altos niveles de ansiedad y depresión durante los dos primeros años desde el diagnóstico, dando por resultado un impacto negativo en la calidad de vida de hombres y mujeres con cáncer.^{18, 19, 20, 21}

En el paciente oncohematológico los factores que van a condicionar uno u otro tipo de afrontamiento se encuentran: factores biomédicos (tipo de leucemia, estadio,

pronóstico, efectos secundarios de los tratamientos), factores psicológicos (comprensión de la información, número e intensidad de amenazas percibidas, características personales, experiencias difíciles previas), factores sociales (apoyo social real y percibido, entorno laboral, familiar) y factores culturales y espirituales (valores, actitudes y creencias).^{1, 13, 22,23,24}

Por su parte los estilos de afrontamientos utilizados por los pacientes antes del diagnóstico en la investigación actual fueron la reacción emocional y la somatización en ocasiones este tipo de enfermedad debuta sin ningún tipo de sintomatología previa, siendo detectada de forma abrupta en un chequeo general o por un análisis realizado por otros motivos. En otros casos la sintomatología inicial por la que se consulta al paciente suelen ser frecuentes y poco relevante, presentes en enfermedades cotidianas por alguna infección o virus.²⁴ Posteriormente cuando la leucemia es detectada genera una situación de gran incertidumbre, en la que se desencadenan toda una serie de temores asociados a atribuciones y cambios en las expectativas así como actitudes sociales que se acompañan de un elevado nivel de estrés.¹⁰ Luego del diagnóstico en los pacientes estudiados se mantuvo la reacción emocional y se sumó a esta la negación datos que concuerdan con investigación que plantea que el diagnóstico de leucemia presupone una amenaza para la vida equiparable a una sentencia de muerte. Esta amenaza a la supervivencia puede ser interpretada de formas diferentes que darán lugar a distintos tipos de adaptación: espíritu de lucha, negación, desesperanza, preocupación ansiosa entre otras reacciones emocionales²⁵.

Conclusiones

En los pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia predominan las buenas condiciones socioeconómicas y la percepción de apoyo social con una autovaloración inadecuada por defecto, insatisfacción con la vida actual, presencia de estados emocionales negativos y afrontamientos inadecuados. Las dimensiones del bienestar psicológico en estos pacientes se perciben en su totalidad de manera negativa.

Referencias bibliográficas

1. Angulo Gallo L, Guerra Morales VM. Identificación de necesidades psicoeducativas en pacientes oncohematológicos. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [revista en Internet]. 2013 [citado 2 Ene 2016]; 10(3): [aprox. 11p]. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2013/hph133i.pdf>
2. Taberner Bonastre P, Taberner Bonastre MT, Soler Company E, Pérez-Serrano Lainosa. Quimioterapia al final de la vida; análisis de la práctica clínica en pacientes adultos onco-hematológicos con cáncer. Farm Hosp. [revista en Internet]. 2016 [citado 6 May 2015]; 40(1): [aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v40n1/03_original02.pdf
3. Cuenca AL, Manetta MA Vázquez MA. Calidad de vida percibida, bienestar psicológico y síntomas psicológicos: un estudio comparativo entre pacientes

- con asma y población no clínica. [Tesis] 2017. Disponible en: <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/679>
4. Guil R, Zayas A, Gil-Olarte P, Guerrero C, González S, et al. Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* [revista en Internet]. 2016 [citado 1 Mar 2016]; 13(1): [aprox. 127p]. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/b29b9e337a5bcfd97c2534a0ea1b33e3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=54850>
 5. Mayordomo T, Sales A, Satorres E, Meléndez JC. Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensam. psicol.* [revista en Internet]. 2016 [citado 1 Mar 2016]; 14(2): [aprox. 8p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612016000200008
 6. García FE, Manquián E, Rivas G. Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas* [revista en Internet]. 2016 [citado 24 Jun 2016]; 15(3): [aprox. 13 p]. Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242016000300010&script=sci_arttext
 7. Vidaurre O, Yu- Niang H. Calidad de vida que tienen los pacientes oncohematológicos que reciben quimioterapia y género en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”. [Tesis] 2016 [citado 21 Jun 2017]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6622>
 8. Besson PB. MC Dermott W. Tratado de medicina interna de Cecil. La Habana: Pueblo y Educación; 1984.
 9. Vega Elías L M, Vilahomat Hernández O. Morbimortalidad por leucemias en Villa Clara, 1981-1995. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [revista en Internet]. 1998 [citado 15 Nov 2014] ;14(3):150-7 Disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol14_3_98/hih04398.htm
 10. García- Salido, Nieto- Moro, Iglesias Bouza MI. Paciente crítico oncohematológico, ¿hacemos lo que deberíamos hacer? *Rev. Ana.Ped* [revista en Internet]. 2016 [citado 19 Dic 2016]; 85(2): 61-69. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403315003975>
 11. Mella R., González L. Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. Universidad San Sebastián. *PSYKHE* [revista en Internet] 2004 [citado 3 May 2014]; 13(1): 79-89. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100007
 12. Breilh J. Epidemiología, economía, medicina y política. *Distribuciones Fontamara*, Buenos Aires, 1989:45-53.
 13. García M, Hombrados M. Control percibido y bienestar subjetivo: un análisis de la literatura gerontológica. *Rev Multidisciplinar de Gerontología* [revista en Internet]. 2002 [citado 12 Ene 2015]; 2(2): 90-100. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=255718>
 14. Victoria García-Viniegras C.R, González BI. La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en Internet] 2000 [citado 28 Jul 2016]; 16(6):586-92. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi10600.htm

15. Barrios Rosas LM, Quispe Valverde DM. Nivel de autoestima y depresión en pacientes de consulta externa de oncología. [Tesis] 2016 [citado 12 Dic 2016] .Disponible en : <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7688>
16. Choque Crispín EM. Nivel de autoestima y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico Hospital Augusto Hernández Mendoza [Tesis]. 2016 [citado Feb 2017]. . Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1372>
17. Bayés R, Arranz P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. Medicina paliativa. 1996 ; 14-26
18. Martínez Triana R, Loy Espinosa A. Aspectos psicológicos en leucémicos adultos. Rev Cub de Hemat, Inmunol y Hemot [revista en Internet] 1995 [citado Nov 2014]; 15(2): [aprox. 44 p] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol11_1_95/hih02195.htm
19. Dazord, A. *et al.* Quality of life assessment in psychiatry: the Subjective Quality of Life Profile (SQLP)--first results of a new instrument. Community Ment Health-J [revista en Internet] 1998 [citado 14 Dic 2015]; 34 (5): 525-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9793742>
20. Alemán López MD. Efectos psicosociales en pacientes sobrevivientes al cáncer de mama atendidas. [Tesis]. 2016 [citado Ene 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4156/>
21. Talbi Enfeddal N. Influencia del estado de ánimo en pacientes oncológicos y rol de enfermería. [Tesis]. 2017 [citado Nov 2017]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24458>
22. Lavielle-Sotomayor P, Rozen-Fuller E, Bustamante-Rojano J, Martínez-Murillo C. Optimismo, cohesión familiar y tratamiento como predictores de la calidad de vida en padecimientos oncohematológicos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [revista en Internet]. 2017 [citado 18 Oct 2017]; 55(4):456-63. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=457751260009
23. Avia MD, Vázquez C. Optimismo Inteligente. Madrid: Alianza Editorial, 2008.
24. Juárez García DM, Landero Hernández R, González Ramírez MT, Jaime Bernal I. Variación diurna del cortisol y su relación con estrés, optimismo y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. Acta.colomb.psicol. [revista en Internet]. 2016 [citado 2 Feb 2017]; 19 (1): 103-112: Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/798/79845405006/>
25. Támara Martelo A M. Reacciones emocionales e intervención en niños con leucemia y sus familiares. [Tesis]. 2015 [citado Jun 2015]. Disponible en: intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/4530

Anexos

Anexo 1: Tabla No 1: Distribución de las variables sociodemográficas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia. Villa Clara. 2016

Edad	La media de edad es de 48,7 años La desviación estándar es de 14,6		
		Frecuencia	Porcentaje %
Sexo	Femenino	13	65
	Masculino	7	35
Escolaridad	Iletrado	1	5
	Primaria	4	20
	Nivel medio	4	20
	Medio superior	8	40
	Superior	3	15
Estado civil	Soltero	5	25
	Casado	7	35
	Unión consensual	3	15
	Viudo	1	5
	Divorciado	4	20
Procedencia	Rural	9	45
	Urbana	11	55
Ocupación	Profesional	1	5
	Técnico	4	20
	Desocupado	5	25
	Ama de casa	5	25
	Cuenta propia	3	15
	Obrero agrícola	2	10

Total: 20

Fuente: Cuestionario

Anexo 2: Tabla No 2: Distribución de las variables sociodemográficas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia. Villa Clara. 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Condiciones de la Vivienda	Buena	12	60
	Regular	7	35
	Mala	1	5
Solvencia Económica	Buena	13	65
	Regular	6	30
	Mala	1	5
Apoyo social	Presente	15	75
	No presente	5	25

Total: 20

Fuente: Cuestionario

Anexo 3: Tabla No 3: Autovaloración de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia. Villa Clara. 2016

Autovaloración	Adecuada		Inadecuada por exceso		Inadecuada por defecto	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Salud	5	25	-	-	15	75
Bienestar	5	25	-	-	15	75
Felicidad	5	25	-	-	15	75
Calidad de Vida	5	25	-	-	15	75
Aspiraciones en la Vida	7	35	1	5	12	60
Autoconfianza	6	30	1	5	13	65

Total: 20

Fuente: Escala de autovaloración Dembo Rubistein

Anexo 4: Tabla No 4: Estados emocionales de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia. Villa Clara. 2016

Emociones	Escasamente		Moderadamente		Intensamente	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Irritabilidad	9	45	8	40	3	15
Optimismo	11	55	8	40	1	5
Reconocimiento	14	70	6	30	-	-
Inquietud	4	20	11	55	5	25
Orgullo	13	65	6	30	1	5
Entusiasmo	15	75	4	20	1	5
Desconfianza	7	35	4	20	9	45
Miedo	5	25	9	45	6	30
Tristeza	4	20	10	50	6	30
Aceptación	14	70	5	25	1	5
Tranquilidad	16	80	4	20	-	-
Placer	20	100	-	-	-	-
Apatía	6	3	10	50	4	20
Seguridad	15	75	5	25	-	-
Alegría	17	85	2	10	1	5
Rechazo	5	25	10	50	5	25
Esperanza	13	65	5	25	2	10
Ansiedad	8	40	11	55	1	5

Total: 20

Fuente: Autorreporte Vivencial

Anexo 5: Tabla No 5: Estilos de afrontamiento de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia. Villa Clara. 2016

Estilos de afrontamientos antes del diagnóstico	Presente		No presente	
	Frec.	%	Frec.	%
Reacción emocional	5	25	15	75
Somatización	5	25	15	75
Negación	3	15	17	85
Afecto distracción	1	5	19	95
Información relevante.	2	10	18	90
Estilos de afrontamientos después de enfermar	Presente		No presente	
	Frec.	%	Frec.	%
Reacción emocional	12	60	8	40
Somatización	10	50	10	50
Negación	12	60	8	40
Afecto distracción	2	10	18	90
Información relevante.	7	35	13	65

Total: 20

Fuente: Cuestionario de estilos de afrontamiento a la enfermedad

TITULO: DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA INFORMATIZACIÓN DE LA DISPENSARIZACIÓN EN LA APS.

Autora: MsC. Clara Alina Moreno Soca, claraams@jagua.cfg.sld.cu Dirección Municipal de Salud Aguada, Cienfuegos, Cuba.

Coautores: Dra. C. Irene E Delgado Pérez, irenedp@jjagua.cfg.sld.cu Dirección Municipal de Salud Aguada, Cienfuegos, Cuba. Subdirectora Docente.

Dra.C. María Josefina Vidal Ledo, mvidal@infomed.sld.cu , Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.

Dra. Aylin Labañino Betancourt, aylinlabanino@gmail.com , Policlínico Área 3, Cienfuegos, Cuba.

MsC. Alejandro Juan Díaz Cabrera, alejandroda@ap.cf.rimed.cu , Dirección Municipal de Educación Aguada, Cienfuegos, Cuba.

Ing. Andy Díaz Moreno andy@s4571.dpcf.bandec.cu Banco de Crédito y Comercio Aguada, Cienfuegos, Cuba

RESUMEN

En el presente trabajo se realizó un estudio de innovación tecnológica donde se evidencia como objetivo general: diseñar un programa de capacitación para la informatización de la dispensarización en la APS. EL registro de pacientes dispensarizados requiere de sistemas automatizados que lo agilicen, tornen más preciso y organicen las complejas relaciones entre las necesidades de los administradores de salud y la información a brindar, esto propicia un servicio de calidad. Para cumplir este objetivo se determinaron las necesidades de los usuarios y las tareas que debía realizar el sistema, se confeccionó el diseño de la base de datos relacional y se elaboró un cronograma de establecimiento en el consultorio no. 3 del policlínico de Aguada. El sistema automatizado se diseñó por medio de Microsoft Access Versión 2003. Para ello se utilizó la revisión documental sobre los temas de la investigación mediante el análisis-síntesis y la inducción-deducción para la búsqueda de la información. Los resultados fueron: permitió identificar oportunidades para desarrollar la aplicación informática, la planificación de actividades individuales y colectivas, la evaluación de los conocimientos del procesamiento de la información y proponer la realización de capacitación, obtener los análisis diarios de indicadores, disponer de la caracterización de la población para realizar el análisis de la situación de salud así como permite almacenar y compartir información de una forma centralizada y oportuna y una influencia positiva en el proceso docente e investigativo. Los resultados confirman que se debe llevar la Base Datos a una aplicación soportada en software libre.

Palabras Clave: Consultorios, Dispensarización, Informatización.

INTRODUCCIÓN

La dispensarización en nuestro país ha llegado a constituir, junto con el Análisis de la Situación de Salud, en un elemento fundamental de la medicina familiar. ⁽¹⁾ La informatización de la atención primaria de salud (APS) en la realidad es un problema complejo que requiere aún de múltiples proyectos de investigación científica de desarrollo

tecnológico.⁽²⁾ Con el desarrollo del Registro Informatizado en Salud (RIS), la informatización se orienta hacia el diseño de aplicaciones encaminadas a facilitar la administración, la gestión y el acceso a los datos administrativos y de los pacientes en las unidades del Sistema Nacional de Salud, así como a la evaluación de resultados y gerencia a los niveles de dirección, cuyo objetivo es mejorar la manera en que se trabaja, con el aumento de la eficiencia, la calidad de los datos, el acceso a la información almacenada; garantizando la seguridad y confidencialidad requeridas para cada caso.^(3,4) La microelectrónica, la informática y las comunicaciones, abre la posibilidad de mejorar significativamente la gestión de información en salud, surgiendo los llamados Sistemas de Información en Salud (SIS).⁽⁵⁾ La arquitectura del registro es asumida por el Sistema de Información para la Salud, (SISalud), a través de una solución integral, que constituyó en su momento la articulación de un nuevo paradigma en la prestación de servicios de salud desde la atención primaria, como una Plataforma de Servicios que soporta y garantiza de una forma sencilla y eficiente el acceso a servicios, sistemas y aplicaciones.^(6,7)

El desarrollo de la informática que tenemos hoy, facilita el procesamiento de grandes volúmenes de información y su gestión.⁽⁸⁾ La información, es una poderosa herramienta para la dirección científica y acertada en el mundo contemporáneo.⁽⁹⁾ En este contexto se hace necesario decidir y definir estrategias, políticas y programas incorporando el uso de las TIC en el sector salud.⁽¹⁰⁾ En la actualidad la dispensarización ofrece un sistema de información estadístico donde se reproducen errores en la entrada, procesamiento y salida de la información de forma manual que conspira contra la calidad de la información estadística por lo que realizamos esta investigación con el objetivo de introducir técnicas de ordenamiento automatizado que permitan ganar en calidad de información de la población dispensarizada.

Métodos y Materiales: Se realizó un estudio de innovación tecnológica que consistió en diseñar un programa de capacitación para la informatización de la dispensarización en la APS en Aguada de Pasajeros, Provincia Cienfuegos (Anexo No. 1). Se aplicaron por el autor instrumentos para obtener información e identificar necesidades en relación con el tema objeto de estudio, se utilizó como técnica de investigación en el método cualitativo: la entrevista no estandarizada, observación y la Encuesta. Se empleó un cuestionario autoaplicado. Se revisaron las Hojas de Actividades de Consulta Externa 18- 144 y Historias Clínicas Familiares Modelo 54-50. Se identificaron los campos que permitieron diseñar las tablas a utilizar y sus relaciones. Se diseñaron formularios, consultas y los informes. Se utilizó la aplicación Microsoft Access versión 2003.

DESARROLLO

La Base de Datos Automatizada REG- DISP Versión 1.0 (FIG.1) se diseñó para ser utilizada por el Médico, enfermera, estadística y otro personal que necesite información. Consta de cinco tablas relacionadas: Tabla Consultorio: consta de 6 campos, Tabla Familia: consta de 6 campos, Tabla Persona: consta de 9 campos, Tabla Movimientos: consta de 11 campos y la Tabla Planificación: Consta de 5 campos. La Tabla Consultorio se relaciona con la Tabla Familia donde se establece una relación de uno a varios ya que el Consultorio tiene varias Familias. La Tabla Familia se relaciona con la Tabla Persona genera una relación de uno a varios porque cada familia tiene una o varias personas. La Tabla Persona se relaciona con las tablas Movimiento y

Planificación donde se establecen dos relaciones de uno a varios donde cada Persona tiene uno o varios Movimientos y una o varias Planificaciones.

Esta aplicación dispone de una interfaz sencilla e intuitiva y una libre navegación que permite al operador acceder, rápida y fácilmente a las opciones deseadas. EL REG-DISP Versión 1.0 (FIG.2) está compuesto por un formulario a modo de Menú Principal y otros que ejercen las funciones de: registro de pacientes dispensarizados y la salida de los informes. El Menú Principal identifica la finalidad del sistema y el ámbito en que el mismo será utilizado, dispone de un decorado atractivo y un conjunto de tres botones que permiten acceder a los restantes formularios disponibles, el tercer botón ofrece salir de la aplicación. Registrar personas, movimientos y planificación. Se accede desde cualquier formulario presente en el sistema (FIG. 3), dicho registro hace posible la recopilación ordenada de los datos pertenecientes a las personas dispensarizadas, a este efecto está provisto de un conjunto de controles que semiautomatizan y tornan más segura la labor de recogida de datos primarios, e incluyen (en algunos casos) valores por defecto que agilizan el llenado del registro en cuestión. Las consultas de selección según informe de dispensarizados, que hacen posible recuperar datos procedentes de una o más tablas según criterios previamente especificados.

Por esta vía es posible actualizar registros en la hoja de datos de cada consulta y exportar la información obtenida según los formatos que permita Microsoft Access Versión 2003. Desde esta sección se puede acceder a todos los informes; dotados de una estructura predefinida y que se nutren de un subconjunto del total de consultas, esta sección incluye facilidades de impresión y visualización, cada informe resulta accesible desde el presente formulario, por medio de un botón que activa, a voluntad del operador, su presentación en pantalla: Informe de población por grupos dispensariales y de edad, Informe por Enfermedades (Incidencia, Informe por Enfermedades (Prevalencia), Informe de Pacientes por Fecha de Planificación de Consulta.

CONCLUSIONES

1. El diseño realizado sobre el registro de pacientes dispensarizados para los consultorios médicos, permitió identificar oportunidades para desarrollar una aplicación informática que tributa a la toma de decisiones de los administrativos de la salud.
2. Existe un programa del médico y enfermera de familia que permite la planificación de actividades individuales y colectivas según necesidades sentidas y reales de la población.
3. La aplicación de las encuestas a los profesionales y técnicos permitió evaluar los conocimientos del procesamiento de la información y proponer la realización de capacitación.
4. Permite el uso más eficiente del sistema de información de la dispensarización obteniendo los análisis diarios del comportamiento de los principales indicadores y el procedimiento diseñado a modo demostrativo puede ser generalizado en cualquier consultorio médico del país.

5. La aplicación de la base de datos permite almacenar y compartir información de una forma centralizada y oportuna, trayendo consigo un aumento en la productividad del trabajo, disminución de costos en papel y otros insumos y una influencia positiva en el proceso docente e investigativo.

BIBLIOGRAFIA

(1) Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 16. 1988.

(2) Stusser Beltranena, R y Rodríguez Díaz, J. La informatización de la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr v.22 n.4. Ciudad de La Habana. 2006.

(3) Delgado Ramos A, Cabrera Hernández M, Juncal V. Registro Informatizado de Salud (RIS). Revista Temas Estadísticos de Salud. 2006; [Consultado: 1 enero 2018] 2(1):201-210. Disponible en:http://www.sld.cu/sitios/dne/buscar.php?id=7252&iduser=4&id_topic=17 ó <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/ris.pdf>

(4) ECURED. Sistema de Información para la Salud (SISalud). Enero 2018. [Enciclopedia cubana en Internet] [Consultado: 1 enero 2018] Disponible en:https://www.ecured.cu/Sistema_de_Informaci%C3%B3n_para_la_Salud_%28SISalud%29

(5) Silva, LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica: Editorial Díaz de Santos. 1998.

(6) Cabrera Hernández M., Delgado Ramos A., Sánchez Rodríguez A., Acuña Sánchez A., Barrios A., Hernández Laborde, A., Rodríguez Díaz A. Plataforma para la administración, procesamiento y transmisión de la información en el Sistema de Salud: SISALUD. [En: Preparación para Directivos]. Rev. Infodir. 2018 [Consultado: 6 marzo 2018]; (26): [aprox. 8 p]. Disponible en:<http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/457>

(7) García Morales JC. El registro informatizado de salud. Experiencias de su utilización en el municipio Cerro. Rev. Cub. Inform. Médica. 2009. [Consultado: 2 abril 2018]; 9(1): [aprox. 5 p]. Disponible en:http://www.rcim.sld.cu/revista_18/articulos_htm/registroinformatizado.htm

(8) Soca Guevara EB, González García N, Rodríguez Chávez LE. “LogiCon” software educativo ejercitador para el módulo introductorio de la maestría Informática en salud. Rev Cub de Inform Méd [Internet].2007; [Citado 1 Ago 2017]; 1: [aprox.7p.]. Disponible en:http://www.cecam.sld.cu/pages/rcim/revista_12/articulos_htm/logicon.htm

(9) Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Indicadores Básicos para el análisis del estado de salud de la población: fichas técnicas, definiciones, interpretación, cálculo y aplicaciones. La Habana: DNE; 2010; [citado 29 de Abr 2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/>

.(10) Muxi C, Acosta L, Forcella J. Utilización de las TIC en el sector salud de Uruguay. Costa Rica: relacéis. 2014 Disponible en: <http://www.relacsis.org/VII-Reunion-FlipBook/VII-Reunion-FlipBook-3.html#p=76-77>

Anexo No. 1

FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS. CIENFUEGOS

CURSO DE POSTGRADO

TITULO: Actualización informática en Microsoft Access

Modalidad: Semipresencial

Frecuencia: 1 semanal

Tiempo de Duración: 3 meses

Cantidad de Horas: 98 h (Presenciales 28 No presenciales 70)

Total de créditos académicos: 2

Profesor (a): Clara Alina Moreno Soca

Categoría docente: Asistente

Centro de trabajo: Dirección Municipal de Salud

Dirigido a: Profesionales de salud. (Médicos, Enfermeras y Estadísticas de Salud)

Sede: Filial de salud Aguada

Fundamentación

Con el desarrollo acelerado de la Ciencia y la Técnica y la introducción de las nuevas tecnologías, en nuestro país se lleva a cabo la masificación de la cultura informática de nuestra sociedad. Para ello y con el objetivo de elevar la calidad en la preparación de los profesionales se hace necesaria una mejor uniformidad por lo que nos hemos dado a la tarea de elaborar este programa de actualización informática en Microsoft Access con 98 horas clases. Persigue el propósito de sentar las bases y proporcionar los conocimientos necesarios, habilidades y hábitos para los profesionales de salud (Médicos, Enfermeras y Estadísticas de Salud) incluye clases de contenido, clases prácticas y evaluaciones frecuentes.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA:

1. Formar Operadores de Micro que abarquen los contenidos de las aplicaciones Microsoft Access.
2. Adquirir e incorporar nuevos conocimientos, contribuyendo así al desarrollo de las capacidades y posibilidades de los alumnos en la Informática.
3. Incorporar y familiarizarse con la terminología informática.
4. Conocer las ventajas de utilizar el gestor de bases de datos Access para la administración de información.
5. Lograr la unidad del carácter científico y del carácter partidista de la enseñanza de la informática

OBJETIVOS INSTRUCTIVOS:

1. Identificar las características fundamentales de las aplicaciones de Microsoft Access con el objetivo de emplearlo de manera óptima en la solución de problemas de la vida cotidiana con carácter activo y transformador.

2. Recopilar, expresar y valorar datos cuyo contenido fundamental esté referido a los logros y al desarrollo científico, económico, político y social de nuestro país, permitiendo la comparación con otros países de diferentes regímenes políticos sociales.

3. Utilizar de manera óptima los medios y herramientas de cómputo, así como las facilidades que nos brinda la utilización del sistema Microsoft Access.

4. Manejar las fuentes de información bibliográficas (<http://www.ecured.cu> , navegación.cu biblioteca digital, tabloide) con el fin de consolidar, ampliar y aplicar los conocimientos adquiridos.

5. Estimular en los usuarios la continuidad de estudio en los diferentes programas en correspondencia con las necesidades sociales, sus intereses y posibilidades reales.

Sistema de Evaluación:

Para evaluar los conocimientos, se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Evaluaciones de control sistemático que incluyan preguntas orales, escritas, prácticas y elaboración de tareas para entregar.
- Al finalizar se realizará la evaluación teórico- práctica correspondiente en la cual se comprobarán los conocimientos adquiridos por los estudiantes.

Para la nota final, se otorgará la calificación de "Aprobado" teniendo en cuenta si ha aprobado todas las evaluaciones, además de las habilidades y el desarrollo del alumno durante el curso. Los alumnos cuya nota final resulte insuficiente tendrán oportunidad de revalorizar el contenido correspondiente a la unidad donde hayan tenido dificultades. Para el tiempo de máquina se propondrán tareas en las cuales sea necesario aplicar los contenidos recibidos.

Plan temático-Estructura del plan de estudio:

No.	Temas	Horas Clases		
		Presenciales	No presec.	Total
1	Introducción. Surgimiento histórico Conceptos generales. Características, componentes y peculiaridades de Microsoft Access.	6	16	22
	Evaluación Práctica	2		2
2	Actividades prácticas donde se aplique la resolución de problemas a través del Sistema de Gestión de Base de Datos.	6	22	28
	Evaluación Práctica	2		2

3	Actividades prácticas con herramientas específicas para la presentación de los datos en los informes.	6	32	38
	Evaluación Práctica Final	2		2
	Total	28	70	98

TEMA: MICROSOFT ACCESS.

OBJETIVOS:

1. Adquirir conocimientos sobre la aplicación Microsoft Access como Gestor de Bases de Datos del paquete de programas de Microsoft Office.
2. Conocer las características generales y ventajas de utilizar esta aplicación.
3. Crear habilidades en la manipulación de Bases de datos.
4. Crear habilidades en la edición de datos en una base datos.

CONTENIDOS

UNIDAD # 1

Nociones generales de las bases de datos. Surgimiento histórico. Conceptos generales (Bases de datos, SGBD). Concepto de base de datos relacional. Características de las bases de datos relacionales. Que es una base de datos en blanco. Componentes de una base de datos. Descripción de la pantalla principal. Peculiaridades del menú en Access.

UNIDAD # 2:

Tablas, Campos y Registros: Conceptos. Tipos de datos con los que trabaja Access. Propiedad de los campos. Clave principal. Índice (Tipos de Índice). Introducción, adición y modificación de registros. Guardar la estructura de una tabla. Filtro. Filtro por selección y Formulario. Establecer una propiedad de campos. Establecer una propiedad de tablas. Dar formato a un campo. Agregar máscara de entrada. Establecer el valor predeterminado. Validar campos en tablas.

UNIDAD # 3:

Manipulación de una base de datos existente. Uso de consultas existentes. Manipulación de datos en formularios. Presentación de datos en informes. Relación entre tablas. Objetivos de las relaciones. Requisitos para relacionar 2 o más tablas. Tipos de relación. Regla de integridad referencial. Crear relaciones entre tablas y trabajar con las reglas de integridad referencial. Modificar y Eliminar una relación.

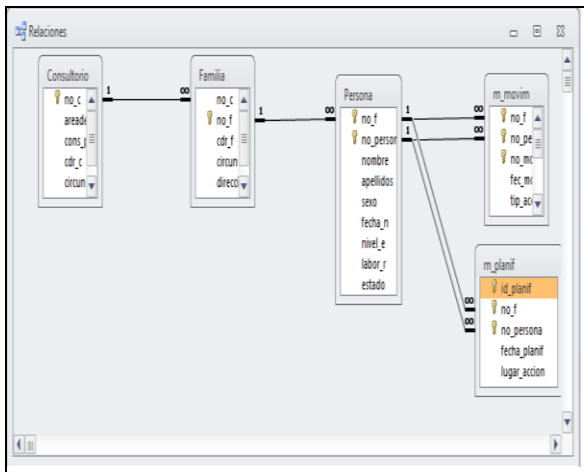
ESTRATEGIA DOCENTE:

- EL curso debe tener un marcado carácter práctico, que permita al alumno el desarrollo de habilidades de trabajo con la computadora y su ambiente gráfico.
- En las clases de nuevo contenido se aplicará el método expositivo a través de conferencias.
- En las clases donde el alumno ya **conoce** (no domina) los contenidos claves para la clase que recibe, se aplica el método de elaboración conjunta, con un alto grado de actividad práctica. (Clase práctica).

- Y en los encuentros de ejercitación se aplica el método de trabajo independiente del alumno o el trabajo en grupos.
 - En **TEMA** (Access) se deben introducir nociones elementales, características, ventajas y desventajas, como manipular una base de datos, para motivar a los alumnos a pasar los cursos especializados de Access.
- Se elabora una estrategia docente para el tema. El tiempo de duración del curso 3 meses con 98 horas y 1 frecuencias semanal 2 horas los lunes.

FIGURAS

FIG. - 1



Relaciones entre las tablas. Base Datos REG-DISP. Versión 1.0

FIG.- 2



Menú principal de la Base Datos. REG-DISP. Versión 1.0

FIG. - 3

La interfaz muestra el formulario "Registrar Personas - Movimientos - Planificación" con los siguientes datos:

Datos Personales:

- No Familia: 01
- No Persona: 1
- Nombre: Pedro
- Apellidos: Díaz Echevarría
- F. Nacimiento: 22/02/1925
- Sexo: Masculino
- Nivel Educ.: Primaria
- Labor Realiza: Jubilado
- Estado: Activo

Planificación:

No Familia	No Persona	No Planificación	Fecha de Planificación	Lugar de Acción
01	1	1	05/01/2015	Teneno
01	1	2	08/05/2015	Consulta
01	1	3	08/09/2015	Consulta
01	1	0		

Movimientos de la Persona:

No Familia	No Persona	No Movimiento	Fecha Movimiento	Acción	Via o Concepto	Tipo	Código	Factor de Riesgo o Enfermedad	Grupo	Mayor
01	1	1	01/07/2015	Registrar	Visita Programada	Prevalencia	2060	Cardiopatia Isquémica	III	<input checked="" type="checkbox"/>
01	1	2	01/07/2015	Registrar	Visita Programada	Prevalencia	2260	Arenas	III	<input type="checkbox"/>
01	1	3	01/07/2015	Registrar	Visita Programada	Prevalencia	2290	Riesgo de Tuberculosis	II	<input type="checkbox"/>
01	1	4	01/07/2015	Registrar	Visita Programada	Prevalencia	2300	Riesgo de Accidente	II	<input type="checkbox"/>

Registro de personas, movimientos y planificación. (Datos Personales) Base de Datos REG-DISP. Versión 1.0

DOMINANCIA CEREBRAL. RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA Y CREATIVIDAD EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ESTOMATOLOGÍA

Autor principal: Miguel Damián Pérez Morales, moralesdamian@nauta.cu, estudiante de cuarto año de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Coautores: Dra. Ana Belkys Hernández Millán, anab@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, especialista de segundo grado en Estomatología General Integral, máster en Atención a Urgencias Estomatológicas y Educación Médica, Investigador Agregado, profesora auxiliar, Dra. Anay de la Caridad Núñez Herrera, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Especialista en I grado en Medicina General Integral. Msc. en enfermedades infecciosas, profesor asistente, Luis Angel Caballero Legarda, estudiante de tercer año de Estomatología, Lic. Zenia Lissette Hernández Millán, licenciada en enfermería, especialista en cuidados intensivos, master en urgencias médicas, profesora asistente, Dr. Diosky Ferrer Vilches, est5906@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, especialista de segundo grado en Estomatología General Integral, máster en Atención a Urgencias Estomatológicas, Investigador Agregado, profesor auxiliar.

RESUMEN

Fundamento: la dominancia cerebral es la especialización de los hemisferios cerebrales en la integración y control de las distintas funciones. Motivados por el creciente número de estudiantes zurdos y lo polémico que se convierte relacionar la inteligencia y creatividad en personas diestras y zurdas se realizó el siguiente trabajo.

Objetivo: determinar si existen diferencias entre los estudiantes zurdos y diestros teniendo en cuenta la inteligencia y la creatividad. **Métodos:** estudio observacional descriptivo de corte transversal, en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos en el periodo comprendido desde septiembre del 2016 hasta febrero del 2017. El universo lo constituyeron 46 estudiantes de cuarto año que cumplieron con los criterios de inclusión. Variables: dominancia cerebral, lateralidad, sexo, inteligencia, creatividad.

Resultados: prevalecieron los estudiantes con dominancia cerebral derecha. Al evaluar la inteligencia se comportó entre superior, normal brillante y promedio, según Test de Raven, en cuanto a la creatividad los diestros obtuvieron mejores calificaciones en las modalidades de artes plásticas, artesanías y casi la totalidad (diestro y zurdo) fueron evaluados de mal en teatro. **Conclusión:** al terminar el estudio se pudo constatar que no existieron diferencias entre los estudiantes con dominancia cerebral derecha e izquierda referente a la inteligencia y si en la creatividad donde pocos estudiantes zurdos demostraron tenerla.

Palabras clave: dominancia cerebral, lateralidad, zurdos en estomatología, creatividad, inteligencia.

INTRODUCCIÓN

Los avances en las neurociencias ponen de relieve la gran importancia que tiene desarrollar el cerebro del hombre para lograr su completo funcionamiento y hacerlo altamente productivo. Este desarrollo del cerebro debe empezar en la familia y continuarse muy activamente en la escuela como una de sus tareas centrales y el responsable de este trabajo es el docente, razón por la cual es una tarea impostergable desarrollar investigaciones y luego formular programas que capaciten al maestro en estas tareas.¹

La dominancia cerebral es la especialización de cada uno de los dos hemisferios cerebrales en la integración y control de las distintas funciones. En el 90% de la población el hemisferio cerebral izquierdo se especializa o controla la capacidad para hablar y escribir, y la capacidad para comprender el lenguaje hablado y escrito. En el 10% restante el hemisferio derecho o ambos hemisferios dominan el lenguaje hablado o escrito. El hemisferio cerebral derecho percibe los estímulos táctiles y las relaciones de la visión espacial mejor que el hemisferio izquierdo.^{1,2}

El hemisferio izquierdo contiene el modo de pensar lógico y lineal, los procesos analíticos del pensamiento; genera lenguaje, maneja las transformaciones verbales, incluyendo lectura y escritura; su pensamiento es abstracto. El hemisferio derecho contiene la intuición y la fuerza imaginativa más que los contenidos racionales; ordena las habilidades visuales y espaciales; desarrolla actividades artísticas.³

La lateralidad es una función compleja que se deriva de la organización binaria del Sistema Nervioso. De hecho, gran parte del cuerpo se articula de forma doble: dos ojos, dos oídos, dos orejas, dos pulmones, dos riñones, etc. El cerebro igualmente dispone de dos estructuras hemisféricas especializadas y que son las responsables de controlar todo el complejo sistema dual, integrar las diferentes informaciones sensoriales, orientarnos en el espacio y el tiempo e interpretar eficientemente el mundo que nos rodea. Por lo que podemos definir la lateralidad como la consecuencia de la distribución de funciones que se establece entre los dos hemisferios cerebrales. De dicha distribución depende la utilización preferente de un lado o el otro del cuerpo (derecho o izquierdo) para ejecutar determinadas respuestas o acciones.⁴

Existen diversas teorías sobre el origen de la lateralidad. La mayoría de los autores aceptan que existe un componente genético, desconociéndose el gen, parece ser que ciertos niveles hormonales intraútero, como los de testosterona, melatonina o vitamina D, podrían jugar un papel en el desarrollo de una lateralidad no diestra, eventos prenatales, como las infecciones o la hipoxia, además, de una fuerte influencia ambiental en la preferencia manual. Se ha relacionado la lateralidad con determinadas patologías y eventos adversos, como enfermedades autoinmunes, psiquiátricas y perinatales.²

Tipos de lateralidad:

- Lateralidad Homogénea: cuando mano, pie, ojo y oído ofrecen una dominancia en el mismo lado ya sea en el lado derecho (diestro) o izquierdo (zurdo).
- Lateralidad Cruzada: cuando existe una lateralidad distinta de la manual para pies, ojos u oídos (por ejemplo mano derecha dominante con dominio del ojo izquierdo).

- Lateralidad Mixta: designa a aquellos individuos que presentan heterogeneidad en alguna o todas las lateralidades (actividades se realizan con una mano y otras con la contraria).⁵

La dominancia es un proceso central, inconsciente e involuntario que va más allá del control del sujeto muy diferente de la lateralidad siendo una manifestación efectiva y consciente, voluntaria, la cual puede ser modificada mediante entrenamiento.⁴

La inteligencia también ha sido cuestionada teniendo en cuenta la dominancia cerebral. Charles Spearman -psicólogo británico de principios del siglo XX- sostuvo que la inteligencia es muy general. Observó que a menudo las personas brillantes en unas áreas también lo son en otras, entienden las cosas rápidamente, toman decisiones sensatas, tienen conversaciones interesantes y suelen comportarse de manera inteligente en situaciones diversas. Vernon en 1969 atribuye tres significados al término de Inteligencia: 1. Capacidad innata (el equipo genético) 2. Lo que los individuos hacen (comportamientos que involucran aprendizaje, pensamiento y resolución de problemas); 3. Los resultados que se obtienen de las pruebas (muestreo de habilidades especiales).⁶⁻⁷

A través de los años se han formulado varias teorías sobre la definición de la Inteligencia:

Ferguson en 1954 “consideró la inteligencia como las técnicas generalizadas de aprendizaje, comprensión, resolución de problemas, pensamiento y nivel conceptual general, que ha cristalizado debido a las experiencias cognoscitivas, durante la crianza del individuo en el hogar y la escuela”.⁸

Weschler en 1958 expresó “la inteligencia es la capacidad global del individuo para actuar con un fin, pensar racionalmente y manejar el medio adecuadamente”.⁸

Catell R. B. en 1998, identifica dos grupos de capacidades mentales. Proponía la existencia de dos tipos de inteligencia: la fluida y la cristalizada.

- La Inteligencia Fluida es aquella donde subyacen las habilidades de memoria, razonamiento inductivo y rapidez en las relaciones espaciales, entre otras que son las que intervienen en el proceso de aprendizaje. Este tipo de inteligencia también se ocupa de entender lo que se ha aprendido, nos hace capaces de ver la relevancia del conocimiento en una situación o problema determinado, así como de usar el conocimiento de manera creativa en una situación nueva. Relativamente ajena a toda cultura, por lo que muchas veces se le ve como inteligencia innata que crece hasta la adolescencia y decrece en la madurez

- La Inteligencia Cristalizada se refiere a las habilidades y conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, por lo que para su desarrollo dependen de la exposición a la cultura y la educación, abarca habilidades como el razonamiento y las destrezas verbales y numéricas por ser las que se imparten en la escuela. También es la responsable del establecimiento de relaciones, juicios, análisis y solución de problemas, capacidad para organizar la información, etc. Se piensa

que sólo puede desarrollarse mediante la práctica de la Inteligencia Fluida y en contraposición a ésta; crece con los años.⁸

Aunque algunos autores realizaron diferentes posturas teóricas al estudio de la inteligencia. Fue Spearman el primero en exponer una teoría sobre inteligencia. La teoría bifactorial de Spearman, propone que toda actividad intelectual incluye tanto un factor general "G" o inteligencia general y un factor específico "e".

- El factor "G" es la "energía mental" subyacente y constante a todas las operaciones psíquicas, es innato y no cambia a lo largo de la vida. Este tipo de inteligencia es la encargada de realizar operaciones de abstracción, razonamiento, relaciones, etc.
- El factor específico o "e" es independiente de factor "G" y de otros factores específicos y sufre cambios constantes de acuerdo a la experiencia del individuo.⁹

Pero los investigadores se inclinan por la primera pues sugieren que el factor g refleja la habilidad para integrar los procesos verbales, visioespaciales, ejecutivos y de memoria de trabajo por medio de una red de conexiones corticales circunscrita. Cuya clave es la integración y esa es la inteligencia de la cual cada persona tiene un grado.¹⁰

En cuanto a la inteligencia general se sugiere, que su centro podría encontrarse en el lóbulo frontal inferior y en el parietal superior del hemisferio izquierdo con contribuciones del derecho. Diversas investigaciones realizadas fundamentalmente por las universidades de Iowa, California del Sur y la Autónoma de Madrid se inclinan más por la primera opción y sostienen que la materia blanca cerebral es igual de relevante que la gris, pues de la eficiencia de las conexiones entre ambos lóbulos depende la inteligencia.¹¹

Existe la creencia que los zurdos son más inteligentes o creativos que los diestros, han existido y existen zurdos muy destacados como Aristóteles, Napoleón, Leonardo Da Vinci, Beethoven. Aunque hay un debate sin resolver dentro de la comunidad científica sobre cómo relacionar la inteligencia con la creatividad.¹⁰

Algunos estudios han demostrado que existe una pequeña correlación entre los zurdos y la creatividad-inteligencia. Esto pudiera deberse al hábito desde temprana edad de adaptar y crear recursos para uso personal, y no poderse valer de obras para diestros. Se ha confirmado que sus cerebros están estructurados de manera diferente, de modo que extiende su abanico de posibilidades, y que los genes que determinan la condición de zurdera también gobiernan el desarrollo de los centros del lenguaje.¹⁰

Según el diccionario de la Lengua Española la creatividad es la facultad de crear.¹² El concepto de creatividad ha sido abordado a lo largo de la historia por muchas personas, por lo que las definiciones relativas a este concepto son numerosas. Entre ellas, podemos encontrar las siguientes: "Según Thurstone (1952) es un proceso para formar ideas o hipótesis, verificarlas y comunicar los resultados, suponiendo que el producto creado sea algo nuevo". Según Sillamy (1973) es la disposición para crear que existe en estado potencial en todo individuo y en todas las edades".¹³

Es un campo de estudio y de investigación extenso, considerado uno de los temas más enigmáticos de la Psicología Cognitiva. Dentro de las propuestas contemporáneas que tratan de explicar el origen y el desarrollo de la creatividad, se encuentran el enfoque de Sternberg y Lubart (1997) y el modelo sistémico de Csikszentmihalyi (1998).¹⁴

La propuesta de Sternberg y Lubart (1997), llamada “teoría de la inversión” plantea que la creatividad es una función de seis recursos o factores: inteligencia, para generar ideas buenas; conocimiento del campo de trabajo para saber qué se ha hecho y qué falta por realizar; estilo de pensamiento, creativo e innovador; personalidad, teniendo la energía para asumir riesgos, apertura y voluntad para superar obstáculos; motivación para hacer lo que se ha pensado realizar y un contexto ambiental que puede fomentar o no las ideas.¹⁴

El modelo sistémico de Csikszentmihalyi se encuentra dentro de los enfoques interdisciplinarios o ecológicos que han puesto el énfasis en el producto y su valoración. Csikszentmihalyi en 1998 presentó un modelo en el que la creatividad es el resultado de la interacción de un sistema compuesto por tres elementos: una cultura que contiene reglas simbólicas, una persona que aporta novedad al campo simbólico y un ámbito de expertos que reconocen y validan la innovación”.¹⁴

En los últimos años en la provincia de Cienfuegos se ha incrementado en la carrera de estomatología el número de estudiantes zurdos, debido a ello y a lo controversial del tema es por eso que los autores deciden realizar dicho estudio con el objetivo de determinar si existe relación entre la dominancia cerebral, la inteligencia y la creatividad en los estudiantes del cuarto año de la carrera de estomatología.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos en el periodo comprendido desde septiembre del 2016 hasta febrero del 2017. El universo lo constituyeron 46 estudiantes de cuarto año, teniendo en cuenta los criterios de inclusión los cuales fueron ser estudiantes de cuarto año de estomatología que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación y que culminaron su séptimo semestre y los de criterios de exclusión fueron estudiantes que abandonen el estudio por traslado a otra provincia.

Durante toda la investigación se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas, comunicándole a los participantes antes de comenzar la investigación la importancia del estudio; así como su utilidad desde el punto de vista práctico y científico, se le solicitó autorización a la institución para la realización de este estudio, siendo aprobada por el consejo científico.

Dentro de las técnicas para obtener la información se emplearon aquellas que implican una interacción estrecha entre investigadores y participantes pudiendo producir reacciones o respuestas en los mismos. Las variables fueron: dominancia cerebral (derecha, izquierda), lateralidad (homogénea, cruzada y mixta) recogido a través del test de lateralidad, sexo (masculino y femenino), inteligencia (medida a través del Test de Raven), creatividad (planilla para evaluar la creatividad) elaborado por los autores,

la cual incluyó parámetros como gusto estético, conocimiento conceptual sobre las artes plásticas, aptitudes plásticas, improvisación, factura de los trabajos y originalidad.

Tanto el test de lateralidad como la planilla para evaluar la creatividad fueron sometidos a criterio de expertos y validado por el método Delphi. Se aplicaron los métodos teóricos y empíricos. Los datos se procesaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los resultados se expresaron en tablas mediante números absolutos y porcentajes

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los estudiantes según sexo teniendo en cuenta dominancia cerebral

Dominancia cerebral	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Izquierda	7	15,22	29	63,04	36	78,26
Derecha	3	6,52	7	15,21	10	21,74

Se observa el sexo femenino con 36 estudiantes, mientras que el sexo masculino se vio representado por 10. Al referirse a la dominancia cerebral se observa que 36 (78,26%) estudiantes poseían una dominancia cerebral izquierda lo que se interpreta que son diestros y 10 para un 21,74% una dominancia cerebral derecha siendo los mismos zurdos. (Tabla 1)

Tabla 2. Distribución de los estudiantes según sexo y lateralidad de la carrera de estomatología

	Lateralidad en diestros N =36						Lateralidad en zurdos N =10					
	Masculino		Femenino		Total		Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Homogénea	2	5,55	9	19,56	11	30,55	0	0	2	20	2	20
Cruzada	5	13,89	20	55,55	25	69,44	3	30	5	50	8	80

Teniendo en cuenta la lateralidad un 69,4% presentaban una lateralidad cruzada en los diestros, y en los zurdos un 80%, no se encontraron estudiantes con lateralidad mixta. (Tabla 2)

Tabla 3. Inteligencia y lógica según dominancia cerebral empleando el Test de Raven

Coeficiente de inteligencia y	Dominancia cerebral	
	Izquierda	Derecha

Lógica	No	%	No	%
Muy Superior	18	39,13	1	2,17
Superior	4	8,69	1	2,17
Normal brillante	6	13,04	3	6,52
Normal promedio	1	2,17	4	8,69
Normal Bajo	2	4,34	0	0
Deficiente	0	0	1	2,17
Total	36	78,26	10	21,74

Al evaluar los resultados del Test de Raven según Dominancia Cerebral (tabla 3) se obtuvo que 18 derechos (39,13%) y 1 zurdo (2,17%) manifestaran un coeficiente de inteligencia muy superior. Se destaca el hecho de que existiera un estudiante deficiente de dominancia cerebral derecha.

Tabla 4. Creatividad teniendo en cuenta dominancia cerebral según planilla de evaluación.

	Diestros N =36						Zurdos N =10					
	excelente		bien		mal		excelente		Bien		mal	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Artes plásticas	6	16,66	26	72,22	4	11,11	1	10	6	60	3	30
Actuación	4	11,11	1	2,77	31	86,11	0	0	0	0	10	100
Literatura	2	5,55	24	66,66	10	27,77	1	10	2	20	7	70
Ciencia y Tecnología	5	13,88	13	36,11	18	50	1	10	1	10	8	80
Artesanías	7	19,44	0	0	29	80,55	3	30	3	30	4	40

Al evaluar la creatividad (tabla 4), presentaban calificaciones de excelente 6 estudiantes (16,66%) en artes plásticas y 7 en artesanías (19,44%) en el caso de los derechos, mientras que los zurdos tenían 1 alumno para un 10% y 3 para unos 30% calificados de excelente en artes plásticas y artesanía respectivamente. Destaca el hecho de que en actuación 31 derechos (86,11%) y la totalidad de los estudiantes zurdos estaban calificados de mal.

DISCUSIÓN

El sexo femenino predominó sobre el masculino por el hecho de que en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos las mayores cifras de matrícula de la carrera de Estomatología las poseen las féminas.

A pesar que la mayoría está ubicada en la dominancia cerebral izquierda, emplean el otro lado del cuerpo para ejecutar algunas funciones como la mano que sostiene a la otra al ponérselas detrás, ojo con que hace el guiño y el brazo que se sobrepone al cruzarlos. En el estudio de Rodríguez y Escobar-Izquierdo ¹⁵ se realizó en 300 estudiantes, 150 hombres y 150 mujeres, en su investigación no se mostró diferencias significativas en cuanto al sexo, lo que difiere con esta investigación aunque no se han encontrado más estudios donde la lateralidad del individuo y el sexo sean determinantes.

En el estudio realizado por Rossi Casé ¹⁶ donde se aplicó el Test de Raven a un grupo de edades comprendidas entre 13- 18 años se observó un descenso de los puntajes directos necesarios para alcanzar el rendimiento promedio en cada rango de edad analizado, respecto de las puntuaciones obtenidas en la tipificación realizada el año 2013. Esta investigación demuestra como el test puede ser aplicado en diferentes escenarios aunque en la bibliografía consultada no hace referencia a una vinculación del Test con la dominancia cerebral. Con respecto a la inteligencia y los zurdos Colom R. ¹⁷ plantea que existe una pequeña correlación entre los zurdos y la creatividad-inteligencia, por el simple hecho que desde temprana edad adquieren la capacidad de adaptar y crear recursos para uso personal, y no poderse valer de obras para diestros. Se ha confirmado que sus cerebros están estructurados de manera diferente, de modo que extiende su abanico de posibilidades, teniendo siempre presente el contexto donde se desarrollen estas personas.

Teniendo en cuenta creatividad Berenguer Sánchez, R ¹⁸ aborda que la inteligencia y la creatividad son dos funciones cerebrales complejas que requieren de la optimización y fluidez del trabajo de los hemisferios cerebrales y para que exista un correcto desarrollo creativo es indispensable que quede definida la lateralidad y Chiecher, A y colaboradores ¹⁹: exponen que las relaciones observadas entre rendimiento y acciones creativas en Ciencia y Tecnología resultan interesantes considerando el área de conocimiento en que se desempeñan, pues aquellos estudiantes que han desarrollado más acciones creativas en ciencias logran mejores desempeños académicos en las carreras. Los autores de este estudio están de acuerdo con lo anteriormente expuesto al obtener similares resultados.

Al concluir la investigación se pudo determinar que no existió una relación entre dominancia cerebral respecto a la inteligencia y si en la creatividad donde los estudiantes con dominancia cerebral derecha (zurdos) tuvieron menos creatividad en parámetros como: actividades académicas de ciencia y tecnología como la elaboración de diapositivas y póster tradicional evidenciándose en la distribución del color, las formas y aprovechamiento del espacio, así como en aptitudes para las artes plásticas, artesanía y literatura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Castañeda, JA . El mito de la lateralidad. Psicodiagnos [Internet]. 2013 [citado 23/1/16]; 1(454):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://psicodiagnos.com/2013/10/10/el-mito-de-la-lateralidad/>
2. Torres M, Lajo R. Dominancia cerebral asociada al desempeño laboral de los docentes de una UGEL de Lima. Revista IIPSI[Internet]. 2014[citado 12 Mar 2017];12(1):[aprox. 36p]. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3782>.
3. Brusasca C, Labiano M, Portellano J. Lateralidad y variables de personalidad. Revista Chilena de Neuropsicología[Internet]. 2011[citado 18 Mar 2017];6(1):[aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179322533004>.
4. Flores MJ. Lateralidad cruzada. Ocularis [Internet]. 2013 [citado Enero,2016]; 2(665):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://ocularis.es/blog/lateralidad-cruzada/>
5. Elías Roca RA. Niveles de análisis y síntesis en estudiantes zurdos manuales de la Universidad Privada Antenor Orrego [Tesis]. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015.
6. Diccionario de la Lengua Española. Inteligencia[Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2017[citado 12 May 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=LqtyoaQ|LqusWqH>.
7. Gläscher J, Rudrauf D, Colom R, Paul LK, Tranel D, Damasio H, Adolphs R. Distributed neural system for general intelligence revealed by lesion mapping. Proc Natl Acad Sci U S A. 2010;107(10):4705-9.
8. Anastasi, A. y Urbina, S. Test Psicológicos. 1^{ra}. México: Prentice Hall; 1998.
9. Costa, K. Manual de pruebas de Inteligencia y aptitudes. México: Plaza y Valdés; 1996.
10. Colom R. Sugieren región cerebral centro de la inteligencia general. . infoMED [Internet]. 2010 [citado feb, 25]; 1(754):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [hppt://boletinaldia.sld.cu/2010/02/25/sugieren-región-cerebral-centro-de-la-inteligencia-general](http://boletinaldia.sld.cu/2010/02/25/sugieren-región-cerebral-centro-de-la-inteligencia-general)
11. Urbano Velasco S. ANÁLISIS DE LA ESCRITURA DE LOS ZURDOS. grafología universitaria [Internet]. 2014 [citado 9/Feb/1016]; 1(118):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.grafologiauniversitaria.com/masters.htm>
12. Diccionario de la Lengua Española. Creatividad[Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2017[citado 12 May 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=LqtyoaQ|LqusWqH>.
13. . Esquivias, S. Creatividad: definiciones, antecedentes y aportaciones. Revista Digital Universitaria. 2004;5(1): 1 - 17.
14. Krumm G, Lemos V. Estudio exploratorio de las propiedades psicométricas de la Escala de Personalidad Creadora (EPC) en su versión Heteroevaluación. Revista Interamericana de Psicología. 2011; Vol.45, Num.1,pp. 19-26.
15. Rodríguez A, Escobar-Izquierdo A. La dominancia cerebral. Un estudio de zurdera en un grupo de población mexicana. Gac Méd Méx. 2015; Vol. 132(1): 29-35.
16. Rossi Casé LE. Test de Raven [Internet]. La Plata, Argentina: 2013 [citado 27-4-2017]. Disponible en: <http://scholar.google.com.ar/scholar?hl=es&q=TEST+DE+RAVEN&btnG=&lr=>
17. Colom R. Sugieren región cerebral centro de la inteligencia general. . infoMED [Internet]. 2010 [citado feb, 25]; 1(754):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [hppt://boletinaldia.sld.cu/2010/02/25/sugieren-región-cerebral-centro-de-la-inteligencia-general](http://boletinaldia.sld.cu/2010/02/25/sugieren-región-cerebral-centro-de-la-inteligencia-general)

18. Berenguer Sánchez, Rocío. LATERALIDAD Y CREATIVIDAD EN NIÑOS DE 4 AÑOS DE EDAD: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN [Tesis]. : Universidad Internacional de La Rioja; 2014.[citado dic, 25]. Disponible en: <http://reunir.unir.net/handle/123456789/3041>
19. Chiecher A, Elisondo R, Paoloni P. Creatividad, género y rendimiento académico en . Universia [Internet]. 2018 [citado ene, 16]; IX(24):[aprox. 138-151 p.]. Disponible en: <https://ries.universia.unam.mx/>

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN LA ESPECIALIDAD DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Autoras Principales:

- 1- Lic. Dailys García Morales. Lic. Educación Especial Email: rehabilitación7428@ucm.cfg.sld.cu Teléfono: 500816
- 2-Lic. Anisley Cazañas Hernández. Lic. Nutrición y Dietética. Profesora Asistente Email: nutricion8103@ucm.cfg.sld.cu Teléfono: 500816
- 3- MSc. Silvia de la Torre Castellón. Lic. Traumatología. Profesora Asistente. Email: rehabilitación7604@ucm.cfg.sld.cu

Coautoras(os).

- 4- MSc. Maritza Díaz Villazon. MSc. Educación Especial e Integración Escolar. Profesora Asistente. **E-mail:** maritza.diaz@gal.sld.cu.
- 5- MSc. Maria Regla Chongo Gutiérrez. MSc Educación Superior. Profesora Asistente. Teléfono: 500659.
- 6- Lic. Miriam Genoveva Herrera Barrueta. Lic. Higiene e Epidemiología Profesora Asistente. Email: jdpostgradof@ucm.cfg.sld.cu Teléfono: 500691.

Departamento Rehabilitación.
Departamento Nutrición y Dietética.

Resumen.

La consejería nutricional es una orientación estructurada y breve referida a lograr en las personas cambios en el hábito de alimentario, su propósito es informar e incorporar en el individuo y la familia, estilos de vida saludable, con énfasis en la alimentación y la actividad física. El éxito de las acciones a nivel comunitario del Consejero Nutricional y el Rehabilitador en la Atención Primaria de Salud y su equipo multidisciplinario es fundamental en su interrelación y depende en gran medida de la facilidad, comprensión por parte de todos los sectores involucrados de la información que estos deben proporcionar a la población. La carrera de Rehabilitación en Salud va dirigida a mejorar la calidad de vida de los individuos que han sufrido en menor o mayor grado una lesión ya sea reversible o irreversible, teniendo en cuenta estos elementos es muy importante que los profesionales dominen los factores nutricionales que pueden incidir positiva o negativamente en el individuo que necesite ser integrado al proceso de rehabilitación. Teniendo en cuenta lo planteado se trazo como **problema científico** ¿Cómo contribuir al desarrollo de los conocimientos del profesional en la rama de la nutrición y alimentación? **Objetivo general:** Elaborar un programa que tribute a la adquisición de conocimientos a los profesionales de salud sobre la nutrición y alimentación **Métodos:** Del nivel teórico se aplicaron en todo el análisis bibliográfico y del nivel empírico documentos escolares y normativos, que permitieron el análisis de los contenidos.

Palabras Claves. Consejería Nutricional, Alimentación, Rehabilitación.

Introducción.

El éxito de las acciones a nivel comunitario del Consejero Nutricional de la Atención Primaria de Salud y su equipo multidisciplinario, fundamentalmente en su interrelación depende en gran medida de la facilidad en la comprensión, por parte de todos los sectores involucrados, de la información que estos deben proporcionar.

Dentro del nivel comunitario el Consejero Nutricional debe desarrollar actividades educativas sobre alimentación saludable, cultura alimentaria e higiene de los alimentos con los diversos grupos de población, personal de salud y planificadores de la alimentación colectiva en las comunidades.

La consejería nutricional es una orientación estructurada y breve referida a lograr en las personas cambios en el hábito de alimentarse. Su propósito es informar e incorporar en el individuo y la familia, estilos de vida saludable, con énfasis en la alimentación y la actividad física.

En este proceso él o la consejera informa y orienta la toma de decisiones personales relacionadas con la problemática consultada, brindando información amplia y veraz, desarrollada sobre la base de las necesidades del o la usuaria (o).¹

El Nutricionista comunitario puede desempeñarse por igual en un nivel/ posición/institución de la APS, y participación en las decisiones terapéuticas en cada paciente en conjunto con el equipo multidisciplinario.²

Muchos investigadores se han mostrado preocupados por el pobre (cuando no inexistente) conocimiento del personal de salud sobre temas de Alimentación y Nutrición, y cómo este estado de cosas puede influir en la calidad de la atención que se le brinda al enfermo.³

Sin lugar a dudas, y ante la amplia agenda que requiere la Nutrición contemporánea, resulta la demanda de profesionales que sean capaces de asumir los retos de nuestros días ya sea de pregrado como de postgrado y su relación con las diferentes ramas de la Tecnología en Salud.⁴

La alimentación es un fenómeno complejo donde se integran las dimensiones biológica y cultural, al punto que éstas pueden condicionarse mutuamente. En las sociedades actuales, el hecho alimentario es atravesado por el fenómeno de la globalización, de ahí que el mismo requiera de una aproximación multidimensional, y que el estudio de la alimentación se visualice con un enfoque cultural.⁵

Tiene mucha importancia enseñar a los estudiantes o profesionales los conceptos y conocimientos adecuados sobre el tema, tanto los aspectos diversos de la fisiopatología, epidemiología, diagnóstico y tratamiento para que así puedan prevenir, detectar y manejar en forma correcta la buena práctica de nutrición y/o sus problemas derivados por la incorrecta alimentación y además difundir a la población en general las buenas costumbres de un aporte nutricional adecuado.⁶

La atención primaria de salud promueve acciones locales apropiadas a través de toda la gama de determinantes sociales, la prevención y promoción de la salud están

balanceadas con las intervenciones curativas. En la prevención y control de las enfermedades como las crónicas resulta esencial intervenir en los determinantes sociales de la salud y en el propio fortalecimiento de los sistemas de salud.⁷

Por tanto el conocimiento de la ciencia de la Nutrición y Alimentación en el personal de salud, en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud cubano contribuirá a un mejor trabajo de los grupos multidisciplinarios e interdisciplinarios: un conjunto de expertos y líderes de opinión en varias ramas específicas del saber humano que funcionen de manera ordenada, armónica y en cooperación constante ², por lo que es fundamental la adquisición de nuevos conocimientos en el postgrado.

En la actualidad el Departamento de las Tecnologías de la Facultad Ciencias Médicas de Cienfuegos está compuesto por varias especialidades entre ellas la especialidad de Nutrición-Dietética y Rehabilitación, el claustro de profesores ha estado elaborando diferentes programas para impartir en el postgrado en los cuales pueda participar diferentes carreras que se relacionen con la ciencia de la alimentación y nutrición para la mejoría de la atención en los centros de salud.

Teniendo en cuenta lo anteriormente plasmado nos permitió identificar como **problema científico** ¿Cómo contribuir al desarrollo de los conocimientos del profesional de las ciencias médicas, en la rama de la nutrición y alimentación?

De acuerdo con ello se propone como **objetivo general**: Elaborar un programa que tribute a la adquisición de conocimientos del profesional de salud en la ciencia de la nutrición y alimentación.

Métodos y procedimientos: Se realiza un estudio básico, descriptivo, longitudinal relacionado con temas que relacionan la especialidad de la Rehabilitación con la Nutrición en la Atención Primaria de Salud. Para su realización se utilizan métodos que aportan información como:

- **Del Nivel Teórico:** Analítico-sintético, inductivo-deductivo, histórico-lógico: Se aplicaron en todo el análisis bibliográfico, así como en los resultados que se alcanzaron en el proceso de investigación.^{8,9}
- **Del Nivel Empírico:** Informes de investigación, documentos escolares y normativos, esto permitieron el análisis y discusión de los contenidos, fundamentos para la elaboración del programa a través de la validación de los expertos.

Desarrollo:

La carrera de Rehabilitación en Salud va dirigida a mejorar la calidad de vida de los individuos que han sufrido en menor o mayor grado una lesión ya sea reversible o irreversible, utilizando esencialmente modalidades kinésicas y agentes físicos que permitan el restablecimiento de funciones ⁽¹⁰⁾ y o crear habilidades que permitan la independencia siempre que sea posible teniendo en cuenta estos elementos es muy importante que el fisioterapeuta domine los factores nutricionales que pueden incidir positiva o negativamente en el individuo que necesite ser integrado al proceso de rehabilitación.

La salud depende de diversos factores, entre los cuales la nutrición adecuada es de suma importancia.

Los programas de Salud Pública prestan gran atención a los aspectos relacionados con la nutrición, ya que ésta constituye uno de los factores vitales en la promoción de la

salud, prevención de la enfermedad y la rápida recuperación de un sin número de enfermedades.

La mala nutrición, no sólo favorece la incidencia de enfermedades, sino que agrava su curso y condiciona mortalidades mayores.

Por estas razones el Licenciado en Rehabilitación en Salud será provisto de las herramientas necesarias para lograr una correcta dosificación de diferentes pautas de tratamiento más efectivas y eficaces si tiene en cuenta el factor nutricional y los elementos que pueden determinarlo.

La ciencia de la Nutrición en la carrera de Rehabilitación en Salud va dirigida a formar en el estudiante las capacidades de análisis necesarias para el reconocimiento, selección y aplicación de las técnicas elementales de tratamiento atendiendo al estado nutricional del paciente tanto en instituciones de la comunidad como hospitalaria.

Objetivos Generales Educativos.

- Reconocer el pensamiento científico en la utilización de la tecnología, estableciendo relación causa-efecto y observación de la esencia de los fenómenos.
- Destacar los valores humanos que deben estar presentes en un profesional de la salud dedicado a mejorar la calidad de vida de sus congéneres.
- Interpretar la ética médica socialista a través del manejo adecuado de la relación profesional de la salud-persona-familia-comunidad.
- Aplicar los conocimientos de la realidad objetiva, la esencia de los fenómenos y las leyes que lo rigen, basados en la forma, estructura y funcionamiento descrito al estudiar la nutrición humana.

Objetivos Generales Instructivos.

- Relacionar las diversas técnicas de tratamiento a través de la Rehabilitación con los diferentes factores nutricionales que afectan al individuo para contribuir al proceso de rehabilitación y mejoramiento de la calidad de vida del paciente.
- Explicar los factores nutricionales que pueden incidir en el proceso salud-enfermedad.
- Fundamentar los factores nutricionales atendiendo a los diferentes grupos etarios y a las discapacidades que pueden presentar los pacientes que acuden a los servicios de rehabilitación.

Análisis para la selección de los contenidos que se impartirán en el programa:

En la discusión en grupo se realizó el análisis de los temas a confeccionar del programa de **Educación Alimentaria y Nutricional** conjuntamente con las patologías que se presentan en los Servicios de Rehabilitación y las cuales deben tratarse en conjunto con el equipo multidisciplinario. En el análisis se seleccionaron los siguientes 6 temas desde la disciplina de la Nutrición y Dietética:

1. Introducción a la Ciencia de la Nutrición.
2. Nutrición y salud.
3. Alimentación y nutrición en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
4. Rehabilitación nutricional en pacientes con inanición.

5. La alimentación y la intervención que se puede hacer desde el área de Terapia Ocupacional.

6. Alimentación y nutrición en pacientes con diferentes discapacidades.

Se elaboró para estos seis temas los objetivos y contenidos que se vinculan a las funciones del rehabilitador en el servicio de Rehabilitación de la Atención Primaria de Salud vinculado a la Ciencia de la Nutrición. **(Ver Anexo No.1)**








En la **validación por los expertos** el método se aplicó el método de corte evaluativo denominado Ábaco de Régnier , que tiene como fin interrogar a los expertos y tratar sus respuestas a tiempo real a partir de una escala de colores en el siguiente se distinguen tres fases.

En la **fase 1**: para la recogida de opiniones de los expertos se realizó una encuesta individual a través de diferentes ítems y se utilizó una escala con los tres colores del semáforo.

Ítems

- 1- Criterio para la selección de los temas y contenidos que se trabajaran desde la Nutrición.
- 2- ¿Los temas contribuyen al desarrollo de las competencias profesionales de la profesión en Rehabilitación?
- 3- ¿Considera que el programa posee calidad y pertinencia?

Escala.

En desacuerdo total-----	
En desacuerdo-----	
Parcialmente de acuerdo -----	
De acuerdo total -----	
De acuerdo -----	
No desea participar-----	
Desea participar pero no tiene opinión-----	

Fase 2: Tratamiento de los datos: Los expertos se pronuncian con un voto según la escala de colores formándose así una matriz.

Fase 3: Discusión de los resultados: Sobre la base de la imagen coloreada se inicia el debate y/o explicación del voto, el procedimiento es abierto y cada uno puede o no cambiar el color de su voto justificando su cambio de opinión.

Resultados de los ítems:

- 1- Criterio para la selección de los temas y contenidos que se trabajaran desde la Nutrición: Los profesores fundamentaron que todos los temas y contenidos propuestos en el programa son importantes y que dentro de ellos se prioriza el desarrollo de conocimientos específicos de acuerdo a la labor que realiza y la preparación para dar solución a situaciones que se presentan en la práctica aplicándose en el cuadro de salud de la población.
- 2- ¿Los temas contribuyen al desarrollo de las competencias profesionales de la profesión en Rehabilitación? Los temas ubican al profesor y estudiantes para el óptimo desarrollo de los objetivos en correspondencia con los contenidos a tratar según patologías asociadas desde la especialidad de la nutrición y rehabilitación.
- 3- ¿Considera que el programa posee? : a) ¿Calidad para desarrollar los contenidos?
b) ¿Es pertinente su aplicación?
 - Calidad: Su calidad y confección es satisfactoria se tiene en cuenta la relación de la rehabilitación y la nutrición lo que permite que el estudiante

pueda apropiarse de habilidades teóricas para aplicar en la práctica de su especialidad.

- Pertinencia: Es pertinente su aplicación porque posee calidad y contribuye al desarrollo de habilidades teóricas-prácticas para los profesionales de la salud, además de ser una herramienta a utilizar desde la docencia en el postgrado en el proceso de enseñanza y aprendizaje. (**Ver Anexos No 2,3,4**)

Conclusiones.

- 1- La revisión bibliográfica nos permitió apropiarnos de los conocimientos, para la asimilación del contenido que se debe dirigir para el proceso de aprendizaje de los estudiantes en el postgrado.
- 2- A partir de las encuestas realizadas a los expertos de la especialidad de Rehabilitación y Nutrición predominó las categorías de acuerdo total y de acuerdo contribuyendo a la confección de los temas, objetivos y contenidos a impartir por el claustro de profesores.
- 3- Se toma como recomendación hacer extensivo la elaboración de programas de la nutrición con otras disciplinas de las ciencias médicas en el postgrado.

Referencias Bibliográfica.

- 1-Jiménez Acosta, Santa, Rodríguez Suarez, Armando, Pita Rodríguez, Guísela, Zayas Torriente, Georgina, & Díaz Sánchez, María E. *Consejería en alimentación y nutrición. Manual de apoyo*. Molinos Trade S.A. La Habana, Cuba. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, Ministerio de Salud Pública,2011.128p.
- 2-González Domínguez,Alexander, Bell Benavides,Zoila, Pérez Santana,Martha, Alina Maria, M JS, Alina, Santana Porbén,Sergio. Sobre las competencias de los nutricionistas en los ámbitos hospitalarios y comunitarios. Rev Cubana Aliment Nutr. 2011;21:16.
- 3-García Espinosa,Luis G, Penié,Jesús B, Gutiérrez Rojas,Angela R, Barreto,Darilys A, Díaz Hernández,Jennifer M. Estado de los conocimientos sobre alimentación y nutrición entre los médicos de un hospital verticalizado en la atención de adultos. Rev Cubana Aliment Nutr. 2012;22:11.
- 4- Elkin Martínez,L. Nutrición Preventiva. Rev.Fac.Nac.Salud Pública. 2002;20:14.
- 5-Maria AL Ana, Gonzales de Prada, Eduardo M, Pantoja Ludueña, Manuel. Conocimientos sobre nutrición en estudiantes de medicina. Rev bol ped. 45:1.
- 6-Rodríguez Vázquez, Leandro. EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y COMUNIDAD EDUCACIONAL. Rev Cubana Aliment Nutr. 2012;22:7.
- 7-Orduñez García,Pedro Ovidio. El desafío de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Revista Finlay. 2011;1:5.
- 8- Díaz Lorenzo, Tamara, Alexander, G. D., Calzadilla Camba, Ahindrará, Martí, Pedro, M., & Rodríguez Suarez, Armando. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DOCENTE DE LA LICENCIATURA DE NUTRICIÓN EN CUBA.2011, 21, 11.

- 9- Modelo del Profesional de la carrera de Rehabilitación Tecnología de Salud. (2000). Ministerio Nacional de Salud Pública, Ciencias Médicas.
- 10- Gómez Martínez, Ana Margarita, Artemán Cremé, Ivón. Terapia Ocupacional. [Internet]. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.; 2008. Available from: ecimed@infomed.sld.cu

Anexo .1

Temas	Objetivos	Contenidos
1. Introducción a la Ciencia de la Nutrición.	Explicar la importancia de la nutrición en el desempeño profesional del fisioterapeuta, diferenciando los distintos factores que intervienen en el estado nutricional del individuo. Determinar los requerimientos y recomendaciones nutricionales de la población cubana.	Alimentación, Nutrición. Definición .Factores que determinan el estado nutricional del individuo y la comunidad. Variaciones individuales de los requerimientos y recomendaciones nutricionales.
2. Nutrición y salud	Explicar la importancia de una dieta balanceada para una adecuada alimentación y nutrición según la clasificación de los alimentos para una salud óptima. Identificar los mensajes de las guías alimentarias para la población cubana para menores y mayores de 2 años de edad.	Objetivos de la Nutrición en Salud Pública. Dieta, dieta balanceada, dieta terapéutica. Definición. Principios y características .Clasificación de los alimentos por su origen, función y composición química. Guías alimentarias de la población cubana para menores y mayores.
3. Alimentación y nutrición en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.	Orientar el tratamiento integral en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.	Definición. Factores que condicionan su aparición. Complicaciones. Tratamiento integral, manejo dietoterapéutico en la (obesidad y Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial).
4. Rehabilitación nutricional en pacientes con inanición.	Proveer los conocimientos teórico-prácticos para el manejo dietético de los trastornos de la conducta alimentaria. Interpretar el alcance y la	Nociones generales de los trastornos de la conducta alimentaria. Concepto y criterios diagnósticos de la

	magnitud de la dietoterapia sobre estas afecciones.	Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa. Trastornos por ingestas excesivas y sus variantes atípicas. Grupos de riesgos. Enfoque del manejo integral multidisciplinario. Tratamiento dietético y nutricional Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa.
5. La alimentación y la intervención que se puede hacer desde el área de Terapia Ocupacional.	Explicar las diferencias que existe entre la deglución y la alimentación para conocer las estructuras que intervienen, fases, etapas y su evaluación. Caracterizar la dieta según la patología asociada que afecte el sistema digestivo, para un adecuado tratamiento para la predeglución y deglución.	Deglución y Alimentación. Definición. Diferencias, estructuras que intervienen, fases, etapas y evaluación. Característica de la dieta. Estimulación facial para la alimentación. Tratamiento para la predeglución y deglución
6. Alimentación y nutrición en pacientes con diferentes discapacidades.	Relacionar los factores fisiológicos, Tratamiento alimentario- nutricional en pacientes con diferentes discapacidades.	Factor fisiológico, Manejo nutricional en pacientes con diferentes discapacidades.

Anexo.2

Fase1: Recogida de Opinión de los expertos.

1- Criterio para la selección de los temas y contenidos que se trabajaran desde la Nutrición.

Para la selección de los contenidos esenciales se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros:

a)- Modelo del profesional para seleccionar las competencias específicas de la profesión a las que tributa la especialidad de Rehabilitación y Nutrición.

b) -Análisis del programa para seleccionar los temas y contenidos donde se pudiera trabajar para desarrollar las competencias específicas de la profesión, teniendo en cuenta:

b.1- Representatividad: Que estén representado los sistemas de conocimientos que tributan al desarrollo de las competencias específicas profesionales.

b.2- Transferibilidad: Seleccionar el sistema de conocimientos que necesita el estudiante para desarrollar en el profesional para dar soluciones a las distintas situaciones de salud que se presenten en el ámbito laboral.

c)-Se efectuó una **discusión en grupo** con los 3 profesores de la carrera de Nutrición y Dietética y de la carrera de Rehabilitación y la jefa de la Tecnologías de la Salud, profesores con experiencia entre más de 7 y 30 años en la profesión y en la docencia, con el objetivo de seleccionar los temas, objetivos y contenidos desde la ciencia de la Nutrición que se le podían dar salida a través de la Rehabilitación en el postgrado.

Fase 2. Tratamiento de los Datos.

1- Criterio para la selección de los temas y contenidos que se trabajaran desde la Nutrición.	Expertos					
	1	2	3	4	5	6
a)						
b.1						
b.2						
c)						

Fase 3. Discusión de los resultados.

Criterio a): -El modelo del profesional es el documento más importante de la carrera, su consulta es obligada, este conocimiento es lo que fundamenta la evaluación y calidad del egresado, de ahí que el trabajo docente esté encaminado al desarrollo de las competencias específica profesionales.

Criterio b.1): -Todos los contenidos propuestos en el programa son importantes, pero dentro de ellos es necesario priorizar aquellos que necesita el alumno para desarrollar determinadas competencias específicas profesionales de acuerdo a la labor que realiza.

Criterio b.2): -La preparación del estudiante para dar solución a situaciones que se presentan en la actividad práctica es muy útil e importante. Es real la necesidad de brindar los conocimientos necesarios para desarrollar las competencias específicas profesionales que se aplican en la solución de problemas de salud que se presentan a diario en la actividad laboral.

Criterio c): Se considera muy útil, éste personal es el más capacitado.

No se somete a una segunda votación por predominar entre los expertos las categorías:

De acuerdo totalmente  **y De acuerdo** .

Anexo. 3

Fase1: Recogida de Opinión de los expertos.

2-¿Los temas contribuyen al desarrollo de las competencias profesionales de la profesión en Rehabilitación?

Se dieron a conocer los elementos que se tuvieron en cuenta para la elaboración del programa estos fueron: tema, objetivos, contenidos.

Fase 2. Tratamiento de los Datos.

2¿Los temas contribuyen al desarrollo de las competencias profesionales de la	Expertos					
	1	2	3	4	5	6
temas al desarrollo de las competencias profesionales de la						

profesión en Rehabilitación?							
a)-Tema							
b)-Objetivos							
c)-Contenidos							

Fase 3. Discusión de los resultados.

Temas: Es muy importante determinarlo pues ubica al profesor y estudiante en el desarrollo de dicho contenido

Objetivos: Muy bien formulados y en correspondencia con los contenidos que serán tratados.

Contenidos: Son muy concretos y están acorde con los objetivos propuestos, responden a las patologías asociadas desde la especialidad de la nutrición - rehabilitación, están muy bien formulados orienta al estudiante a la realización de actividades propias de la carrera.

No se somete a una segunda votación por predominar entre los expertos las categorías:

De acuerdo totalmente  y **De acuerdo** .

Anexo. 4

Fase1: Recogida de Opinión de los expertos.

3- ¿Considera que el programa posee calidad y pertinencia?

Fase 2. Tratamiento de los Datos.

3-¿Considera que el programa posee calidad y pertinencia?	Expertos						
	1	2	3	4	5	6	7
a) Calidad							
b) Pertinencia							

Fase 3. Discusión de los resultados.

a)-Calidad: Su calidad y confección es satisfactoria se tiene en cuenta la relación de la rehabilitación y la nutrición lo que permite que el estudiante pueda apropiarse de habilidades teóricas para aplicar en la práctica de su especialidad.

b)-Pertinencia: Es pertinente su aplicación porque posee calidad y contribuye al desarrollo de habilidades teóricas-prácticas para los profesionales de la salud, además de ser una herramienta a utilizar desde la docencia en el postgrado en el proceso de enseñanza y aprendizaje.

No se somete a una segunda votación por predominar entre los expertos las categorías:

De acuerdo totalmente .

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERESTESIA DENTINARIA. ESTUDIO SOBRE UNA SERIE DE CASOS.

AUTORES:

Dra. Yahima Pons López, yahima.pons@nauta.cu, Clínica Estomatológica de Especialidades, Cienfuegos, Cuba, MSc. en Salud Bucal Comunitaria.

Dra. Annet Moreno González, Dra. Yasleidy González Cano, Lic. Yohami Pons López, Lic. Rolando L Rivera López.

RESUMEN

Una boca sana influye enormemente en el estado de salud general de las personas, ya que impide, la entrada de los microorganismos patógenos en el organismo. La sensibilidad dentaria es un problema que afecta la calidad de vida. **Objetivo:** Su tratamiento en una serie de casos constituyó el objetivo de este trabajo en la consulta de EGI de la Clínica Estomatológica de Especialidades de Cienfuegos. **Método:** Se realizó un estudio cuasi experimental en los meses de Enero a Junio del 2014, la muestra estuvo conformada por 75 pacientes, agrupados en tres grupos de tratamientos, mediante el método Simple Aleatorio. Se establecieron criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión y salida. Se utilizaron las variables de: Edad, Sexo, Hiperestesia dentinal, Clasificación de la Hiperestesia, Dolor, Formas de tratamientos, y Efectividad del tratamiento. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0; se aplicaron pruebas estadísticas como Chi cuadrado. **Resultados:** Fue más frecuente el sexo femenino y las edades de 36- 40 años, la sensibilidad severa fue la más encontrada. Se logró una remisión total con menor número de sesiones en mayor cantidad de pacientes tratados con terapia láser combinado con flúor. La terapia láser combinada con flúor resultó ser más efectiva. Se logró mejor evolución en aquellos pacientes que presentaban mayor número de estímulos iniciales. **Conclusiones:** La oclusión efectiva y fuerte de la dentina brinda las mejores perspectivas de alivio instantáneo y duradero de la hipersensibilidad dentinaria. **Palabras clave:** Hiperestesia Dentinaria, Láser de helio-neón, Fluoruro de Sodio, Duraphat, Efectividad.

INTRODUCCIÓN

En la práctica odontológica es común observar que un gran número de pacientes solicitan atención por presentar una situación de urgencia. Muchos de estos pacientes llegan de manera imprevista y afligidos por el dolor, alterando la rutina de la consulta odontológica. ⁽¹⁾La hipersensibilidad dentinaria(HD) o dentinal es un síndrome doloroso, a menudo de carácter crónico con exacerbaciones agudas; se caracteriza por una respuesta dolorosa a estímulos que en condiciones normales no causarían molestias. ^(2,3,4)La hipersensibilidad dentinaria se considera de etiología multifactorial y se le han atribuido diferentes nombres tales como: sensibilidad dentinaria, sensibilidad pulpar, y sensibilidad cervical cuando se ha encontrado en pacientes con recesiones gingivales. ⁽⁵⁾El término HD se caracteriza por un dolor breve y agudo ocasionado por exposición de la dentina a estímulos, térmicos, táctiles, osmóticos o químicos, que no puede ser atribuido a ninguna forma de patología o defecto dental. ⁽⁵⁾La misma puede presentarse ya en la adolescencia, pero se observa más comúnmente en la población adulta. En estudios sobre la prevalencia de hipersensibilidad dentinaria, se han reportado niveles

ampliamente diferentes, que oscilan entre el 4 y el 57%.⁽⁶⁾ Los estudios clínicos y cuestionarios sobre esta patología indican una prevalencia de 4% a 74%. Constituye un problema de salud bucal que afecta de un 8 a un 35% de la población entre la tercera y cuarta década de la vida.^(7,8) La ausencia de suficiente información sobre el mecanismo responsable de la hiperestesia dentinaria es, sin dudas, la causa por la que no se ha logrado desarrollar una terapia 100% efectiva. Los tratamientos para esta afección descritos hasta el momento se basan fundamentalmente en aislar el tejido dentinal del medio bucal utilizando para ello diferentes mecanismos tales como: las barreras protectoras, obliteración de los canalículos dentinarios mediante formación de dentina peritubular, retracción pulpar y formación de dentina reparadora, entre otros.⁽⁹⁾ De todos los tratamientos propuestos para la hiperestesia desde el uso de cremas dentales desensibilizantes, adhesivos dentinarios, restauraciones, cirugía mucogingival, tratamiento endodóntico hasta el uso de láser de baja potencia, ninguno ha sido todavía a opinión de muchos autores capaz de traer beneficios duraderos y consistentes. Lo que sí sería oportuno aclarar que la ausencia de tratamiento de la hipersensibilidad dentinaria puede llevar a alteraciones pulpares significantes con la consecuente necrosis pulpar. Lo anteriormente expuesto confirma que la hiperestesia dentinal resulta más prevalente de lo que la profesión dental cree, por ello se hace necesario definir recomendaciones de consenso que tengan una amplia difusión en la literatura, si bien en la actualidad existe una amplia disponibilidad de tratamientos no invasivos para eliminar esta enfermedad, resulta una meta para los profesionales ilustrar de entre todos los empleados en nuestras consultas cuáles de ellos resultan más efectivos para lograr una mejor remisión de los síntomas y en consecuencia disminuir el tiempo de tratamiento que se traduce por tanto en mejorar la calidad de nuestros servicios, implicaría disminuir el número de consultas a los pacientes que acuden a recibir tratamiento, y lo más importante elevar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta dolorosa entidad por lo que el objetivo general del presente trabajo fue Determinar el comportamiento clínico de la hiperestesia dentinal frente a los diferentes tratamientos utilizados en pacientes entre 20- 40 años. Área II. Municipio Cienfuegos.

DESARROLLO

Se realizó un estudio **cuasi-experimental** con un esquema de grupos de tratamientos bien diferenciados. Siendo el **escenario** de estudio la consulta de Estomatología General Integral de la Clínica de Especialidades de Cienfuegos. El período de estudio abarcó los meses de Enero a Junio del 2014. El **universo** estuvo constituido por todos los pacientes que asistieron a la Clínica Estomatológica de Especialidades para recibir servicio de urgencia por presentar hiperestesia dentinaria en el período de estudio. Los 75 pacientes que presentaban hiperestesia dentinal sin afectación pulpar relacionado con algún proceso carioso y que aceptaron participar en el estudio resultaron la **muestra** de la investigación. La inclusión de los pacientes en los grupos se hizo utilizando el muestreo Simple Aleatorio, donde en cada día de consulta se hacía la elección del orden de inclusión a los tres grupos por el método de la lotería de los 3 primeros pacientes a tratar. **Criterios de diagnóstico:** Diagnóstico de Hiperestesia Dentina. Poseer de 20-40 años. **Criterios de inclusión:** Tener disponibilidad de tiempo y recursos para asistir a todas las consultas. Deseo de participar en el estudio. No estar recibiendo ningún tipo de tratamiento para la hiperestesia en el momento de asistir a la

consulta. **Criterios de exclusión:** Tener contraindicada la radiación láser. Paciente con discapacidad mental. Hiperestesia relacionada con alguna alteración pulpar proveniente de una patología cariosa. Los datos se tomaron de las Historias Clínicas Individuales (Anexo 2) de los servicios de Estomatología, del examen clínico realizado por el investigador y del interrogatorio realizado al paciente, llevándose toda la información a un cuestionario de datos primarios confeccionado según los objetivos propuestos por los investigadores (Anexo 3). Se utilizó para el examen bucal espejo bucal plano, utilizando luz artificial en el sillón dental, jeringa de agua y aire donde no existía flujo de agua, y eliminando los posibles residuos de ésta activando la jeringa durante unos 15 segundos previamente a la prueba clínica para confirmar la presencia de hiperestesia en los dientes examinados, los pacientes objeto de estudio se dividieron en **tres grupos**, mediante muestreo simple aleatorio a los cuales se les aplicó los diferentes tipos de tratamientos. Resulta válido aclarar que los pacientes agrupados en las tres clases poseían características similares en cuanto a la clasificación de la hiperestesia (leve, moderada, severa), al número de dientes afectados (siempre más de un diente afectado), y a la etiología relacionada con la patología (presencia de hiperestesia sin alteración pulpar). El **grupo No 1**, compuesto por 25 pacientes, se trató con **barniz de flúor al 2% (marca Profilac, de producción cubana)**, por un período de 5-7 sesiones en días alternos utilizando la siguiente técnica operatoria.

Aislamiento relativo del diente utilizando rollos de algodón. Secado con algodón o aire suave sobre la zona a tratar. Aplicación del flúor en forma de barniz o gel. Se le indica al paciente no ingerir alimentos hasta pasadas 2 horas, no cepillar la zona tratada hasta las 12 horas.

El **grupo No 2**, formado por 25 pacientes, recibió en cada sesión **aplicaciones tópicas de fluoruro de sodio al 0,2 % en solución acuosa y radiación láser** utilizando la siguiente técnica operatoria. Se combinó la terapia Láser con compuestos a base de flúor como el fluoruro de sodio al 0,2%. Sesiones: De 3-5 sesiones Frecuencia: Diaria o alterna.

Técnica de irradiación puntual local sobre el área afectada. El **grupo No 3**, constituido por 25 pacientes, recibió solamente láser de baja potencia siguiendo la siguiente técnica operatoria. El procedimiento consistió en el aislamiento relativo con torundas de algodón en la zona afectada, secado del campo operatorio y posteriormente se aplicó la radiación láser empleando una técnica de irradiación puntual local sobre el área afectada con una densidad de energía de $6\text{J}/\text{cm}^2$ y un tiempo de exposición de 20s. Frecuencia: diaria. Número de sesiones: 5 sesiones.

En todas las sesiones de tratamiento se tuvo en cuenta que la zona a irradiar estuviera limpia, seca y libre de sustancias que interfirieran la absorción.

Para: Evaluar la efectividad de los tratamientos aplicados a cada grupo de estudio, se realizó aplicando aire y agua a presión sobre la zona tratada. Se realizaron exámenes para la evaluación del tratamiento con una periodicidad diaria de 24 y 72 horas, a la semana y al mes de aplicado el tratamiento, teniendo en cuenta al realizar las pruebas de efectividad, la evaluación de la remisión de los síntomas siguiendo 4 puntos.

- ✓ Dolor por estímulos mecánicos
- ✓ Dolor a cambios térmicos
- ✓ Dolor a cambios químicos

✓ Dolor al contacto con el aire y agua

Recogiendo estos aspectos en una encuesta de datos primarios confeccionada al efecto la cual fue llenada teniendo en cuenta la anamnesis realizada a cada paciente así como pruebas a la exploración y aire comprimido utilizando la jeringa para agua y aire en el sillón dental. El criterio para la evaluación se estableció teniendo en cuenta la escala de dolor análoga visual de valoración numérica descrita en la literatura por Enrique Ríos de la Universidad de México ⁽¹⁰⁾, que consiste en la evaluación del dolor por parte del paciente utilizando una escala del 0 al 10, donde el 0 constituye ausencia de dolor y el 10 el peor dolor que se pueda percibir. Se analizaron además las siguientes variables **Factores de riesgo**, la escala fue: técnica de cepillado dental incorrecto, deficiente higiene bucal, abrasión, erosión, atrición, malposición dentaria y recesión periodontal. Su descripción fue: técnica de cepillado dental incorrecto cuando los pacientes refirieron un cepillado horizontal, se consideró abrasión, cuando se observó al examen bucal lesiones cervicales con desgastes en esmalte y dentina y el paciente refirió la práctica de hábitos traumáticos, erosión, cuando se observó al examen bucal lesiones cervicales con desgastes en esmalte y dentina y el paciente refirió la ingestión frecuente de alimentos y /o bebidas ácidos, atrición cuando se observó al examen bucal lesiones incisales con desgastes en esmalte y dentina y el paciente refirió la práctica del bruxismo, recesión periodontal cuando se observó al examen bucal la migración apical de la encía, dejando segmento radicular expuesto.

Resultados

En la **Tabla No 1** se presentan los pacientes con sensibilidad dentinal según grupos de edad y sexo, el femenino fue el más representado, así como el grupo de edad , de 36-40 años con un total de 25 pacientes. Al realizar la evaluación de los pacientes que presentaban sensibilidad **Tabla No 2** se comprobó que la hipersensibilidad severa fue la más encontrada en el grupo de tratamiento# 1, con un 64.0%, coincidentemente este tipo de hipersensibilidad fue la de mayor incidencia en la muestra estudiada con un 54.6%. En la **Tabla No 3** se agrupan según tipos de tratamientos, los pacientes estudiados en la muestra, evidenciándose que el mayor número de pacientes con remisión de todos los síntomas se encontraban en aquellos que recibieron tratamiento con laserterapia combinada con enjuagatorios de flúor (grupo2) con un 72%. En la **Tabla No 3.1** fue consignado el criterio de remisión según evolución por días de tratamiento, y se refleja que del total de pacientes, los criterios de remisión más favorables se presentaron en el grupo 2, resultando este mismo grupo de tratamiento los que en menor número de días presentaron remisión de los síntomas, es decir que en las primeras 72 horas , aunque en todos los grupos se produjo una mejoría en algunos pacientes, resultó este grupo el que mayor número de personas presentaban alivio y hasta supresión de los síntomas iniciales, ya en la primera semana de tratamiento más del 80% de los pacientes en este grupo había mejorado considerablemente los síntomas ,no ocurriendo de esta forma en los grupos restantes. La efectividad de los tratamientos en los grupos de estudio recogidos en la **tabla 3.2** demuestran que la mayor efectividad (remisión de todos los síntomas al concluir el tratamiento) se logró en los grupos de estudio sometidos a tratamientos con láser y flúor con un 28 % a expensas de la sensibilidad severa, seguidos de los pacientes sometidos a tratamiento con láser que presentaron una efectividad del 18%. Los tratamientos realizados para la hiperestesia no fueron efectivos para un total de 9 pacientes tributándose estos para otro tipo de protocolo de tratamiento.

Hoy día y gracias a la filosofía preventiva de nuestra profesión encaminada a evitar la aparición de las caries y la enfermedad periodontal (causas fundamentales de la pérdida dentaria) estamos en condiciones de disminuir el desdentamiento lo que a su vez se convertirá en un reto para la atención estomatológica,⁽¹³⁾ ya que un mayor número de dientes permanecerán en la boca durante más tiempo. Esto traerá aparejado un aumento en la prevalencia de la retracción gingival; así como un incremento de dientes portadores de hiperestesia dentinal. Distinguir las diferentes entidades que conducen a la génesis de estos defectos y sus posibles interrelaciones permitirá una mejoría en la prevención, el tratamiento y seguimiento de todos nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo la hiperestesia dentinaria fue más frecuente en el sexo femenino y las edades de 36-40 años fueron las más representativas mientras que la sensibilidad severa fue la más encontrada, los factores de riesgo que más incidieron fueron la dieta perjudicial seguido de la frecuencia del cepillado. La terapia láser combinada con solución de fluoruro de sodio al 0,2% resultó ser más efectiva, seguida de la terapia láser y la terapia con laca flúor. Se logró una remisión total de los síntomas con menor número de sesiones de tratamiento en mayor cantidad de pacientes tratados con terapia láser combinada con solución de fluoruro de sodio al 0,2%, y se logró mejor evolución en aquellos pacientes que presentaban mayor número de estímulos iniciales, que un tratamiento exitoso debería hacer que la dentina tratada quede sin sensibilidad y se vuelva esclerótica, dado que este estado es preferible a una dentina abierta, permeable y sensible. Cualquier tratamiento que selle por completo los túbulos dentinales restaurará dicha superficie a un estado saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Vázquez de León AG, Mora Pérez C de la C, Palenque Guillemí AI, Sexto Delgado N, Cueto Hernández M. Actualización sobre afecciones pulpares. MediSur [Internet]. 2008 [citado 16 feb 2012];6(3):[aprox. 25 p.] pp. 112-137. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/549/570>
- 2.-Gaceta Dental [Internet]. Diane Cummins. Hipersensibilidad dentinaria: desde el diagnóstico hasta una terapia avanzada para el alivio diario de la sensibilidad. [Actualizado 18 oct 2010; citado 14 mar 2012]. <http://www.gacetadental.com/noticia/7508/INFORMES/hipersensibilidad-dentinaria-diagn%C3%B3stico-hasta-terapia-avanzada-alivio-diario-sensibilidad.html>
3. Ardila Medina CM. Hipersensibilidad dentinal: Una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Av Odontoestomatol (Madrid) [Internet]. May-jun. 2009 [citado 16 feb 2012];25(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000300003&script=sci_arttext
4. Riesgo Lovaina N, Ortiz Moncada C, Ilisástigui Ortueta ZT. Comportamiento de la sensibilidad dentinal en pacientes del municipio "10 de Octubre". Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2010 [citado 16 feb 2012];47(01):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol_47_01_10/est02110.htm
5. Romero Amaro IM, Escalona L, Acevedo AM. Teorías y factores etiológicos involucrados en la hipersensibilidad dentinaria. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2009 [citado 11 ene 2012];47(1):[aprox. 18 p.]. Disponible en: www.scielo.org.ve/pdf/aov/v47n1/art29.pdf
- 6.-Gaceta Dental [Internet]. Diane Cummins. Hipersensibilidad dentinaria: desde el diagnóstico hasta una terapia avanzada para el alivio diario de la sensibilidad. [Actualizado 18 oct 2010; citado 14 mar 2012]. Disponible

en:<http://www.gacetadental.com/noticia/7508/INFORMES/hipersensibilidad-dentinaria-diagn%C3%B3stico-hasta-terapia-avanzada-alivio-diario-sensibilidad.html>

7.- Porto I, Andrade A, Montes M. Diagnosis and treatment of dentinal hypersensitivity. Journal of Oral Science [Internet]. 2009 [citado 14 ene 2012]; 51(3):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://jos.dent.nihon-u.ac.jp/issue/index51-03.html>

8.- Romero Amaro IM, Escalona L, Acevedo AM. Frecuencia de hipersensibilidad dentinaria posterior al raspado y alisado radicular en un grupo de pacientes evaluados en el postgrado de periodoncia de la Facultad de Odontología UCV., Estudio Piloto. Acta odontol. venez (Caracas) [Internet]. Dic. 2008 [citado 12 ene 2012];46(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652008000300009&script=sci_arttext.

9.- Fumero Sánchez Y, Rodríguez Jarrín D, Castañeda Marín R, Fernández González OL. Aplicación de Laserterapia en la hiperestesia dentinal. MediCiego [Internet]. 2009 [citado 16 feb 2012];15(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_supl2_09/estudiantil/est1_v15_supl209.htm

10.-_Jacobsen PI, Bruce GJ. Hipersensibilidad dentinaria clínica: Entendiendo las causas y prescribiendo un tratamiento. Contemp Dent Pract. 2012;(2)1:1-12.

Efectos fisiopatológicos del tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal.

Autores: Carlos Moisés Méndez Castellanos correo: inv_up.fcm@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Estudiante de 4to año de Estomatología , Maricel Castellanos González, correo:inv_up.fcm@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas,Cienfuegos,Cuba,Profesora auxiliar, Especialista en segundo grado en Bioquímica, Máster en Educación Médica ,Carla María García San Juan, correo: Rubén GN @ jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Estudiante de 3er año de Estomatología.

Resumen

El tabaquismo se considera el factor modificable de mayor importancia por los efectos locales y sistémicos que provoca sobre el periodonto. Se realizó una revisión actualizada con el objetivo de describir los efectos fisiopatológicos que ejerce el tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal, basados en los eventos moleculares que intervienen en su etiopatogenia. El hábito de fumar es un agente etiológico en la transición hacia la periodontitis, porque actúa sobre la formación de la placa dentobacteriana, y en la respuesta inflamatoria, debido a los efectos nocivos de los componentes del tabaco, se destaca su acción vasoconstrictora y su actividad osteoclástica. El hábito de fumar está asociado a una gran variedad de cambios perjudiciales en la cavidad bucal, afecta absolutamente a todos sus elementos, altera el microambiente de esta y a su vez lo predispone, para que se presenten diversas afecciones.

Palabras clave: hábito de fumar, enfermedades periodontales, fisiopatología, efectos adversos

Introducción

El tabaquismo no solo constituye un factor de riesgo para otras enfermedades, sino que es un problema de salud en sí misma.¹ Esto hace que los fumadores se transformen en pacientes, que requieren atención sanitaria.

Los primeros estudios epidemiológicos realizados sobre la enfermedad periodontal en los años 50 del pasado siglo plantean una alta prevalencia, que afecta a la mayoría de los adultos. En España, se estima que solo el 14,8 % de los adultos, entre 35 y 44 años tiene las encías sanas, el 59,8 % presenta gingivitis y el 25,4 % periodontitis; en personas de 65 a 74 años, la situación aún es peor: el 10,3 % tendría las encías sanas y el resto padecería algún tipo de enfermedad periodontal (51,6 % gingivitis y el 38 % periodontitis). Las estadísticas de la Salud y el Instituto Nacional para Investigaciones Dentales en los EE.UU, informan que del 5 al 20 % de la población sufre de enfermedad periodontal.²

El hábito de fumar en Cuba ha sido considerado alto, algunos estudios así lo demuestran^{3,4}; por lo que se crea un Programa para la Prevención y el Control del Tabaquismo para disminuir la prevalencia del hábito y la mortalidad causada por esta enfermedad que prevé el tabaquismo en niños, adolescentes y jóvenes⁷. La población de Cienfuegos siempre se mantuvo con cifras por encima del promedio nacional, así lo demuestran estudios realizados por el Instituto Cubano de Orientación y de Investigación de la Demanda Interna, recientemente se dieron a conocer resultados donde se concluyó que uno de cada cuatro cienfuegueros de 15 años o más años, fuma, por lo que el tabaquismo continúa siendo un problema que necesita una mirada desde la promoción de salud.⁵

El hábito de fumar está asociado a una gran variedad de cambios perjudiciales en la cavidad bucal, afecta absolutamente a todos sus elementos, altera el microambiente de esta y a su vez lo predispone, para que se presenten afecciones como: lesiones premalignas, cáncer bucal, estomatitis nicotínica, melanoma del fumador, cicatrización retardada de las heridas, lengua vellosa, halitosis y periodontopatías.⁶

Investigaciones realizadas en el país reportan que estas patologías afectan aproximadamente al 80 % de los niños de edad escolar y más del 70 % de la población adulta ha padecido gingivitis o periodontitis, o ambas; y que factores de riesgo como: el tabaquismo, estrés, diabetes mellitus, intervienen en su bruxismo,

prótesis mal ajustadas, condiciones socioeconómicas, nivel de instrucción, dietas, estilo de vida y muchos otros, que interactúan entre sí, y se asocian con el origen y evolución de las enfermedades gingivales y periodontales. El tabaquismo tiene una gran influencia en la enfermedad periodontal, tanto en su desarrollo como en su severidad.⁷

En la actualidad se han identificado numerosos factores de riesgo para las enfermedades periodontales. El tabaquismo es uno de los factores de riesgo capaz de perpetuar o agravar la enfermedad periodontal por tanto los profesionales de la salud deben estar científicamente dotados de los diferentes eventos moleculares que intervienen en su etiopatogenia, para lograr crear estrategias efectivas en el enfrentamiento de la epidemia del tabaquismo . Por lo que el objetivo del trabajo es describir los efectos fisiopatológicos que ejerce el tabaquismo como factor de riesgo, en los eventos moleculares que intervienen en la etiopatogenia de la enfermedad periodontal.

DESARROLLO

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria iniciada por la acción de microorganismos presentes en el biofilm dentogingival y que lleva a la destrucción del aparato de inserción periodontal. Uno de sus factores de riesgo es el hábito de fumar, el cual no actúan aisladamente, por lo que la evaluación de un factor de riesgo será científicamente más aceptable si se consideran no solo sus efectos directos y aislados, sino también sus efectos conjuntos con otras variables de interés.⁴

Un cigarro contiene cerca de 4 000 químicos, muchos de ellos venenosos en altas dosis, algunos de los peores son: la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la sangre a través de los pulmones, viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo y de quienes lo rodean.⁶En la compleja mezcla del humo de cigarrillo existen componentes con propiedades citotóxicas, mutagénicas y carcinogénicas dentro de los cuales se encuentran el

acetaldehído y la acroleína (irritantes de la vía aérea), naftamalina, pireno, cadmio, benzopireno, dibenzacridina, uretano y toluidina (sustancias cancerígenas) y muchas otras sustancias tóxicas para el organismo, siendo de las más estudiadas la nicotina. La inhalación pasiva o activa produce una disolución de los productos de la combustión en el epitelio oral y la vía aérea. Estos productos de combustión pueden dividirse en gaseosos y particulados, siendo este último tipo de partícula la que concentra la mayor toxicidad.⁸

La nicotina es el componente químico principal de la hoja del tabaco, sustancia alcaloide, responsable de la adicción del hábito de fumar.³¹ Cuando un fumador inhala la nicotina, el humo entra al organismo por la boca y sale por ella y por la nariz. Esta circulación del humo es una microagresión continua que afecta los dientes, la cavidad bucal, la faringe, la laringe, los senos paranasales y la parte superior del esófago, además de bronquios y pulmones. Generalmente, el humo es inhalado a los pulmones donde se absorbe gran parte de la nicotina. Esta sustancia también se absorbe, en menor medida, a través de la mucosa bucal, plexos sublinguales y de la piel; en este caso la absorción puede ser variable y dependiente de varios factores como la temperatura, el pH cutáneo, el grado de humedad y de higiene personal.⁹

La cavidad bucal se afecta en toda su extensión y es donde se produce el primer contacto con el tabaco. Esto trae como resultado efectos negativos como halitosis, manchas extrínsecas de dientes y restauraciones, abrasión de superficies dentales, caries dental, estomatitis nicotínica, estados preneoplásicos y enfermedad periodontal.¹⁰

La nicotina estimula la liberación de dopamina y eleva los niveles de esta, ambos hechos están relacionados con el mayor abuso de la droga. Al llegar la nicotina al cerebro activa un complejo mecanismo de mensajes químicos y neurobiológicos, que generan sensaciones de placer y alerta. Su principal neurotransmisor es la dopamina.⁸La nicotina es un poderoso vasoconstrictor, el cual reduce el flujo de sangre en la microcirculación gingival y causa este temido desbalance entre el

hospedero y las bacterias. Por esta acción la nicotina produce disminución de la irrigación sanguínea al tejido, con una disminución de la presión de oxígeno en la bolsa, con disminución de los procesos implicados en la respiración celular, fundamentalmente la cadena transportadora de electrones que necesita una buena disponibilidad de oxígeno, como último aceptor de electrones en las reacciones de óxidoreducción que se producen a nivel tisular para la obtención de energía mediante la fosforilación oxidativa. Este efecto local de anaerobiosis favorece al crecimiento de microorganismos anaerobios en pacientes fumadores.⁸

En estudios sobre cicatrización se ha observado que la reducción en la tensión de oxígeno es el resultado de la vasoconstricción periférica causada por los efectos adrenérgicos de la nicotina. Esta vasoconstricción puede explicar los reportes que mencionan que los fumadores tienen menor sangrado gingival, e inflamación en comparación con los no fumadores.¹¹ La cicatrización también se ve afectada por la nicotina al aumentar la adhesión plaquetaria, el riesgo de oclusión microvascular trombocítica y la isquemia tisular, reduciendo la proliferación de células sanguíneas rojas, fibroblastos y macrófagos.¹¹ Algunas investigaciones indican que la nicotina disminuye la migración celular de fibroblastos gingivales humanos en un 50 % en condiciones libres de suero.⁸ También se han propuesto modelos de estudios in vitro de administración de humo de cigarrillo en una herida periodontal en ausencia de placa bacteriana y se ha concluido que el humo por sí solo retarda el proceso de cicatrización y lo merma en calidad en términos de relleno óseo, densidad ósea y nuevo hueso formado.⁸ A nivel histológico, la nicotina inhibe la síntesis fibroblástica de la fibronectina y del colágeno tipo I, así mismo aumenta la actividad de la enzima colagenasa fibroblástica, también puede regular directamente la producción de citosinas de fibroblastos gingivales humanos, los cuales juegan un papel importante en la destrucción de tejidos, dando como consecuencia el retraso de la cicatrización de heridas. Se ha observado daño en fibroblastos periodontales, de manera que la adherencia celular es significativamente menor en las superficies radiculares de los fumadores empedernidos. El hábito de fumar cigarrillos puede incrementar la adherencia bacteriana a las células epiteliales, dando por resultado la colonización del surco gingival. Esto se da principalmente por disminución del fluido crevicular, y

disminución de citocinas (IL-1 α , IL-1 β) y leucocitos polimorfonucleares (PMNs).³¹ También la disminución de la tensión de oxígeno local puede favorecer la colonización y crecimiento de bacterias anaerobias.⁸

El tabaquismo posee una acción sobre la producción de saliva, la cual se ve aumentada y favorece la mineralización de la placa bacteriana y la formación de tártaro en el diente. Varios estudios evidencian de que los fumadores sufren frecuentemente caries dental, incremento de la placa dentobacteriana y candidiasis bucal. También pueden producirse múltiples micronódulos blanquecinos localizados difusamente por el paladar, como consecuencia del efecto irritativo del humo sobre los tejidos, que dan lugar a la estomatitis del fumador.¹²

El tabaquismo produce depósitos superficiales pardos o negros como resultado de los productos de la combustión del alquitrán de hulla y de la penetración de los jugos del tabaco en fisuras e irregularidades del esmalte y la dentina lo que trae consigo el acúmulo de placa dentobacteriana, además de que estos por su efecto vascular local (vasoconstricción y dilatación sostenidas), producen alteraciones y daño a largo plazo del endotelio con su consecuente carencia en el aporte de oxígeno y nutrientes tisulares que predisponen a la actividad incrementada de las toxinas bacterianas que causan la enfermedad. En estudios realizados se argumenta que la placa dentobacteriana sigue siendo el factor causal fundamental en la génesis de la enfermedad periodontal, además señala que 77 % de las mujeres embarazadas con alteraciones gingivales tienen valores elevados de placa y cálculo. Además demuestra que la inflamación gingival está asociada a una higiene bucal deficiente.¹³ El cuidado bucal es la clave para la prevención y para el éxito del tratamiento de la gingivitis ya que muchos de los fracasos del control de la enfermedad periodontal pueden atribuirse a la higiene deficiente.

En general, los fumadores responden peor al tratamiento periodontal, con mayores posibilidades de volver a enfermar tras su tratamiento; dicha respuesta puede ser modificada si se abandona el hábito. Científicamente se ha comprobado que el fumador tiene de cinco a seis veces más posibilidad de desarrollar enfermedad

periodontal y como consecuencia, la destrucción ósea, por lo que la retracción gingival es más significativa.⁶

Investigaciones reportan que el estudio del sistema RANK-RANKL-OPG ha favorecido la comprensión de los mecanismos que intervienen en el proceso de remodelación ósea y especialmente en la osteoporosis posmenopáusica y la enfermedad periodontal. Los niveles de OPG son significativamente más bajos en los pacientes fumadores,¹³ si se analiza la actividad de la OPG que es un bloqueador de las RANKL, ya que impide la unión RANK-RANKL y con ello inhibe la diferenciación y activación de los osteoclastos, traerá como consecuencia el consumo de tabaco una mayor unión de RANK y RANKL, lo que aumenta el número de células osteoclásticas activas en fumadores, con un riesgo mayor de que se produzca resorción ósea.¹³

Se ha observado que los fumadores presentan una respuesta inflamatoria retardada o disminuida, menor sangrado al sondaje, menor rubor de la encía y las bolsas presentan una menor cantidad de fluido crevicular gingival. Esto parece deberse a efectos a largo plazo de la nicotina en la inflamación, y no a su efecto vasoconstrictor local, como se había creído antes.⁶

Tanto la enfermedad periodontal crónica como la aguda se relacionan con el tabaquismo. Esto se debe al efecto tóxico del humo del cigarrillo sobre los polimorfonucleares y macrófagos de la saliva. El número de cigarrillos y el número de años de consumo parecen aumentar la severidad de la enfermedad periodontal.. La estimulación del humo del tabaco sobre neutrófilos puede causar un aumento en el estallido oxidativo, dado a que debilita el potencial de óxido-reducción del ecosistema bucal favoreciendo la proliferación de las bacterias de la placa bacteriana y de la microbiota subgingival, relacionadas con la destrucción directa del tejido periodontal,⁸ efecto que se refuerza por el hecho que la citoquina FNT se encuentra elevada en pacientes fumadores, lo que estimularía la adherencia epitelial, producción de especies reactivas de oxígeno y fagocitosis del macrófago. Además suprime la síntesis de betadefensina 2, un péptido antimicrobiano

endógeno producido por las células del epitelio gingival,⁸ por tanto provoca una disminución de la inmunidad celular y humoral, en particular de la actividad quimiotáctica y fagocitaria de los leucocitos.

Por otra parte el monóxido de carbono (CO) resultante de las combustiones incompletas posee un mecanismo de acción que se basa en su extraordinaria afinidad por la hemoglobina, formando la carboxihemoglobina (COHb). Los efectos tóxicos producidos se deben fundamentalmente a la hipoxia tisular directa.⁹El transporte plasmático de CO parece ser el principal factor de fijación en los tejidos, especialmente en el sistema citocromooxidasa mitocondrial, responsable de la sintomatología debida a la alteración de la respiración celular.

Investigaciones recientes en nuestro país demuestran que existe relación proporcional entre la edad y la enfermedad periodontal, la cual fue más grave entre los fumadores fuertes, destacándose el deterioro de la higiene bucal con una relación directamente proporcional al incremento de la enfermedad periodontal y la intensidad del hábito. Además las lesiones benignas, premalignas y malignas, y resultaron más frecuentes en pacientes cuyo hábito fue más intenso.³

CONCLUSIONES

Los efectos fisiopatológicos del tabaquismo se deben a las acciones nocivas de la nicotina, el humo y el monóxido de carbono resultante de las combustiones incompletas, que favorecen una serie de eventos moleculares implicados en la etiopatogenia de enfermedad periodontal. El consumo de tabaco provoca disminución de la actividad de la osteoprotegerina, lo que favorece la interacción de RANK- RANKL, la cual interviene en la diferenciación y activación de los osteoclastos. Igualmente el humo del tabaco beneficia la proliferación de las bacterias de la placa y de la microbiota subgingival, disminuye la capacidad proliferativa de los linfocitos, de la IgG2 en la saliva y de la síntesis de beta defensina 2. Por otra parte la nicotina tiene acción vasoconstrictora, aumenta la adhesión plaquetaria, el riesgo de oclusión microvascular y la isquemia tisular, reforzada por el CO liberado, que forma carboxihemoglobina lo que disminuye el aporte de

oxígeno al tejido y con ello la respiración celular, asimismo provoca la formación de radicales libres. La nicotina de igual forma produce una disminución de la síntesis de colágeno, y favorece la actividad osteoclástica, la destrucción de tejido conectivo y disminución de la capacidad de reparación del periodonto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gavilla BC, Trenzado NB, Barroso Y. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. Cárdenas 2007. Rev Méd Electrón [revista en Internet]. 2009 [citado 12 Ene 2015];31(2):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista_médica/año_2009/vol2_2009/tema3.htm
2. Pérez BR, Rodríguez G, Pérez A, Rodríguez B, Paneque MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN [revista en Internet]. 2009 [citado 20 Ene 2015];13(1):[aprox. 2p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san061_09.htm
3. Suárez N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2011 [citado 12 Sep 2015];37(1):[aprox. 11p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662011000100010&script=sci_arttext
4. Benet M, Espinosa AD, Morejón AF, Díez E, Landrove OO, Ordúñez PO. La prevalencia del tabaquismo en la ciudad de Cienfuegos, Cuba. MEDICC Review [revista en Internet]. 2014 [citado 15 Sep 2015];16(3):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar?q=Prevalencia_del_tabaquismo_MEDICC_Review_2014
5. Espinosa AD. Experiencias y resultados en el Proyecto Global de Cienfuegos. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2011 [citado 12 Oct 2015];37(Supl):[aprox. 8p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662011000500011
6. Traviesas EM, Márquez D, Rodríguez R, Rodríguez J, Bordón D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de la enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2011 [citado 13 Dic 2014];48(3):[aprox. 11p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072011000300009&script=sci_arttext

7. Sazigaín A, González ME, Blanco N, MachadoR. Comportamiento de la enfermedad periodontal y lesiones de la mucosa bucal en pacientes fumadores. Medicentro [revista en Internet]. 2010 [citado 30 Sep 2015];14(4):[aprox. 14p]. Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/215>
8. Rojas JP, Rojas LA, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [revista en Internet]. 2014 [citado 20 Abr 2015];7(2):[aprox.5p]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000200010&lng=es
9. Martín A, Rodríguez I, Rubio C, Revert C,Hardisson A. Efectos tóxicos del tabaco. Rev Toxicol [revista en Internet]. 2004 [citado 26 Oct 2015];21(2-3):[aprox. 8p]. Disponible en: <http://ojs.diffundit.com/index.php/revtoxicol/articloe/view/208>
10. Koushyar KJ, Hernández A. Tabaquismo:factor de riesgo para enfermedad periodontal. Revista ADM [revista en Internet]. 2010 [citado 19 Sep 2014];67(3):[aprox. 13p]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od103c.pdf>
11. Yahya SJ, Hammangabdo A, Omotara BA. Factors influencing the onset of cigarette smoking among adolescents in Konduga local government area. Niger J Med [revista en Internet]. 2010 [citado 12 Dic 2014];19(3):[aprox.11p]. Disponible en: <http://www.ajol.info/index.php/njm/article/view/60184>
12. Traviesas EM, Echarry O, Morales DR,Ilizástigui ZT, Rodríguez J. Intervención comunitaria intersectorial en adultos para disminuir el tabaquismo y las periodontopatías. Boquerón, Monagas, Venezuela 2009. Rev Med Electrón [revista en Internet]. 2012 [citado 30 Ene 2014];34(2):[aprox. 11p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242012000200006&script=sci_arttext
13. Martínez J. Papel de las Células, Citoquinas,Factor de Necrosis Tumoral (TNF), RANK y RANKL en la Enfermedad Periodontal. REDOE [revista en Internet]. 2008 [citado 20 Ene 2015];15(1):[aprox.8p]. Disponible en: <http://redoe.wordpress.com/2008/06/12/papel-de-las-celulas-citoquinas-factor-de-necrosis-tumoral-tnf-rank-y-rankl-en-la-enfermedad-periodontal>

TÍTULO: Eficacia protectora de las vacunas conjugadas contra los neumococos sobre la colonización nasofaríngea. Cienfuegos 2016-2017.

Autores:

Dra. Dunia María Chavez Amaro, metmed5807@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. Máster en Ciencias

Dra.C. Maria Felicia Casanova González, neurofisiologia@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico, Cienfuegos, Cuba. Doctora en Ciencias Médicas

Dra.C Maria Eugenia Toledo Romani, mariaeugenia@ipk.sld.cu, Instituto Medicina Tropical, La Habana, Cuba. Doctora en Ciencias Médicas

Dr. C Nivaldo Linares Pérez, nlinares@finlay.edu.cu, Instituto Finlay de Vacunas, La Habana, Cuba. Doctor en Ciencias Médicas

Dra. Martha Montes de Oca, neurofisiologia@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico, Cienfuegos, Cuba.

Dr. Jorge Luis Capote Padrón, jorgelu@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico, Cienfuegos, Cuba, Máster en Ciencias.

RESUMEN

Fundamento: Las vacunas conjugadas antineumocócicas (PCVs) han demostrado eficacia protectora sobre la enfermedad neumocócica y la colonización nasofaríngea. **Objetivo:** Evaluar los cambios en la colonización nasofaríngea (CNF) global y por serotipos vacunales de *Streptococcus pneumoniae* asociados a la vacunación antineumocócica en niños prescolares, un año después de vacunados. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con un diseño casos y controles, tipo caso-caso donde cada sujeto seleccionado para el análisis actuó como su propio control. El período de estudio fue desde noviembre del 2015 hasta abril del 2016. El universo de estudio lo constituyó los 1 135 niños de uno a cinco años inmunizados en el ensayo clínico fase II/III, la muestra final de incluidos fue de 555 sujetos previo consentimiento informado firmado por los padres. Las muestras de exudado nasofaríngeo se tomaron siguiendo los protocolos establecidos. Se excluyeron los niños que recibieron tratamiento antibiótico siete días previos a la toma de muestra o que los padres no firmaron el consentimiento informado. El análisis estadístico se basó en la utilización de medidas de frecuencia absoluta y relativa, por grupos de edades. **Resultados:** La diferencia porcentual al año, de la CNF pre y postvacunación, superó el 70 %; se evidenció un descenso en la frecuencia de los serotipos vacunales y los relacionados con la vacuna, para ambos grupos etarios. **Conclusiones:** los hallazgos sugieren que las PCVs tienen acción protectora sobre la CNF lo que impactará en la enfermedad neumocócica una vez introducida.

Palabras clave: *Streptococcus pneumoniae*; colonización nasofaríngea; serotipos; vacunas conjugadas antineumocócica.

Introducción

El neumococo, forma parte de la flora bacteriana normal de la mucosa nasal y faríngea, siendo su hábitat preferencial la nasofaringe posterior y se transmite de persona a persona por la inhalación de gotitas de Pflügge infectadas. Ocasiona infecciones de la vía aérea superior, y constituye la principal causa de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en los países desarrollados y en vías de desarrollo¹.

En la actualidad se describen aproximadamente 97 serotipos de neumococo inmunológicamente distintos, que difieren según la estructura de su cápsula de polisacáridos. Los serotipos difieren en las propiedades biológicas, la capacidad patógena e invasora, los síndromes que producen, su capacidad para colonizar la nasofaringe y las resistencias a antibióticos².

Se describe que existe una elevada correspondencia entre aquellos serotipos causantes de infección y los que pueden encontrarse en los portadores asintomáticos³.

Un hecho central en la epidemiología de las infecciones neumocócicas es la colonización nasofaríngea, ya que es el paso previo a la infección, representa el reservorio de la enfermedad y condiciona la selección de resistencias. Todas las enfermedades causadas por neumococos están precedidas de una colonización nasofaríngea asintomática de mayor o menor duración, en función de diferentes factores, pero principalmente de la invasividad de cada serotipo. El porcentaje de portadores asintomáticos varía con la edad, el entorno y la presencia de infecciones en el tracto respiratorio alto. La prevalencia de portadores puede llegar a alcanzar hasta el 60% en niños en edad preescolar, el 35% en edad escolar y mostrar hasta un 29% de prevalencia en los adultos jóvenes⁴.

En un estudio de prevalencia de colonización nasofaríngea en menores de 18 meses realizado en Cienfuegos, se describe que más del 20 por ciento de los sujetos estaban colonizados por neumococo⁵.

La introducción de la vacuna antineumocócica en los esquemas de inmunización es una herramienta efectiva para la prevención y control de la enfermedad neumocócica y la colonización nasofaríngea. La nueva generación de vacunas conjugadas antineumocócicas es altamente efectiva en niños menores de dos años y se ha introducido en varios países con gran éxito, registrándose una disminución evidente en la incidencia de la Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI) en menores de cinco años⁶⁻¹⁰.

Cuba no ha iniciado la vacunación antineumocócica, pero se está trabajando en un candidato vacunal heptavalente (PCV7-TT), actualmente en fase de evaluación clínica avanzada, que se espera introducir en el 2019¹¹⁻¹³.

El **objetivo** de este estudio fue evaluar los cambios en la colonización nasofaríngea global y por serotipos vacunales de *Streptococcus pneumoniae* asociados a la vacunación antineumocócica en niños preescolares, un año después de vacunados.

Desarrollo:

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, con un diseño casos y controles tipo caso-caso, el período de estudio fue desde noviembre del 2015 hasta abril del 2016.

El universo de estudio lo constituyó los 1 135 niños de uno a cinco años inmunizados en el ensayo clínico fase II/III. Fueron incluidos los que cumplieron los criterios de inclusión asociados al rango de edad, el consentimiento informado firmado por los padres y la condición de ser vacunado con PCVs en el ensayo clínico. La selección para completar el tamaño de la muestra fue realizada de forma aleatoria. Resultaron incluidos 555 sujetos.

Se excluyeron del estudio los niños que recibieron tratamiento antibiótico siete días previos a la toma de muestra o que los padres no firmaron el consentimiento informado.

Los exudados nasofaríngeos (NF) fueron recogidos por el técnico de laboratorio del área de salud, previamente entrenado, se siguió el procedimiento establecido de insertar el hisopo en la parte posterior de la nasofaringe y girar antes de ser retirado.

El aislamiento de *S. pneumoniae* y la serotipificación fue realizada en el Laboratorio Nacional de Referencia de Neumococo del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (LNRN-IPK). La identificación de *S. pneumoniae* se basó en la presencia de α -hemólisis y la inhibición por optoquina¹⁴.

El tipo capsular o serotipo se determinó empleando la reacción de Neufeld-Quellung o reacción de hinchamiento capsular, utilizando el juego de reactivos Pneumotest (Statens Serum Institute, Copenhagen, Dinamarca)¹⁴.

Los serotipos se clasificaron en: a) serotipos vacunales incluidos en el candidato vacunal cubano contra neumococo (1, 5, 6B, 14, 18C, 19F y 23F); b) relacionados con la vacuna por posible reacción cruzada (6A y 19A); c) serotipos no vacunales, referido a los no incluidos en la formulación de dicho candidato vacunal; y d) aislamientos para los que no se podría asignar una cápsula se informaron como "sin serotipar" en el laboratorio de referencia.

Se aplicó una encuesta transversal a los padres o tutores legales para determinar las características sociodemográficas, enfermedades respiratorias asociadas a la infección por neumococo en el último año, últimos 30 días y últimos 7 días; los factores asociados a los cambios en la colonización nasofaríngea y el comportamiento de la Enfermedad Neumocócica Invasiva en los sujetos inmunizados durante el ensayo clínico. Los encuestadores fueron capacitados por la autora de la investigación y al final de cada día, todos los cuestionarios y registros fueron revisados detalladamente con el fin de asegurar la calidad de la información e identificar problemas en el registro de información.

El plan estadístico realizado para la interpretación de los resultados se basó en la utilización de medidas de frecuencia absoluta y relativa, por grupos de edades. Se utilizó la razón de prevalencia como medida de asociación. Los registros se incluyeron en una base de datos utilizando Microsoft Access versión 2007.

El protocolo de estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del IPK y de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, así como por el Consejo Científico Provincial.

Resultados

De 1 135 niños entre 1 a 5 años de edad vacunados en el ensayo clínico fase II/III, se incluyeron 555 (49%). En el estudio se demostró que existe una disminución evidente del estado de portador del neumococo después de la vacunación con PCVs (Tabla 1).

La diferencia porcentual al año, de la CNF pre y postvacunación, superó el 70 por ciento. Conjuntamente se evidenció un descenso en la frecuencia de los serotipos vacunales y los relacionados con la vacuna para ambos grupos etarios, ambos resultados con significación estadística.

Tabla 1. Cambios en la frecuencia de la CNF global y por tipo de serotipos de *Streptococcus pneumoniae* en niños vacunados con PCVs según grupo de edad

Grupo de edad	Prevalencia Global			Prevalencia por SV			Prevalencia de SR			Prevalencia de SNV		
	Pre n (%)	Post n (%)	Dif %* (p)	Pre n (%)	Post n (%)	Dif % (p)	Pre n (%)	Post n (%)	Dif % (p)	Pre n (%)	Post n (%)	Dif % (p)
12-23 meses N=293	69 (23,5)	34 (11,6)	50.7 (0.0004)	39 (13,31)	7 (2,4)	82.1 (<0.001)	14 (4,78)	11 (3,7)	21.4 (0.68)	13 (4,4)	12 (4,1)	7.7 (1)
2-5 años N=262	120 (45,8)	16 (6,1)	86.7 (<0.001)	58 (22,1)	5 (1,9)	91.4 (<0.001)	30 (11,4)	3 (1,1)	90 (<0.001)	18 (6,9)	6 (2,3)	66.7 (0.024)
Total (1-5 años) N=555	189 (34,0)	50 (9,0)	73.5 (<0.004)	97 (17,5)	12 (2,2)	87.6 (<0.001)	44 (7,9)	14 (2,5)	68.2 (<0.001)	31 (5,6)	18 (3,2)	41.9 (0.09)

La eliminación o adquisición de la CNF por neumococo puede estar influida por múltiples causas. En la Tabla 2, se muestra la asociación de algunos factores de riesgo sobre los cambios en el estado de portador una vez vacunados.

Cuando se analiza la convivencia con menores de cinco años, dormir con más de dos personas en la habitación y la exposición al humo del cigarro ayudó a la no eliminación del estado de portador.

Llama la atención, que tanto asistir a círculos infantiles o guarderías como la convivencia con mayores de 65 años, fueron factores de riesgo para la adquisición de la colonización nasofaríngea por neumococo, datos estos significativamente estadísticos

Tabla 2. Factores de riesgos y cambios de la CNF por serotipos de *Streptococcus pneumoniae* vacunales (SV) y relacionados (SR) en niños de uno a cinco años, vacunados con PCVs

Factores de Riesgo	Eliminación de la CNF				p	Adquisición de la CNF				p
	Elimina (+ a -) N=138		No elimina (+ a +) N=3			Adquisición (- a +) N=23		No Adquisición (- a -) N=391		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
				OR						
				IC.95%						

Lactancia materna exclusiva seis o más meses	60	43,5	2	66,7	0,58 2	0,39 0,01- 7,6	9	39,1	15 5	39,6	1	0,98 0,36-2,5
Hospitalización previa en el último año	14	10,1	0	0,0	1	-	2	8,7	13	3,3	0,200	2,75 0,28 13,4
Uso de antibiótico previo en los últimos 2 meses	36	26,1	0	0,0	0,56 63	-	9	39,1	10 0	25,6	0,139	1,97 0,72 5,16
Antecedentes de IRA en los últimos 30 días	23	16,7	0	0,0	1	-	3	13,0	11 5	29,4	0,178	1,88 0,63- 5,06
Hospitalización en el último año por alguna infección asociada a neumococo	3	2,2	0	0,0	1	-	0	0,0	1	0,2	1	-
IRA a repetición ≥4 episodios en 12 meses	10 4	75, 4	1	33,3	0,15 42	6,2 0,3- 374,3	18	78,3	28 5	72,9	0,307	2,16 0,61- 11,7
Asistir a guardería o CI (Institucionalización)	10 0	72, 5	2	66,7	1	1,31 0,02- 25,9	21	91,3	27 0	69,1	0,031 7	4,69 1,11- 41,9
Compartir habitación con más de 2 personas	37	26, 8	1	33,3	1	0,73 0,03- 44,4	4	17,4	97	24,8	0,617	0,64 0,15- 1,99
Exposición al humo del cigarro	45	32, 6	2	66,7	0,25 77	0,24 0-4,8	8	34,8	13 1	33,5	1	1,05 0,36-2,7
Convivir con <5 años	36	26, 1	2	66,7	0,17 68	0,18 0,0- 3,53	5	21,7	79	20,2	0,694	1,1 0,31- 3,19
Convivir con ≥65 años	17	12, 3	0	0,0	1	-	9	39,1	70	17,9	0,02	2,94 1,08-7,6
Antecedentes en el último mes Neumonía o Meningitis de algún conviviente del hogar	3	2,2	0	0,0	1	-	0	0,0	1	0,3	1	0 0- 656,21

Al interpretar los factores determinantes de la no eliminación de la CNF por neumococo después de la vacunación (Tabla 3), se evidenció que es aproximadamente tres veces superior la no eliminación del estado de portador en aquellos niños que conviven con mayores de 65 años y asisten a círculo infantil o guardería.

Tabla 3. Determinantes de la no eliminación de la colonización nasofaríngea post vacunación por serotipos de *Streptococcus pneumoniae* vacunales (SV) y relacionados (SR) en niños vacunados con PCVs.

Determinantes de la no eliminación de la CNF	OR (IC. 95%)	p
Edad	2.07 [0.84- 5.62]	0.107
Lactancia materna exclusiva seis o más meses	1.07 [0.43- 2.55]	1
Hospitalización previa en el último año	1.54483 [0.17-6.79]	0.6396
Uso de antibiótico previo en los últimos dos meses	1.58 [0.60- 3.91]	0.3529
Antecedentes de IRA en los últimos 30 días	1.65 [0.57- 4.24]	0.2998
Hospitalización en el último año por alguna infección asociada a neumococo	0 [0.00- 31.72]	1
IRA a repetición cuatro o más episodios en 12 meses	1.33 [0.47- 4.64]	0.8112
Asistir a guardería o CI (institucionalización)	3.29 [0.97- 17.35]	0.04656
Compartir habitación con más de dos personas	0.70 [0.20- 1.96]	0.644
Exposición al humo del cigarro	1.24 [0.49- 2.99]	0.6714
Convivir con menores de cinco años	1.32 [0.46- 3.39]	0.6268
Convivir con mayores de 65 años	2.68 [1.02- 6.61]	0.0291

Cuando analizamos la asociación de la vacunación antineumocócica con PCVs y la colonización nasofaríngea por serotipos vacunales y relacionados (Tabla 4), se observó una relación significativa entre ambas, quedando comprobado que la mayoría de los niños vacunados eliminan el estado de portador por estos serotipos, una vez administrada la vacuna. De los 141 niños colonizados preinmunización solo tres eran portadores de neumococo en la nasofaringe, un año después de la vacunación.

Tabla 4. Asociación entre la vacunación antineumocócica con PCVs y la colonización nasofaríngea por serotipos de *Streptococcus pneumoniae* vacunales (SV) y relacionados (SR) en niños de uno a cinco años de Cienfuegos.

Periodo de control (no vacunados) = Antes			
Periodo de exposición (vacunados) = Después	CNF x SV +		Total
	CNF x SV +SR	No CNF	
	3	23	26
	138	391	529
Total	141	414	555

OR-p: 0.1667 IC95%: (0.1072; 0.2592) Ph McNemar: 82.14 p<0.0001

Discusión

Desde la introducción de las vacunas conjugadas contra los neumococos en diferentes países, numerosos estudios se han publicado sobre la seguridad, inmunogenicidad y la eficacia, particularmente después de la introducción de la vacuna conjugada heptavalente. Estas investigaciones han demostrado una disminución evidente de las tasas de Enfermedad Neumocócica Invasiva y en el estado de portador nasofaríngeo por serotipos vacunales ^{10, 15}.

Existe referencia también, que en Estados Unidos disminuyó la incidencia de la enfermedad neumocócica con el uso rutinario de Prevnar 13®, reduciéndose además la colonización nasofaríngea por serotipos vacunales en los niños norteamericanos ¹⁶.

Estudios realizados sobre este tema sugieren, que la vacunación antineumocócica puede inducir protección cruzada sobre los serotipos relacionados ¹⁷.

Estos informes corroboran los resultados encontrados en esta investigación, donde se reporta que existió una disminución de la colonización nasofaríngea por neumococo a expensa de los serotipos incluidos en la vacuna, seguidos de los serotipos relacionados 6A y 19A.

En el caso particular de Cuba, la autora concidera que una vez introducida la vacuna antineumocócica heptavalente en el esquema nacional de inmunización, se debe mantener el seguimiento de los posibles cambios en la circulación de serotipos para el desarrollo de nuevas vacunas.

Clásicamente existen factores de riesgo que se han asociado a la colonización nasofaríngea que favorecen la no eliminación y la adquisición del estado de portador. La literatura reporta una serie de estudios donde la lactancia materna exclusiva constituye un factor protector para evitar la CNF pues contiene componenetes inmunológicos que influyen en la respuesta inmunitaria del organismo a los inmunógenos vacunales ¹⁸.

Diversos estudios han reportado que la colonización por neumococo muchas veces está precedida de una infección respiratoria de causa viral. Otros investigadores infieren, que tanto la edad, como el sexo, el hacinamiento, los productos de uso doméstico para cocinar y convivir con menores de cinco años fueron factores significativos para la CNF por neumococo ^{19, 20}.

Con los resultados obtenidos en esta investigación se confirma que la CNF por neumococo es un proceso dinámico, cambiante y por tanto, la autora opina que el establecimiento de los sistemas de vigilancia y seguimiento deben ir encaminados a la detección sistemática de los nuevos serotipos circulante de neumococo, con especial interés en los grupos de riesgo.

Varios artículos científicos²¹⁻²³ avalan que, aunque la nasofaringe de los niños es colonizada en el primer año de vida y la vacunación en los primeros meses resulta muy efectiva, también es una realidad que la efectividad de la vacunación antineumocócica en niños entre 1 y 5 años como población meta

reducirá la trasmisibilidad del neumococo y la carga de enfermedad, produciéndose efecto rebaño en el lactante y convivientes adultos.

Como ya se ha comentado, la introducción de la vacuna antineumocócica es una estrategia de impacto sobre la CNF.

Poder estudiar los cambios de la colonización NF por neumococo en los menores de cinco años resulta una contribución a la generación de la nueva evidencia científica que está construyendo nuestro país, basada en la combinación de estrategias metodológicas y diseños de estudios rigurosos y confiables, que pueden ser aplicados en la evaluación de otros productos y tecnologías en diferentes escenarios. La síntesis y valoración de todo el cuerpo de la evidencia integrada en el modelo de evaluación de PCV7-TT, permitirá la toma de decisiones por el sistema de salud para su introducción y uso.

Referencia bibliográficas

1. Hausdorff WP, Feikin DR, Klugman KP. Epidemiological differences among pneumococcal serotypes. *Lancet Infect Dis* 2005; 5; 83-93.
2. Picazo J, Ruiz J, Casado J, Giangaspro E, García de Miguel M, Hernández T, et al. Impact of the introduction of conjugate vaccines in the vaccination schedule on the incidence of pediatric invasive pneumococcal disease requiring hospitalization in Madrid 2007-2011. *Pediatr Infect Dis J* 2013; 32: 656-61.
3. Loo J, Conklin L, Fleming K, Knoll M, Park D, et.al. Systematic review of the indirect effect of pneumococcal conjugate vaccine dosing schedules on pneumococcal disease and colonization. *Pediatr Infect Dis J* 2014; 33 (2): 161-71.
4. Salleras L, Domínguez A, Izquierdo C. Epidemiología de la enfermedad neumocócica en el adulto. En: *La enfermedad neumocócica y su prevención. Caminando hacia el futuro*. Moraga Llop FA. 2010; 113-26.
5. Toledo ME, Casanova MF, Linares N, García D, Toraño G, Barcos I, Chávez DM, et.al. Prevalence of Pneumococcal Nasopharyngeal Carriage among children 2-18 months of age: Baseline Study Pre introduction of Pneumococcal Vaccination in Cuba. *Pediatr Infect Dis J*. 2017; 36 (1): 22-28
6. Diamantino-Miranda J, Isabel Aguiar S, Carrico JA, Melo-Cristino J, Ramirez M. Conjugate vaccine introduction in Portugal was followed by a decrease of serotype 6A and 6E but not of serotypes 6B and 6C. In: *Abstr 12th EuroPneumo.2015*, abstr P2.22.
7. Lee GM, Kleinman K, Pelton SI, Hanage W, Huang SS, Lakoma M, et al. Impact of 13-valent pneumococcal conjugate vaccination on *Streptococcus pneumoniae* carriage in young children in Massachusetts. *J Pediatr Infect Dis* 2014;3(1):23–32.
8. Ben-Shimol S, Greenberg D, Givon-Lavi N, Schlesinger Y, Somekh E, Aviner S, et al. Early impact of sequential introduction of 7-valent and 13-valent

pneumococcal conjugate vaccine on IPD in Israeli children <5 years: an active prospective nationwide surveillance. *Vaccine* 2014;32(27):3452–9.

9. Moore CE, Paul J, Foster D, Mahar SA, Griffiths D, Knox K, et al. Reduction of invasive pneumococcal disease 3 years after the introduction of the 13-valent conjugate vaccine in the Oxfordshire region of England. *J Infect Dis* 2014;210(7):1001–11.

10. Moore MR, Link-Gelles R, Schaffner W, Lynfield R, Lexau C, Bennett NM, et al. Effect of use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine in children on invasive pneumococcal disease in children and adults in the USA: analysis of multisite, population-based surveillance. *Lancet Infect Dis* 2015;15(3):301–9.

11. González N, Paredes B, Pérez S, Mirabal M, Rivero I, González C, et al. Safety and immunogenicity of Cuban antipneumococcal conjugate vaccine PCV7-TT in healthy adults. *MEDICC Review*. 2015;17(4):32-7.

12. Dotres CP, Puga R, Ricardo Y, Brono CR, Paredes B, Echemendía V, et al. Safety and preliminary immunogenicity of Cuban pneumococcal conjugate vaccine candidate in healthy children: A randomized phase I clinical trial. *Vaccine*. 2014; 32 (41): 5266-70.

13. Toledo ME, Casanova MF, Linares-Pérez N, et al. Prevalence of Pneumococcal Nasopharyngeal Carriage among Children 2-18 Months of Age: Baseline Study Pre Introduction of Pneumococcal Vaccination in Cuba. *Pediatr Infect Dis J*. 2017; 36 (1): 22-28.

14. World Health Organization & Centers for Disease Control and Prevention. Laboratory methods for the diagnosis of meningitis caused by *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, and *Haemophilus influenzae* [homepage en Internet]; WHO manual, 2011 [citado 12 de junio de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70765>.

15. Domínguez A, Ciruela P, Hernández S, García-García JJ, Soldevila N, Izquierdo C, et al. Effectiveness of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine in preventing invasive pneumococcal disease in children aged 7- 59 months. A matched case-control study. 2017, *PLoS ONE* 12 (8): e0183191. <https://doi.org/10.1371/> .

16. Richter SS, Diekema DJ, Heilmann KP, Dohrn CL, Riahi F, Doern GV. Changes in pneumococcal serotypes and antimicrobial resistance after introduction of the 13-valent conjugate vaccine in the United States. *Antimicrob Agents Chemother* 2014; 58: 6484-9

17. Cohen C, Von Mollendorf C, de Gouveia L, Lengana S, Meiring S, Quan V, et al. Effectiveness of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine against invasive pneumococcal disease in South African children: a case-control study. *Lancet Glob Health*. 2017; 5: 359-69. [https://doi.org/10.1016/S2214-09X\(17\)30043-8](https://doi.org/10.1016/S2214-09X(17)30043-8)

18. La Rosa D, Gómez E. Impacto de la lactancia materna en la vacunación infantil. *Rev Cubana Pediatr*. 2013; 85 (1): 45-50.

19. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000±15: an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals. *Lancet*. 2016; 388: 3027-35. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8).
20. Menezes APO, Azevedo J, Leite MC, Campos LC, Cunha M, Carvalho MGS, et al. Nasopharyngeal carriage of *Streptococcus pneumoniae* among children in an urban setting in Brazil prior to PCV10 introduction. *Vaccine* 2016; 34: 791–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.12.042>.
21. Knol, M. J. et al. Invasive pneumococcal disease 3 years after introduction of 10-valent pneumococcal conjugate vaccine, the Netherlands. *Emerg Infect Dis* 2015; 21, 2040–2044.
22. Desai, A. Decline in Pneumococcal Nasopharyngeal Carriage of Vaccine Serotypes after the Introduction of the 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Children in Atlanta, Georgia. *Pediatr. Infect. Dis. J* 2015; 34, 1168–1174.
23. Principi, N. et al. Oropharyngeal and nasopharyngeal sampling for the detection of adolescent *Streptococcus pneumoniae* carriers. *J. Med. Microbiol* 2014; 63, 393–8.

EL CÁNCER DE PULMÓN EN MUJERES, UNA EPIDEMIA MUNDIAL.

Autores:

Dra. Dayana Calzada Urquiola, ourquiola@ucf.edu.cu, Hospital Clínico-Quirúrgico Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, Especialista en Primer Grado en Oncología, Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Dra. Yanara Calzada Urquiola, ourquiola@ucf.edu.cu, Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil, Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Dra. Ana Lourdes Vazallo, ana.vasallo@gal.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oncología.

Dra. Maylin Jiménez Abrahan, maylin.jimenez@gal.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oncología, Profesor Instructor.

Dra. Yoana Herrera Leyva, yoana.herrera@gal.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oncología, Profesor Instructor.

Dra. Rafaela MayelinEspin Coto, rmespinc@infomed.sld.cu, Hospital Celestino Hernández Robau, Cuba, Máster en Atención Integral al Niño, Especialista en Primer Grado en Oncología Clínica, Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

RESUMEN

El cáncer de pulmón es la causa más común de muerte por cáncer tanto en hombres como mujeres, siendo mayor su incidencia en estos primeros, no obstante, en los últimos años se ha observado un aumento considerable del diagnóstico en mujeres, por lo que el propósito del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica para determinar los diferentes factores que distinguen el cáncer de pulmón en el sexo femenino. Durante el estudio se realiza una amplia revisión documental que permite obtener como resultados fundamentales que entre los factores que diferencian el cáncer de pulmón en mujeres se encuentran los hormonales, la histología, factores genéticos y el tabaquismo.

Palabras claves: cáncer de pulmón, mujeres, tabaquismo, genético

INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer presenta aspectos propios para cada género y tradicionalmente ha motivado al análisis diferenciado de forma sistemática en todas las publicaciones sobre el tema, así como la necesidad de evaluar las tendencias de cada tumor con análisis específicos según sexo y frecuencia de los distintos tipos de cáncer.¹

La mortalidad por cáncer de pulmón entre la mujeres aumentó un 4.4% anual entre 1997 y 2013 en España. A pesar de que la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón entre sexos es todavía muy dispar, siendo mayor entre los hombres (22 455 casos en los hombres y 5 404 casos en las mujeres), la tendencia entre los hombres disminuye y aumenta entre las mujeres.²

Datos epidemiológicos muestran que la mayor tasa de mortalidad en mujeres la encontramos en América del Norte siendo 2.7 veces mayor a la reportada en Europa y 3.7 veces mayor que en Centro y Sudamérica.¹ La relación de aparición del cáncer de pulmón en hombres y mujeres también varía entre los países de América Latina. En México, la relación estimada es de 2:1, en Costa Rica de 1.8:1 (cercana a la de mujeres blancas de Estados Unidos [1.8:1]); mientras que en Cuba y Colombia es de 2.2:1 y 2.0:1, respectivamente.³

Según el Dr. José M.^a Martínez-Sánchez, investigador principal del estudio: “El aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres puede ser explicado por la epidemia del tabaquismo en España, porque han pasado alrededor de 40 años desde que la prevalencia de consumo de tabaco en mujeres empezó a emerger a finales de los setenta y no dejó de aumentar hasta el año 1995. Por esta razón, en España, desde 2001 el porcentaje de muertes atribuibles al tabaco está decreciendo en hombres y aumentando en mujeres”.²

Teniendo en cuenta el incremento en la incidencia del cáncer de pulmón en mujeres con el presente trabajo nos proponemos analizar los diferentes factores que distinguen el cáncer de pulmón en el sexo femenino.

Epidemiología

A escala mundial el cáncer de pulmón ocupa el primer lugar en la incidencia, con una tasa ajustada a la población estándar mundial (TAM) de 34.2 por cien mil habitantes y en el sexo femenino, ocupa el cuarto lugar con una TAM de 13.6 por cien mil habitantes. El número de casos nuevos reportados para ambos sexos es de 1 millón 824 mil 701 casos observándose un incrementado en un 51% desde 1985, 44% en hombres y 76% en mujeres. En el caso del hombre, este incremento es debido exclusivamente al aumento y envejecimiento de la población, ya que cuando la incidencia se ajusta por edad, puede haber un retroceso leve del 3,3%.³

La eficacia de la lucha anti tabáquica a escala mundial se ha traducido en una disminución de la incidencia y la mortalidad en el sexo masculino, por el contrario, en las mujeres puede haber un aumento del 22%, y no se espera que este ascenso alcance una meseta antes del año 2030. En EE.UU. se diagnostican más de 80.000 mujeres/año con cáncer de pulmón y su mortalidad ya es superior a la del cáncer de mama, ovario y útero combinados, por lo que se habla de una epidemia.³

Con relación a la mortalidad en el año 2012 el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte en el mundo para el sexo masculino y la segunda para el sexo femenino. El número de fallecidos por esta causa para ambos sexos fue de 1 millón 589 mil 925 casos.¹

En Cuba según el Anuario Estadístico de Salud 2017, en el año 2014 se reportaron 5 mil 489 casos nuevos de cáncer de pulmón, de los cuales 3467 correspondieron al sexo masculino y 2022 al sexo femenino, estimándose que para el año 2030 se incrementa esta cifra a 9 mil 804 casos nuevos. Constituye la primera causa de muerte para ambos sexos, con una tasa de 64.6 por cien mil habitantes para el masculino y 37.3 por cien mil habitantes para el femenino.⁴

A pesar de que en el mundo y en Cuba el cáncer de pulmón es más frecuente en hombres que en mujeres es importante considerar el hecho de que esta entidad en la mujer tiene algunas características biológicas propias. Este fenómeno se ha intentado explicar por varias hipótesis: puede haber variaciones en polimorfismos de genes relacionados con el efecto carcinógeno del tabaco, los estrógenos circulantes y la expresión de receptores pueden tener influencia en el desarrollo de adenocarcinomas. Por otra parte, la frecuencia de mutaciones del EGFR, que se ha asociado con una mayor respuesta al tratamiento con inhibidores del EGFR es mucho mayor en mujeres y podría traducir un tipo de cáncer de pulmón de comportamiento biológico diferente.⁵

Comportamiento histológico

Es bien conocido que la histología del cáncer pulmonar ha variado a través de los años y especialmente esto se ha reflejado en un descenso en la proporción del carcinoma escamoso y aumento en la incidencia de adenocarcinoma. El cáncer de pulmón de células pequeñas representa entre el 17 y 34% entre mujeres, en contraste al 15 y 20% en hombres.⁶ Por el contrario, en el cáncer de pulmón de células no pequeñas el adenocarcinoma es el subtipo histológico más frecuente en hombres y mujeres, pero desde 1960 el porcentaje de adenocarcinoma entre mujeres es mayor que el de los hombres y promedia desde un 20% hasta un 60%. Adicionalmente el subtipo bronquioloalveolar de adenocarcinoma es de dos a cuatro veces más común entre mujeres, particularmente no fumadoras, en comparación a hombres constituyendo el 3.6% de los casos.⁷

Tabaquismo.

El tabaco puede contribuir a la aparición del 85-90% de los casos de cáncer de pulmón en hombres y del 50-80% de los casos en mujeres, y constituye un grave problema de salud pública. A pesar del descenso del número de fumadores, todavía un 31% de la población europea fuma. Especialmente preocupante es el aumento progresivo del tabaquismo en el sexo femenino, lo que explica el aumento de incidencia del cáncer de pulmón en la mujer, lo que ha llevado a superar en Norteamérica al cáncer de mama en cuanto a mortalidad.⁵

La tardía incorporación de la mujer al hábito tabáquico justifica este aumento en la incidencia y su diagnóstico en edades más tempranas sugiere que la población femenina tiene una mayor susceptibilidad a los carcinógenos del tabaco. Según Rosario García Campelo, oncólogo médico del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de

Oncología Médica (SEOM), “la elevada incidencia, asociada al pronóstico adverso de este tumor y a su elevada mortalidad, ha hecho que por primera vez en Europa, en el año 2015, la mortalidad por cáncer de pulmón en población femenina vaya a superar la de mama”.⁸

En un intento por explicar algunas diferencias de sensibilidad de género, se ha mencionado que las mujeres con cáncer de pulmón de forma consistente tienden a ser mucho más jóvenes, tienen un promedio más bajo de tabaquismo (31 versus 52 paquetes/año), la frecuencia de no fumadoras es mayor y desarrollan más adenocarcinomas.⁹

La nicotina es el principal constituyente adictivo del tabaco y desempeña un papel crítico en establecer y mantener la adicción. En humanos, la principal vía metabólica de descomposición de nicotina es a través de las isoformas del citocromo P450 (CYP2A6 y CYP2B6) ya que catalizan la C-oxidación de nicotina a través del aldehído oxidasa para producir cotinina.⁹

Diferencias en el metabolismo de nicotina entre hombres y mujeres y/o diferentes grupos raciales han sido asociadas a la actividad de CYP2A6. Esta vía es aún más sugestiva si se considera que la expresión CYP2A6 es inducida por el estradiol a través de receptor de estrógeno. Así, es posible considerar una interacción en la que la sobreestimulación hormonal induce enzimas en el metabolismo del estradiol incluyendo CYP2A6.¹⁰

También, como parte del metabolismo del humo del tabaco se producen carcinógenos como los hidrocarburos aromáticos policíclicos (PAH) y las nitrosaminas, mismos que ejercen sus efectos biológicos a través de la formación de aductos de ADN (fragmento de ADN unido covalentemente a un compuesto químico), y otras mutaciones genéticas en las células del epitelio pulmonar.¹¹

Dentro de las diferencias de sexo podemos mencionar que de acuerdo a la dosis de tabaquismo, los niveles de aductos de ADN son frecuentemente mayores en mujeres que en hombres con cáncer de pulmón. Esta observación hace pensar que las mujeres expuestas a mayores niveles de carcinógenos que los hombres, pueden tener un mayor riesgo de cáncer inducido por tabaco.¹¹

Factores genéticos

En la carcinogénesis del cáncer de pulmón se han postulado diferentes aberraciones genéticas, cambios epigenéticos y carcinógenos ambientales. Se considera que segmentos anormales del ADN son importantes en la tumorigénesis pulmonar y esto depende del balance entre los grados de oxidación y los componentes carcinogénicos en fumadores de tabaco, la capacidad de reparación del ADN y los grados de detoxificación de los productos de la vía de conjugación.¹²

Estos segmentos anormales de ADN han sido encontrados en niveles elevados en mujeres fumadoras comparado con hombres de la misma categoría en número de paquetes de cigarrillos consumidos al año.¹²

La extensión de daño al ADN depende de la capacidad del sistema enzimático de reparación, por lo que una disminución de este sistema se ha asociado con mayor riesgo de cáncer de pulmón. En las mujeres, se han encontrado evidencias de

alteraciones en actividad del sistema de reparación de ADN respecto a los hombres. Por ejemplo, durante la posmenopausia las mujeres tienden a presentar una disminución en los sistemas de reparación; sin embargo, el tratamiento a base de estrógenos parece aumentar su actividad.³

Otra de las alteraciones genéticas descritas en cáncer de pulmón son las mutaciones y alteraciones en el gen p53 que resultan ser los eventos más frecuentemente observados. Los registros muestran que en el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CCNP) las mutaciones en p53 se presentan al menos en el 50% de los casos, pero alcanzan más de un 70% en el cáncer de pulmón de células pequeñas. Asimismo, la frecuencia de mutaciones en p53 es mayor en mujeres con CCNP que entre los hombres con el mismo tumor, lo cual ha sugerido el porqué la actividad de fumar se correlaciona estrechamente con la frecuencia de mutaciones en p53.¹²

Un equipo internacional de científicos identificó tres regiones genéticas asociadas con un mayor riesgo de cáncer de pulmón en mujeres asiáticas que nunca habían fumado. Estos hallazgos proporcionan más pruebas de que el riesgo de cáncer de pulmón en las personas que nunca han fumado, sobre todo entre las mujeres asiáticas, podría estar asociado con características genéticas específicas que lo distinguen del cáncer del pulmón en fumadores.¹³

Dichos investigadores determinaron que las variaciones en tres ubicaciones del genoma (dos en el cromosoma 6 y una en el cromosoma 10) se asociaron con el cáncer de pulmón en las mujeres asiáticas que nunca habían fumado.¹³

Hormonas y cáncer de pulmón en mujeres.

El papel de las hormonas en particular los estrógenos como factor de riesgo es otra área importante de investigación en el cáncer de pulmón. Y es que si bien, los estrógenos son conocidos por ser un factor de riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma de mama, ovario y endometrio, algunas observaciones sugieren que éstos pueden estar involucrados en la carcinogénesis del pulmón, ya sea a través de la activación de la proliferación celular, mediante una acción indirecta sobre los fibroblastos o a través de la activación metabólica de intermediarios que producen aductos en el ADN y causan un daño o por estrés oxidativo.¹⁴

Las mujeres son más susceptibles a presentar receptores de estrógenos que los hombres, esta diferencia podría contribuir a explicar parcialmente las diferencias en la progresión de la enfermedad y la respuesta a la terapia entre ambos sexos.¹⁴

Estos receptores de estrógeno citoplasmáticos pueden activar el EGFR y a la familia fosforil-inositol (PI)-3 kinasa estimulando la proliferación celular y su crecimiento, además, se postula que estas interacciones pueden causar una activación independiente del receptor de estrógenos.¹³

Los estrógenos exógenos también pueden estar ligados como posibles causas del desarrollo de cáncer de pulmón en mujeres. A la fecha, el rol exacto de los estrógenos en la formación del cáncer pulmonar continúa en investigación, sin embargo, se ha encontrado que actúan en la regulación genética y en la modulación de la expresión de las vías enzimáticas del anillo hidrocarburo policíclico y otras señales en las vías de transducción de señales.¹⁴

CONCLUSIONES

El estudio realizado permite concluir que son varios los factores que diferencian el cáncer de pulmón en mujeres y hombres, estos son los factores hormonales, específicamente los estrógenos; factores genéticos; la acción del tabaco con la nicotina como principal carcinógeno y desde el punto de vista histológico el predominio del Adenocarcinoma en el cáncer de pulmón de células no pequeñas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de cáncer de pulmón acciones para su control. 2016. Grupo Nacional de Oncología. Versión Digital.
2. Reyes González ME. La mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres aumentó un 4.4% anual entre 1994 y 2013. [Internet]. Cuba. febrero 17, 2016 [Citado 12 Abril 2018]. Disponible en: www.infomed.cu/problemas de salud.
3. Mora-Moreno AK, Barrera-Rodríguez R. Mujeres y el cáncer de pulmón. *NeumolCirTorax*, Vol. 72, No. 3, Julio-septiembre 2013.
4. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017. Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2017.
5. Cortés-Funes H, Trigo JM, y Colomer R. Cáncer de pulmón de células no pequeñas. En: *Tratado de Oncología Clínica*. Tomo I. Madrid: SEOM; 2010.
6. Vincent RG, Pickren JW, Lane WW, et al. The changing histopathology of lung cancer: a review of 1682 cases. *Cáncer*1977;39:1647-1655.
7. Cancer Incidence in Five Continents. Age-standardized incidence rates, four-digit rubrics, and age-standardized and cumulative incidence rates, three-digit rubrics. *IARC SciPubl*1992;120:871-1011.
8. Ramírez Vázquez H. La incidencia del cáncer de pulmón continúa en ascenso. [Internet]. Cuba. diciembre, 2015. [Citado 12 Abril 2018]. Disponible en: www.infomed.cu/problemas de salud.
9. Subramanian J, Govindan R. Lung cancer in never smokers: a review. *J ClinOncol*2007;25:561-570.
10. Couraud S, Zalcman G, Milleron B, Morin F, Souquet PJ. Lung cancer in never smokers--a review. *Eur J Cancer* 2012;48:1299-1311.
11. Emminki K, Koskinen M, Rajaniemi H, Zhao C. DNA adducts, mutations, and cancer 2000. *RegulToxicolPharmacol*2000;32:264-275.
12. Farias Mayra A¹, Ruez Luis E. Factores asociados a cáncer de pulmón en mujeres. *RevMedHered* 19, 2008.
13. Oliva Roselló MT. Científicos hallan diferencias genéticas en los no fumadores con cáncer de pulmón. [Internet]. Cuba. noviembre, 2012. [Citado 12 Abril 2018]. Disponible en: www.infomed.cu/problemas de salud.
14. Stabile LP, Davis AL, Gubish CT, et al. Human non-small cell lung tumors and cells derived from normal lung express both estrogen receptor alpha and beta and show biological responses to estrogen. *Cancer Res* 2002; 62:2141-2150.69. Brinton LA, Gi

Título- El Impacto Social de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Autores:

Dra. Anay de la Caridad Núñez Herrera – Esp 1er grado MGI. Profesora Asistente. Master en Enf Infecciosas

Dra. Ana Teresa Fernández Vidal – Esp. MGI – Esp. 1er y 2do Grado en MGI. Master en Educación Médica y en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar del Dpto. MGI y e Investigador Auxiliar- FCMC

Dra. Anabel Geroy Fernández- Esp 1er grado MGI. Profesor Instructor Dpto. MGI- FCMC

Resumen

El Sistema de Evaluación y Acreditación es uno de los procedimientos de la educación superior más extendido en el mundo y su objetivo fundamental es la elevación continua de la calidad en cada uno de los elementos que componen el proceso, la Junta de Acreditación Nacional (JAN), creada a instancias del Ministerio de Educación Superior (MES) cuenta con una agencia rectora de la evaluación y acreditación de programas e instituciones en Cuba, se desarrolla el trabajo con el propósito de exponer el comportamiento de la variable impacto social en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, para ello se enfatiza en identificar las fortalezas y debilidades relacionadas con los actores del proceso como elemento determinante para lograr resultados en la acreditación como un proceso sistémico, de esta forma se garantiza y facilita la toma de decisiones. Los resultados presentan un nuevo reto a cumplir ante cada debilidad no resuelta, para ello la institución cuenta con un importante número de profesionales que avanzan comprometidos con un desafío que logrará concretarse con una re acreditación triunfante para años venideros.

I. INTRODUCCIÓN

Al escuchar la palabra impacto rápidamente somos capaces de reflexionar sobre una acción o actividad premeditada para lograr un efecto o consecuencia deseado, sin embargo estamos conscientes que este efecto puede lograrse o no. Motivados ante la interrogante de: ¿logra a través de su misión un verdadero impacto social la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos? , decidimos luego de analizar la variable impacto social para la acreditación institucional exponer algunos puntos de vista.

Un elemento interesante es señalar que la evaluación y acreditación de la calidad universitaria constituye una práctica consolidada en países como Estados Unidos, sin embargo no se comporta de manera similar en el resto del mundo.⁽¹⁾ Los países europeos y latinoamericanos utilizan este instrumento desde hace relativamente pocos años; y los asiáticos lo incorporan a finales de los años noventa.

Constituye un reto en la actualidad la acreditación de la calidad en las diferentes universidades, de manera tal que asegure adecuados estándares de en sus programas de pre y postgrado, es meritorio señalar que el proceso continuo de acreditación y reacreditación de carreras ha contribuido a garantizar la calidad de los procesos docentes-asistenciales-investigativos, elemento este que ha sido expuesto por otros autores,^(2,3) además ha propiciado el desarrollo cualitativo institucional. En el caso que nos ocupa, la Universidad de Ciencias Médicas es el contexto donde se realiza la formación integral y el perfeccionamiento de los recursos humanos para el

Sistema Nacional de Salud de Cuba y para otros países, siempre con el propósito de garantizar egresados con un desempeño adecuado, capaces de proporcionar satisfacción entre los miembros de la comunidad por los servicios prestados.

El Sistema de Evaluación y Acreditación es uno de los procedimientos de la educación superior más extendido en el mundo y como se señala anteriormente su objetivo fundamental es la elevación continua de la calidad en cada uno de los elementos que componen el proceso, para su evaluación es necesario la recopilación sistemática de datos y estadísticas relativas a la calidad de la gestión y la emisión de un juicio de valor o diagnóstico tanto para las instituciones como para sus programas académicos a partir del análisis de sus componentes, procesos y resultados, con el objetivo de alcanzar una mejora continua en el ámbito universitario. Los autores se suman al criterio de otros que sustentan que para el desarrollo de esta evaluación es necesario tomar en cuenta el contexto y las necesidades particulares de la educación superior en cada país, además que este sistema constituye un proceso abierto al mundo profesional y productivo pero diseñado y conducido por representantes del mundo académico.⁽⁴⁾ Los criterios expuestos traducen un incremento del grado de responsabilidad de todos los actores involucrados con miras a lograr el reconocimiento y la equivalencia internacional de estudios y títulos universitarios

Puede evidenciarse que en la actualidad a nivel internacional y regional, se han creado organizaciones, redes u otros proyectos de integración que promulgan la calidad de programas e instituciones educativas, estas incluyen en su agenda acciones de evaluación y certificación o brindan aportes financieros para dicho encargo, sin embargo se reafirma por la Junta de Acreditación nacional cubana que la concepción y la práctica de la evaluación en educación está íntimamente relacionada con el desarrollo del concepto de "calidad".⁽⁵⁾

La denominación de Junta de Acreditación Nacional (JAN), creada en Cuba en el 2000 a instancias del Ministerio de Educación Superior (MES) también cuenta con una agencia rectora de la evaluación y acreditación de programas e instituciones de la educación superior que responde a la necesidad de una nueva conceptualización de la evaluación y la acreditación de la calidad y un nuevo estilo de trabajo con el objetivo de promover la cultura por la mejora continua de la calidad y el perfeccionamiento en el ámbito educativo. Es decir, la Junta de Acreditación Nacional formula, promueve, conduce, aplica y verifica la política de evaluación y acreditación para la Educación Superior del país.⁽⁵⁾

La universidad actual se encuentra frente al desafío de insertarse en un mundo complejo, con nuevas exigencias de profesionalismo y competencias emergentes asociadas a la sociedad del conocimiento⁽³⁾, sin embargo existen elementos que sustentan el desafío ya que todo ello redundará en beneficio del estudiantado y de la sociedad en su conjunto, pues este proceso contribuye a garantizar que existan las condiciones mínimas para el desarrollo de las carreras y la posterior confiabilidad de los egresados en su ejercicio profesional.

Para presentar la variable que nos corresponde "El Impacto Social de la Universidad" es determinante señalar que la misma se condiciona por la calidad del graduado en su preparación teórica y práctica, para ello se hace necesario el diseño

de estrategias de educación postgraduada en respuesta a las necesidades territoriales⁽²⁾, la garantía de cumplimiento de los planes de desarrollo científico según las necesidades locales en función de la obtención de maestrías y doctorados con las necesidades territoriales, además es necesario tener en cuenta la calidad de la labor comunitaria, valorando el grado de vinculación y satisfacción con los problemas principales del territorio, otro elemento a considerar es el impacto del trabajo de investigación y postgrado en lo económico y social, en lo político, cultural y deportivo del centro universitario en el territorio, evidenciados por los resultados obtenidos con los proyectos de Ciencia e Investigación Tecnológica, por los resultados de las evaluaciones recibidas, los premios y reconocimientos a la Institución y claustro, además por la imagen internacional, nacional y territorial de la universidad. La calidad de los servicios debe considerarse como primordial y se expresa por la valoración que tiene la comunidad universitaria de los diferentes servicios que brinda la universidad y por la valoración que expresen los pacientes, usuarios y de la comunidad en la cual está ubicada la institución, con respecto a los servicios que reciben.⁽⁶⁾

Un elemento determinante para lograr resultados en la acreditación como un proceso sistémico es el lograr identificar las fortalezas y debilidades relacionadas con los actores del proceso, pues de esta forma se garantiza y facilita la toma de decisiones.

La Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, que actualmente cuenta con dos carreras acreditadas, la carrera de medicina certificada y la estomatología como carrera de excelencia, además desde la formación en el postgrado se encuentran autorizadas 47 especialidades y se desarrollan tres maestrías: Psicología de la Salud, la cual opta la categoría de maestría de excelencia en coordinación con el programa de ENSAP, la misma se encuentra en su segunda edición, la Maestría Educación Médica, en este momento en su primera edición como Maestría Certificada de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana autorizado por COPEC y MES, la Maestría Economía de la Salud, en su primera edición ostenta la condición de maestría de excelencia en coordinación con programa de ENSAP, es de señalar que un grupo de profesionales de la Universidad de Ciencias Médicas cursan diferentes maestrías en la Universidad Carlos Rafael Rodríguez del territorio

Para analizar la variable impacto social en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, se inicia con las fortalezas identificadas: en el proceso docente educativo se presenta la satisfacción por parte de los estudiantes y egresados de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, en torno al proceso de formación del cual han sido usuarios, el impacto en la calidad de vida de la población que se acompaña del reconocimiento de las autoridades del territorio a la labor que realizan los profesores en el desarrollo de programas y proyectos que tributan al logro de importantes indicadores de salud, la participación activa de estudiantes en su proceso formativo con alto compromiso, incondicionalidad y elevada vinculación a las tareas de impacto social, político, cultural y deportivo, además se reconoce que el sistema universitario de gestión de la ciencia y la innovación tecnológica ha transformado la actividad científica del territorio, lo que se evidencia en la presencia de dos revistas científicas digitales. "Medisur y Finlay", la introducción de la tecnología Open Journal System (OJS), para la gestión del proceso editorial de las revistas científicas fundamentalmente en las de las ciencias médicas, así como el

diseño de nuevas herramientas, el intercambio internacional con profesionales de revistas científicas de alto impacto como New England Journal Medicine y Nature Medicine, es una realidad la fortaleza en el trabajo de la Red de Portales en Salud, como espacios de comunicación para el Sistema Nacional de Salud, además la provincia cuenta con un centro de colaboración OPS-OMS con más de una década de experiencia en el intercambio científico y en la actuación directa sobre el estado de salud de la población en los ámbitos nacional e internacional, otro elemento para sustentar las fortalezas está dado por los reconocimientos nacionales e internacionales en la formación de médicos procedentes de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), el Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos (NPFML) y el Programa de Casas de Familia.

La existencia de proyectos de intervención comunitaria en función de la solución a los problemas de salud del territorio, condiciona un acercamiento de la academia a la comunidad, estos elementos fortifican la respuesta al encargo social de la universidad, unidos todos estos elementos a un fuerte intercambio interuniversitario con la comunidad internacional en los ámbitos de la formación y la investigación, estos intercambios se incrementan cada día, en respuesta a necesidad de unir voluntades y esfuerzos para garantizar las conquistas sociales obtenidas.

Para los autores constituye una reafirmación señalar que a través de indicadores de salud sería una de las formas más objetivas de evaluar las consecuencias tanto positivas como negativas de las intervenciones planeadas, al mismo tiempo apoyan el criterio de otros autores al señalar que la evaluación del impacto social trata de establecer la repercusión en la población del desempeño de los profesionales egresados y el reconocimiento social de tal repercusión en la transformación del entorno. Sin embargo, el desempeño profesional y su impacto social son fenómenos complejos, multifacéticos y multicausales, por lo que su medición directa resulta muy complicada.⁽⁷⁾

Es en este contexto donde prevalece el papel de la extensión universitaria como una importante función social y un proceso formativo integrador de los vínculos universidad-sociedad, o sea, entre las diversas formas de la cultura universitaria y su entorno comunitario, regional, nacional e internacional. Lo destacado inicialmente admite la necesidad de un desarrollo continuo de las acciones de la extensión universitaria y sostiene lo expuesto en otras publicaciones al declarar el rol vital de la misma en la formación de una sociedad preparada para asimilar los diferentes escenarios y vivir a la altura de su época, contribuyendo a transformarla.⁽⁸⁾

Los referentes planteados tienen una antesala y es por ello que es ineludible para acercarnos al término de extensión universitaria evocar que a partir de la creación de la Unión de Universidades de América Latina en 1949 se asume que la Universidad es una institución al servicio de la comunidad, cuya existencia es aceptable siempre que cumpla una acción continua de carácter social educativa y cultural, acercándose a todos los sectores de la sociedad para estudiar sus problemas, ayudar a resolverlos y orientar adecuadamente los esfuerzos colectivos.⁽⁹⁾ Ante estas concepciones es trascendental considerar que la proyección extensionista de la universidad, se manifiesta través de sus cátedras, en el trabajo conjunto con la Radio y la Televisión en el territorio, en cada una de las acciones donde logra exhibir diferentes acciones de promoción y prevención de salud, estas

evidencias patentizan que la salud de nuestros pueblos rebasa cualquier otra prioridad particular, por muy importante que ella sea y se reafirma una vez más lo expresado en La Habana, en la UDUAL, 1991 "es necesario que la universidad pase de una vez por todas del discurso a la acción, asumiendo su rol en el mejoramiento de la salud de la población".⁽⁷⁾

Se reconoce como fortaleza para el impacto social en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos la presencia de premios y reconocimientos internacionales, nacionales y territoriales, recibidos por trabajadores y estudiantes en los últimos cinco años, tanto individuales como colectivos, es de considerar que estos reconocimientos responden a la necesaria y adecuada estrategia institucional que ha redefinido los objetivos, esfuerzos y acciones, del potencial científico, tecnológico y humano en direcciones estratégicas para actuar de manera priorizada en los diferentes niveles de intervención: promoción, prevención, curación y rehabilitación, esta política responde a una adecuada potencialización del postgrado y la ciencia y la técnica los cuales indudablemente se convierten en espacios estratégicos del sistema de desarrollo de recursos humanos en salud en Cuba; considerada la educación médica como un *continuum* en el que se eliminan las brechas entre pregrado, especialización y educación permanente.

La Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos a pesar de haber mantenido un trabajo adecuado en la ubicación del graduado de pregrado y garantizar las actividades relacionadas con la familiarización y la educación permanente en torno a los programas y directrices de la Atención Primaria de Salud y referente a las diferentes especialidades de la Atención Secundaria de Salud, mantiene como debilidad un insuficiente seguimiento al egresado de la actividad formativa que oferta la Universidad en su postgrado, así como la inexistencia anterior de una metodología o equivalente para la determinación del impacto, lo cual no permite evaluar con profundidad esta variable.

Actualmente se diseña una metodología para la evaluación de los procesos formativos de maestrías y especialidades básicas que se desempeñan fundamentalmente en las comunidades.

Un aspecto a considerar lo constituye el no cumplimiento en años anteriores de la estrategia de formación doctoral, lo que limita la visualización del impacto de la institución, sin embargo es de señalar los avances obtenidos por la universidad. En estos momentos se encuentra diseñada y aprobada una estrategia adecuada y contextualizada en la que se despliegan una serie de acciones que permiten perfeccionar el proceso, las mismas se desarrollan en coordinación con Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y con la UCM de Cienfuegos como centro colaborador, un elemento de relevancia está dado al ratificar que la estrategia se desarrolla de acuerdo con Programas Autorizados por la Comisión Nacional de Grados Científicos de la República de Cuba en Ciencias de la Educación Médicas, Ciencias de la Enfermería y Ciencias Estomatológicas. La misma logra reorganizar el proceso de formación, con un marco más institucional y en la actualidad la academia cuenta con más de una centena de aspirantes con concepciones claras para concluir este proceso de formación que concibe como eje común la metodología de la Investigación, logra la planificación de cursos y talleres en correspondencia a la marcha del proceso de investigación con un claustro formado

por Doctores de la UCM de Cienfuegos y en coordinación colaborativa con el CEDDES de la Universidad de Cienfuegos y además se conciben cursos transversales relacionados con la preparación para el examen de Mínimo de Idioma Inglés y Mínimo de CTS, cursos que se imparten al grupo matriculado por profesores de nuestra Universidad de Ciencias Médicas del Departamento de Filosofía y Profesores de Inglés de la Universidad de Cienfuegos.

Los resultados de la estrategia de formación doctoral de la universidad de ciencias médicas ha contribuido positivamente a que los aspirantes sientan un apoyo institucional para su proceso de formación, a que se realicen discusiones de alto nivel científico y metodológico en las sesiones de trabajo, que se desarrollen exitosamente los cursos trasversales que favorecen al progreso de las diferentes acciones correspondientes a este proceso como son mínimos de especialidad, exámenes CTS, e idioma, así como la aprobación por CITMA de los proyectos de investigación .

Relacionado con la debilidad declarada por el bajo índice de participación en eventos nacionales e internacionales y de publicaciones en revistas de los grupos 1-2 y en revistas de los grupos 3-4, se ha trabajado y se obtienen avances aunque es importante señalar que estos avances no están en correspondencia con lo esperado en correspondencia al potencial científico con que cuenta la universidad actualmente.

Al revisar la variable impacto social se expone un nuevo reto, reto que la Universidad de Ciencias Médicas debe cumplimentar, para ello la institución cuenta con un importante número de profesionales que avanzan comprometidos con un desafío que logrará concretarse con una re acreditación triunfante para años venideros.

Conclusiones:

La variable impacto social en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos exhibe elementos que contribuyen a declarar un impacto positivo, dentro de los elementos cruciales se plantean: la satisfacción por parte de los estudiantes y egresados en torno al proceso de formación, desarrollo de programas y proyectos locales en función de la solución a los problemas de salud, con el compromiso y la participación comunitaria, se aprecia una fuerte proyección extensionista de la universidad, presencia de premios y reconocimientos internacionales, nacionales y territoriales.

La Universidad tiene el compromiso de trabajar en el seguimiento al egresado de la actividad formativa en su postgrado, además de mantener el cumplimiento de la estrategia doctoral diseñada, de avanzar en la participación en eventos nacionales e internacionales y en elevar el índice de publicaciones en correspondencia con el potencial científico de la universidad.

Los resultados del análisis nos presentan un nuevo reto a cometer ante cada debilidad no resuelta, para ello la institución cuenta con un importante número de profesionales que avanzan comprometidos con un desafío que logrará concretarse con una re acreditación triunfante para años venideros.

Bibliografía

1. Tünnermann Bernheim C. La calidad de la educación superior y su acreditación: la experiencia centroamericana. Avaliação (Campinas) [Internet]. 2008 Jun [citado 12

- Ene 2018]; 13(2): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772008000200005
2. Oramas Gonzáles R, Cunill López ME, Márquez Morales N, Jordán Severe T. Experiencias en evaluación y acreditación de carreras. Rev Cubana Educ Méd Sup [Internet]. 2016 [citado 8 Marzo 2018] 30 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68727>
 3. Espinoza O, González LE. Estado actual del sistema de aseguramiento de la calidad y el régimen de acreditación en la educación superior en Chile. Rev Educ Sup [Internet]. 2012 Abr.-Jun. [citado 10 Ene 2018]; 41(162): [aprox. 22 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602012000200005
 4. Pozo Ceballos S. Los sistemas de evaluación y acreditación de la educación superior y el control interno. Claves para su integración e implementación. Horizontes de la Contaduría. 2016 Ene-Jun; (4): 211-229.
 5. Dopico Mateo I. Resultados de la autoevaluación de la junta de acreditación (...). [Internet]. La Habana: Editorial Universitaria; 2010 [citado 8 Mar 2018]. Disponible en: <http://bdigital.reduniv.edu.cu/index.php?page=13&id=150&db=3>
 6. República de Cuba. Sistema de evaluación y acreditación de instituciones de Educación Superior. Manual de Implementación (SEA-IES). La Habana: Junta de Acreditación Nacional; 2014.
 7. Valdés Vento AC, Morales Suárez IR, Díaz Cabrera JC, Sánchez Fuentes AL, Cuallar Álvarez R. Criterios de evaluación de la variable "pertinencia e impacto social" específicos para la carrera de Medicina. Educ Med Super [Internet]. 2009 Sep [citado 8 Mar 2018]; 23(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000300005&lng=es.
 8. Del Huerto Marimón ME. La extensión universitaria desde una perspectiva estratégica en la gestión integral de la universidad médica contemporánea. Educ Med Super [Internet]. 2012 Dic [citado 8 Mar 2018]; 26(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400006&lng=es.
 9. Cedeño Ferrín J, Machado Ramírez EF. Papel de la Extensión Universitaria en la transformación local y el desarrollo social. Rev Hum Med [Internet]. 2012 Dic [citado 8 Mar 2018]; 12(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000300002&lng=es.

EL MIEDO AL ESTOMATOLOGO, UNA BARRERA PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL

Autor: Yulena Hernández Sarduy, yulehdezsar@gmail.com, Universidad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado Cienfuegos, Cuba, Estudiante de tercer año de estomatología.

Coautores: Liuba Rosa Vera Nuñez, liubacfg1997@gmail.com, Universidad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado Cienfuegos, Cuba, Estudiante de tercer año de estomatología.

Alejandro Fernández Sosa, estafs930115@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado Cienfuegos, Cuba, Estudiante de cuarto año de estomatología.

Rosangela González de la Rosa, estrgdl970922@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado Cienfuegos, Cuba, Estudiante de tercer año de estomatología.

Yudith Martínez García, est5905@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado Cienfuegos, Cuba. Máster en Promoción de la Salud en Sistemas Educativos. Especialista de 2do grado en Estomatología General Integral. Auxiliar Agregado. Profesor asistente.

RESUMEN:

El miedo al estomatólogo ha adquirido relevancia por el número de personas que la padecen y por las consecuencias que ésta tiene para la salud buco-dental es por ello que con el **objetivo** de abordar la definición de miedo dental, para luego identificar las causas que explican cómo se origina este fenómeno y proponer una serie de acciones que ayuden a disminuir el mismo en los pacientes que acuden a consulta estomatológica. **Método:** se realizó una revisión de 35 artículos quedando un total de 20 bibliografías utilizadas por su actualidad e interés para la investigación.

Conclusiones: el origen de los miedos y fobias al estomatólogo es multifactorial, y las diferencias en cuanto a sexo o edad están dadas a partir de las causas que lo originaron. El estomatólogo como profesional cuyo centro de actuación es el paciente tiene a su alcance una serie de recursos tanto psicológicos como prácticos que facilitan el proceder y modifican la relación estomatólogo-paciente.

Palabras Claves: miedo, estomatólogo.

INTRODUCCIÓN

La Estomatología y los tratamientos que de ella se derivan juegan un rol esencial para el mantenimiento de la salud, por lo que contar con una dentadura sana y una higiene bucal adecuada debía ser preocupación esencial de todos los ciudadanos. Sin embargo no siempre sucede de ese modo; la expectación, inquietud, ansiedad y miedo que ocasiona, no solo el tratamiento en sí, sino inclusive pensar en ello es innegable, lo que trae como consecuencia que gran parte de la población no acuda a este especialista en el momento adecuado ni con la frecuencia requerida¹.

La fobia dental ha adquirido relevancia a partir del reconocimiento del gran número de pacientes que la padecen. Esta problemática lleva a evitar la consulta odontológica, lo cual trae serias consecuencias en la salud buco-dental de las personas afectadas. Es considerada una de las cinco fobias más populares de la población. El miedo a hablar en público, el temor a las alturas, al encierro y al dentista está en la misma categoría².

El concepto ancestral del dentista como un personaje atormentador, tiene su origen en el hecho de que la mayoría de los tratamientos dentales son dolorosos y traumáticos, por lo que para un gran número de personas, aún en la actualidad, recibir algún tipo de estos tratamientos es percibido como una experiencia agónica².

Las fobias son un trastorno psicológico que tiene una amplia prevalencia en la población mundial. Una de cada veinte personas, aproximadamente, padece una fobia de uno u otro tipo. El manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV) las define como un “temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos”³.

Diferentes estudios sugieren que las personas ansiosas tienden a sobreestimar la anticipación al dolor. Por lo tanto, estos individuos, que sobrestiman el dolor, incrementan el riesgo de finalizar en un círculo vicioso de miedo, ansiedad e inasistencia a consultas, acudiendo reiteradamente a los servicios de urgencia cuando la situación se torna insoportable o en el peor de los casos, automedicándose con antibióticos con la esperanza de así eliminar la causa de su sufrimiento, el dolor, sin la presencia de signos y síntomas clínicos que justifiquen este proceder³.

Existen múltiples investigaciones a nivel internacional en países como, Suecia, Ecuador y México donde el temor al estomatólogo ha sido motivo de análisis, y pese a que los resultados varían en algunos aspectos, en casi todas ellas enuncian que el temor al estomatólogo es más frecuente de lo que pudiera parecer, y por lo tanto, no es una situación excepcional⁴.

Shoben y Borland en su estudio empírico de la etiología de los miedos dentales, expresaron que el miedo dental era un sentimiento adquirido, más que innato; e igualmente KleinKnecht en su estudio de los orígenes y características del miedo en Odontología apoya una teoría conductual en la que el miedo es descrito como un sentimiento adquirido a partir de experiencias propias o del entorno, de naturaleza traumática⁵.

Stouthard y Hoogstraten hablan del miedo dental como una expresión de la ansiedad anticipatoria y opinan que en el miedo dental existe un componente de peligro físico y de amenaza para la autoestima del sujeto⁵.

Algunos autores como Márquez-Rodríguez en su estudio de factores subyacentes al miedo dental en una muestra de pacientes de la sanidad española en Huelva, y Navarro y Ramírez en su estudio acerca de la prevalencia del miedo dental en una población de adultos de Costa Rica, lo definen con un carácter multidimensional y aprendido del comportamiento establecido de manera contemporánea al tratamiento que suscita respuestas más discriminativas ligadas a objetos o situaciones dentales².

En Cuba se han realizado varios estudios a fin de encontrar respuestas a las causas del miedo al estomatólogo y consolidar técnicas que permitan un manejo más efectivo de estos pacientes. Pero sigue siendo un tema que por su complejidad no logra marcar pautas para sus respuestas. Investigaciones realizadas refieren que el 10,5% de la población padece miedo al estomatólogo⁶.

En un estudio realizado por estudiantes y profesores de Estomatología de La Universidad de Ciencias Médicas de La Habana en el año 2008, se encontró que el 77.2% de 193 pacientes acudieron tardíamente a la consulta estomatológica por presencia de miedo⁶.

Similares resultados se encontraron de Septiembre del 2012 a Marzo del 2014 en una investigación realizada por la misma universidad. Donde de 200 pacientes atendidos,

90 pacientes presentaron mucho miedo representando 45% de la muestra. Los pacientes con miedo al estomatólogo, que tuvieron el estado de salud bucal medianamente favorable, representaron el 83%. De los que tienen miedo, 144 pacientes no tienen percepción de riesgo de contraer una enfermedad bucal (82%)⁷.

Para muchos autores, el miedo depende en gran parte de la preparación y adiestramiento del profesional para condicionar en el sujeto una actitud positiva hacia el tratamiento dental, pero también puede estar condicionado por influencias familiares y sociales. Lo cierto es que la percepción individual del estomatólogo en sí tiene un importante papel en la ansiedad y el miedo dental⁸.

Pese a que los avances científicos han conseguido anular el componente doloroso en sus tratamientos, o al menos reducirlo en gran medida hasta llevarlos a unos niveles de fácil tolerancia. En mayor o menor medida, la consulta estomatológica sigue siendo sinónimo de peligro para numerosas personas. Las reacciones del paciente y los intentos de manejo de estas reacciones por parte del personal de salud oral, afectan negativamente la relación odontólogo-paciente y son fuente generadora de estrés para el profesional. A esto, se suma que la ansiedad ante el tratamiento estomatológico genera un incremento de los costos restaurativos, derivados de la evitación prolongada a las consultas normales, que en muchos casos excede los recursos disponibles para el cuidado de la salud oral. Podría tratarse de un problema de información o comunicación. Es probable que si los pacientes con patologías bucodentales recibieran datos acerca de su enfermedad, podrían llegar a comprender lo perjudicial que es la evasión del tratamiento^{8,9}.

Motivados por el análisis anterior y por la experiencia acumulada en el tema por muchos profesionales de la estomatología, decidimos revisar la literatura sobre el mismo con el **objetivo** de establecer las causas del miedo al estomatólogo y proponer una serie de acciones que ayuden a disminuir el mismo en los pacientes que acuden a consulta estomatológica.

DESARROLLO

La estomatología siempre ha ido socialmente de la mano de conceptos como dolor, malestar y estrés. Al tratarse de una ciencia médica que opera con un material específico que puede causar cierta aversión e intimidación y que además se centra en una zona corporal tan reducida y sensible como es la cavidad oral, es comprensible que pueda despertar temor e intranquilidad en el paciente. Es bien sabido que las situaciones de pánico surgen fácilmente en la consulta estomatológica, en las que el miedo, la ansiedad, la angustia y la fobia son estados prácticamente indistinguibles. Cuando el individuo quiere disfrutar de una excelente salud bucal y al mismo tiempo el temor a enfrentarse al dentista hace que evite el tratamiento, se produce un conflicto de acuerdo al enfoque conductual, pues las tendencias competitivas entre lo que desea y el comportamiento a seguir para lograrlo genera una contradicción que, lamentablemente, en numerosas ocasiones se traduce en una deficiente salud bucal^{8,10}. La fobia odontológica u odontofobia se describe como el temor o miedo al dentista o a los procedimientos odontológicos. Es un trastorno de ansiedad específico, acentuado y persistente o irracional de objetos o situaciones tocantes a un dentista o el consultorio estomatológico¹¹.

La palabra miedo proviene del término latino metus. Se trata de una alteración del ánimo que produce angustia ante un peligro o un eventual perjuicio, ya sea producto de

la imaginación o propio de la realidad. El concepto también se utiliza para nombrar al rechazo o aversión que siente un individuo a que le pase algo malo u opuesto a lo que pretende para sí mismo y para sus seres queridos. Para comprender su esencia, el miedo puede ser visto a través de tres enfoques fundamentales¹²:

- **Biológico:** El miedo es un esquema adaptativo que constituye un mecanismo de supervivencia surgido para permitir al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia; siendo en este sentido, beneficioso para el ser humano.
- **Neurológico:** El miedo es una forma común de organización del cerebro primario de los seres vivos y el mecanismo que lo desata se encuentra concretamente en el sistema límbico, que es el encargado de regular las emociones y en general de todas las funciones de conservación del individuo. Este sistema revisa de manera constante (incluso durante el sueño) toda la información que se recibe a través de los sentidos y lo hace mediante la estructura llamada amígdala, que controla las emociones básicas, como el miedo o el afecto y se encarga de localizar la fuente del peligro. Cuando la amígdala se activa se desencadena la sensación de miedo o ansiedad y su respuesta puede ser la huida, la pelea o la rendición.
- **Psicológico, social y cultural:** El miedo puede formar parte del carácter de la persona o de la organización social en la que ésta se desarrolla o pertenece. Es una característica inherente a la sociedad humana que está en la base de su sistema educativo y forma parte de la socialización de los individuos. Se puede temer o no temer a objetos, animales o contextos, incidiendo en ello mecanismos de aprendizaje o imitación, por lo que guarda estrecha relación con los distintos elementos de la cultura.

Ante una situación de miedo el organismo responde con cambios fisiológicos inmediatos que se manifiestan en el metabolismo celular, la presión arterial, la glucosa en sangre, la actividad cerebral y la coagulación sanguínea; además de modificaciones faciales como el agrandamiento de los ojos, la dilatación de las pupilas y arrugas en la frente; resultando significativo que el miedo al daño físico provoca la misma reacción que el temor a un dolor psíquico¹².

En general los efectos que se producen ante el miedo pudieran permitir considerarlo como un sentimiento universal e inherente a la sociedad humana, sin olvidar las particularidades individuales y las influencias del sistema educativo – cultural y el proceso de socialización¹².

Es importante tanto para el profesional como para el paciente detectar a tiempo la presencia de esta fobia y en caso de no ser así se debe indagar hasta diagnosticar cual fue el elemento que lo ocasiono para de esta manera compensarlo con nuevas experiencias positivas que ayuden al paciente a entender la importancia que requiere su salud bucal¹³.

El componente cognitivo del miedo al dentista es prominente y puede tener un origen multifactorial entre los que se mencionan^{13,14}:

- Experiencia previa negativa y dolorosa que ha suscitado una respuesta condicionada al miedo acaecidas sobre todo en la infancia que resultaron ser traumáticas y dolorosas, propias o del entorno del paciente, de los padres, hermanos o amigos; de forma que dichas experiencias influyen y condicionan la

reacción del sujeto, por lo que opinan que el miedo dental es adquirido más que innato.

- Una sensación de indefensión y de pérdida del control en el escenario del consultorio dental.
- Una sensación de vergüenza por el descuido dental y por el miedo al ridículo.
- Anécdotas atemorizantes de experiencias dentales negativas aprendidas vicariamente basadas en apreciaciones ciertas pero también en apreciaciones inciertas, aunque el sujeto las cree y percibe como verdaderas.
- Representaciones negativas de los estomatólogos en los medios masivos de comunicación.
- Una sensación de despersonalización en el proceso de atención dental, intensificada por el empleo generalizado de barreras e instrumentarias de protección (mascarillas, guantes de látex, caretas y otros protectores).
- Un miedo general a lo desconocido.

Estas experiencias, apreciaciones y opiniones desfavorables hacia la figura del odontólogo expresada en el seno de la familia y/o en el entorno más próximo refuerzan la teoría de que el miedo dental es adquirido¹³.

En muchas ocasiones los pacientes con miedo al odontólogo no lo refiere, pero existen rasgos en ellos que permiten identificarlos, algunos de estos son:

- Un estado de salud general extremadamente malo durante la fase de miedo.
- Poca confianza en los dentistas.
- Extensos y complejos daños en la dentadura demasiado exigentes para un dentista normal.
- Expresiones conductuales como: timidez, llantos, gritos, berrinches, angustia.
- Hipersensibles al dolor.
- Uso de técnicas dilatorias.
- Conductas desorganizadas entre las que se describe reacción de escape.
- Señales fisiológicas como: enrojecimiento – sudoración – dolor en el pecho – falta de aire – boca seca – problemas gastrointestinales.
- Sensación de inmovilización en el sillón dental.
- Tendencia a retrasar o eludir las citas con el odontólogo.

Los agentes causantes de estas reacciones o experiencias traumáticas han sido agrupados por numerosos autores en tres apartados^{14,15}:

- Aquellos que específicamente causaron dolor, como dañar al paciente porque al odontólogo se le resbaló la turbina o negarse a usar anestésico local o no esperar el tiempo suficiente a que hiciese efecto durante el transcurso de extracciones dentarias o restauraciones u otros tratamientos.
- Aquellos interpretados como “mal trato” entre los que se incluyen críticas del estomatólogo o su equipo, amenazas o incluso insultos, ya fuese por escasa cooperación por parte del paciente o por mala higiene dental.
- Aquellos que derivaron de tratamientos erróneos.

Factores predisponentes individuales.

Edad

Por una parte el miedo dental parece tener mayoritariamente su origen en la niñez con su pico de mayor incidencia en la madurez temprana y declinando con la edad; pero no

por ello es descartable que aparezca durante la edad adulta siendo los sujetos más jóvenes los más susceptibles. Algunos autores difieren con estos resultados alegando que a medida que aumenta la edad, los pacientes se vuelven más temerosos por el mayor número de vivencias traumáticas en la consulta ^{14,15}.

Sexo

Existe la impresión de que el sexo femenino muestra mayores niveles de miedo dental y susceptibilidad al dolor en los tratamientos dentales. También en las mujeres parece encontrarse una correlación significativa mayor y prevalencia de fobia dental concomitante con otras psicopatologías, así como tendencia a experimentar pensamientos negativos o amenazadores en relación con el tratamiento dental.

Se plantea que entre las causas de las diferencias de género se podría considerar el alto porcentaje de mujeres que responde a las encuestas, en relación al de los varones. También podría ser fruto de la aceptación social general de normas que permiten a las mujeres expresar con más libertad sus ansiedades, basados en diferentes roles sociales y expectativas. Probablemente esta ansiedad en hombres es expresada a través de otras vías menos directas ^{14,15}.

Nivel socioeconómico y cultural.

La relación entre miedo dental y un nivel socioeconómico bajo y un nivel cultural también inferior, no ha sido determinada con claridad. Ciertos autores encuentran relación entre niveles altos de miedo dental y nivel socio económico y cultural menor pero por el contrario otros autores no han encontrado ésta relación ^{14,15}.

Estado de salud oral y otros factores predisponentes individuales.

Parece ser que una mayor percepción de necesidades orales, y de un estado oral deteriorado se asocian a mayores niveles de miedo dental. Se han recogido otros factores individuales predisponentes como por ejemplo un peor aspecto personal, peor higiene, mayor intensidad de dolor a la punción anestésica, peor estado de salud general y peor calidad de vida.

Por último parece que los pacientes con enfermedades crónicas tienen menor ansiedad mientras que los pacientes con discapacidades se muestran más ansiosos. En el caso de los primeros la menor ansiedad parece ser debida a que su estado bucodental no les produce la misma preocupación que otros aspectos de su salud y en el caso de los pacientes discapacitados la falta de comprensión y dificultades inherentes a su menor capacidad de cooperación y comunicación justificarían su mayor nivel de ansiedad ^{14,15}.

Factores predisponentes relacionados con el entorno dental.

Algunos componentes inherentes al tratamiento dental causan más miedo dental que otros, siendo que la mayoría de los autores nombran la visión de la aguja y su sensación y la visión de la turbina, su sensación y el ruido que ésta produce como los principales.

Este hallazgo parece constante incluso independientemente del instrumento empleado en los estudios de ansiedad y miedo dental. También dentro del contexto dental, ciertos tratamientos dentales causan más miedo que otros, por ejemplo las extracciones y las endodoncias y en general causan más miedo aquellos tratamientos de naturaleza más invasiva.

También el olor de algunos productos estomatológicos, las características de las consultas; con varios sillones y los salones de espera; donde se realizan comentarios sobre experiencias desagradables anteriores, propias o cercanas, puede incidir en el temor o la ansiedad que se produce ante la mención de este especialista ^{14,15}.

Manejo Conductual:

El manejo de la conducta del paciente odontofóbico, se fundamenta en el conductismo, rama de la psicología que plantea que el comportamiento de una persona es modificable, si se alteran las condiciones ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones. Es por esto que el manejo de las emociones en el paciente odontofóbico en la consulta estomatológica, consiste en una evaluación y adaptación constante del paciente, mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación ¹⁴.

Para ello se necesita de un entrenamiento y conocimiento del desarrollo emocional y sociológico del paciente; se debe diagnosticar la causa que ocasionó la fobia y en qué etapa de la vida sucedió, así como también se debe tomar en cuenta su entorno social y familiar, ya que son importantes para definir qué tipo de manejo del comportamiento se le puede dar al paciente. Las técnicas de manejo están por lo tanto encaminadas a controlar diversas emociones ¹⁴.

De manera general se describen algunas alternativas que pueden facilitar el manejo de la conducta en la consulta dental de estos pacientes como son ^{11,14}:

- El uso de aceites esenciales de plantas aromáticas como Lavanda y Bergamota, es sumamente efectivo para relajar a los pacientes.
- El uso de ciertos colores produce un efecto sedante, como los tonos de azul y verde. Se recomiendan sean utilizados para decorar y ambientar la consulta, por el potente efecto tranquilizador que ejercen.
- El uso de la musicoterapia puede ser un buen recurso psicosedativo para lograr un mejor tratamiento odontológico.

Ante un paciente con miedo es de vital importancia el accionar del estomatólogo para sobrellevar la situación y saber orientar el tratamiento. Algunas de las técnicas útiles para aplicar son ^{11,14}:

- Influencia del estomatólogo sobre la psiquis del paciente. El primer contacto puede servir para aliviar en algo los síntomas y ser en alguna medida tranquilizador para el paciente, recibirlo con atención y curiosidad, sin prejuicios, comprenderlo y hacernos cargo de sus problemas, es de entrada, el primer paso para la curación.
- Técnicas de comunicación que introduzcan gradualmente, de menor a mayor complejidad, los procedimientos en técnicas de distracción para alejar los estímulos que provoquen ansiedad.
- Características del consultorio dental. El esfuerzo necesario para crear una sensación de calidez y bienvenida hacia el paciente cuando llega a su consultorio es ampliamente recompensado al minimizar las consecuencias de la aversión generalizada de ir al consultorio del dentista.
- El lugar de la recepción, es donde los pacientes se sientan y esperan a ser atendidos y la meta es darle una ambientación que sea tranquila y confortable y eliminando al máximo cualquier olor, ruido o referencia visual que le pueda hacer

recordar alguna experiencia traumática en la atención odontológica. En la sala de recepción, la auxiliar del odontólogo cumple una de las funciones más importante: provocar un primer encuentro con el paciente placentero, que lo haga sentir esperado y reconocido, demostrando una tenue alegría por su concurrencia. Cualquier gesto de fastidio, trato apurado o ignorancia de su presencia puede hacer naufragar cualquier esquema de confort elaborado en la sala de recepción.

- Sugerir visitas previas. Es recomendable antes de que el paciente acuda a consulta para un primer tratamiento haya realizado visitas previas a la clínica estomatológica y haya tenido un intercambio previo con el estomatólogo a fin de socializar con el medio.
- Concertar citas con el estomatólogo en el horario de la mañana y si es necesario acompañado de algún familiar o amigo.

Para aquellos niños que han pasado por experiencias desagradables o recibieron informaciones erróneas, se debe trabajar en la disminución de la ansiedad y la tensión, aunque para esto tengamos que provocar cierto retraso en el ritmo de trabajo clínico^{11,14}

- Lograr una buena comunicación no solo con las niñas y niños sino también con sus padres o acompañantes.
- Crear un ambiente familiar en el que se fomentan las visitas regulares al dentista y una actitud positiva hacia los cuidados dentales para evitar que en los más pequeños aparezca la fobia al dentista.
- Recibir al niño o niña sin guantes ni naso buco puesto para que identifique al estomatólogo como un ser humano normal.
- Iniciar el tratamiento con técnicas simples.
- Ignorar las demostraciones de no cooperación pues esto puede acentuar la conducta.
- Evitar que vea el instrumental que será utilizado o mostrar al niño los distintos aparatos y que le explique su utilidad.
- Evitar el uso de palabras tales como: aguja, corte, extracción, dolor.
- No alargar el tiempo de inicio con preguntas excesivas y utilizar lenguaje comprensible.
- No perder tiempo conversando con la mamá u otro técnico.
- Tener en cuenta que cada niño tiene una percepción distinta del dolor, y lo que para unos puede ser un procedimiento inocuo, para otros puede ser extraordinariamente molesto.
- Intentar evitar producir dolor y reconocer las situaciones en que esto no sea posible.
- No evitar el miedo con frases como "no sentirás absolutamente nada" o "prácticamente no te tocaré" pues dejaría de confiar en los consejos tranquilizadores. Se le debe hablar claramente, sin temor y exaltando su cualidades de valentía.
- Establecer un gesto de advertencia para que el especialista sepa cuándo está resultando demasiado molesto el proceder y explicar que la pequeña incomodidad que sufra ahora evitará que más adelante el tratamiento sea más complejo y molesto.

- Llevar al niño periódicamente al dentista, (período no mayor de 6 meses) para identificar la dolencia, cuando recién comienza; y que el procedimiento sea más sencillo.
- Elogiar la buena participación del niño o niña una vez concluida la cita.

Hoy en día, las técnicas odontológicas permiten efectuar tratamiento con mínimas molestias para el paciente, pero no cabe duda de que la actuación del dentista no siempre resulta agradable, y en muchas personas, tanto niños como adultos, genera a menudo una reacción de temor.

CONCLUSIONES

El miedo al tratamiento estomatológicos y al sillón dental es un factor que está con frecuencia presente en la consulta estomatológica. Desde hace años el miedo ha sido reconocido como una fuente de problemas para la práctica normal de esta profesión. La psicología cuenta con métodos terapéuticos para ayudar a un paciente que padece de fobia al tratamiento odontológico a superar este trastorno, especialmente las intervenciones utilizadas desde la psicología cognitiva- conductual. Sin embargo el estomatólogo como profesional cuyo centro de actuación es el paciente tiene a su alcance una serie de recursos tanto psicológicos como prácticos que facilitan el proceder y modifican la relación estomatólogo-paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Bermudo Cruz C, Herrera D, De Guevara R. Factores causantes de miedo en la Atención Estomatológica. Revista 16 de abril [en línea] 2008. [fecha de consulta: 20 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu>.
- 2- Márquez-Rodríguez JÁ, Navarro-Lizaranzu, MC, Cruz-Rodríguez D, *et al*. Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. RCOE [en línea] 2004 [fecha de consulta 23 de febrero de 2018]; 9(2): 165-174. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000200003&lng=es
- 3- Navas W, Vargas M. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2012; 69(604): p. 497-507.
- 4- Romero R, Costta J. Miedo y Ansiedad provocado por experiencias odontológicas previas en Jóvenes de 12 a 17 años en la Unidad Educativa Liga Deportiva Universitaria. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Odontología; 2016.
- 5- Arrieta K, Díaz S, Verbel J, Hawasly N. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2013; 6(1): p. 17-24.
- 6- Lima Álvarez M, Casanova Rivero Y, Toledo Amador A. Miedo al tratamiento estomatológico en pacientes de la clínica estomatológica docente provincial. RevHumMed v.7 n.1 Ciudad de Camagüey. Enero-Abril 2007.
- 7- Valdés-Reyes JM, Castellano-Prada D, ELGrannam-Ruisánchez Y, Delgado-Martín. Caracterización de pacientes con miedo al odontólogo. Acta Odontológica Colombiana [en línea] 2015, [fecha de consulta: 25/febrero/2018]; 5

- (2): 33-46. Disponible desde <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>.
- 8- Astié F., García A., Gómez Liliana M. A, Kranh N., Roberto D. Doña. Fobia al tratamiento odontológico en pacientes de la ciudad de San Luis, Argentina. Fundamentos en Humanidades Universidad Nacional de San Luis – Argentina 2017.
 - 9- Vergara K., Díaz Cárdenas S., Hawasly Pastrana N. y Verbel Bohórquez J. Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en odontología. RevClinMedFam vol.6 no.1 Albacete feb. 2013.
 - 10-Jiménez-Ortiz JL, Herrera-Silva JC, Jiménez-Ortiz JD, Islas-Valle RM. Miedo y ansiedad dental de pacientes adultos atendidos en una clínica universitaria de México. Cien. dent. 2017; 14(1): p. 7-14.
 - 11-Díaz Almenara Eugenia M^ª, San Martín Galindo L., Ruiz-Veguilla M. Miedo al dentista e intervenciones para reducirlo. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Año 2013 • Volumen 09 • Páginas 53 a 55.
 - 12-Gallego Rodríguez C., y García Méndez S. Miedo ante los tratamientos estomatológicos. -2017 GB Systems/DENTAL World.
 - 13-Amaíz A, Flores M. Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria. Revista Odontología Vital. 2016 enero-junio; 1(24): p. 21-28.
 - 14-Pérez M. Relación del nivel de ansiedad y el tipo conducta durante el tratamiento odontopediátrico. Revista Evidencias en Odontología Clínica. 2016; 2(1): p. 51-54.
 - 15-Lima Álvarez M, Rivero Varona T, Pérez Cederrón R. Algunos factores de riesgo y fenómenos psicológicos relacionados con el estado de salud bucal. Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Clínica Estomatológica Policlínico Docente Previsora. [en línea] 2007. [fecha de consulta: 3 de enero de 2018]; 7(3) Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar?start=50&q=miedo+al+estomatologo&hl=es&as_sdt=0

TITULO: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. SUS CONSECUENCIAS

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIENFUEGOS

Autores: Est. Amanda de la Caridad Guillemí Avalos; Est. Sheila María Estenoz Hernández; Est. Anayen Rodríguez Pérez¹.

Tutor: MSc. Lic. Yanet Rojas Rodríguez²

¹*Estudiante de Licenciatura en Enfermería. 1^{er} Año. Curso Regular Diurno. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos.*

²*Licenciada en Enfermería. Profesora auxiliar. Máster en Educación. Investigador agregado. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos.*

Resumen

Fundamento. El embarazo en la adolescencia es un tema que provoca y trae aparejado una gran desazón en la mente humana y su connotación mundial no es la misma en las diferentes latitudes y sistemas socioeconómicos. En la presente revisión nos propusimos describir sus consecuencias.

La gestación a cualquier edad es un evento psicosocial importante y muchas veces se ve matizado de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y el producto de la concepción. El embarazo temprano y sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida, genera cambios psíquicos, biológicos y sociales en la joven, en el joven y en las personas que los rodean e incluso pueden aparecer problemas familiares al notar estos cambios en los mismos, que podrían reducir las oportunidades de desarrollo de la madre y/o del padre, (en este último menos frecuentemente) en un ambiente de limitaciones como lo son, la capacitación e incorporación a la sociedad, además de la presencia deseada o no, de un nuevo miembro de la familia. Considerar las condiciones biológicas conjuntamente con las psicológicas es un evento integrador relevante en el proceso de formación de una cultura de salud en los padres adolescentes, y de esta forma les sea posible obtener una adecuada orientación sexual entre ellos el embarazo precoz, suceso mayoritariamente peligroso en la mocedad, que puede repercutir desfavorablemente en la calidad de vida e incluso dar al traste con la misma en relación a la madre y/o el feto. Se realiza el siguiente trabajo se realiza con el objetivo de describir las consecuencias biopsicológicas y económicas sociales del embarazo en la adolescencia.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, cambios, esfera biopsicosocial, producto de la concepción.

Introducción.

La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los cambios que ocurren a la llegada de la adolescencia como los cambios notorios que ocurren en el cuerpo, provocan nuevas transformaciones tanto física como psicológicamente. Se comienza a ver las cosas desde un punto de vista diferente. La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores socio-culturales. La escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de las niñas y adolescentes. Las adolescentes que se embarazan, además de ver frustrados sus estudios, son solteras en su mayoría, o de lo contrario, inciden posteriormente las separaciones.

Los niños de 12 a 14 años de edad son más propensos que otros adolescentes a tener relaciones sexuales no planeadas y de ser convencidos de tener sexo. Hasta dos tercios de embarazos en la adolescencia ocurren en chicas de 18 a 19 años de edad.¹

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La Organización Mundial de la Salud establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.² El adelanto de la fecundidad permiten la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. El embarazo a temprana edad ha traído consigo problemas familiares, escolares y personales que afectan las metas que se trazan los jóvenes a través de esta etapa de la vida. Las adolescentes en edades más tempranas viven la experiencia de una maternidad no deseada, además del desprecio o la indiferencia del resto de la sociedad.

Una madre adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada sin haber cumplido todavía las *tareas del adolescente* para llegar a la adultez³. Los embarazos a temprana edad generan cambios psíquicos, biológicos y sociales en la joven, en el joven y en las personas que los rodean; en este tipo de situaciones pueden aparecer problemas familiares al notar estos cambios en los hijos, además de la integración de un nuevo miembro de la familia.

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Unos tres millones de niñas entre 15 y 19 años son sometidas a abortos inseguros cada año en muchos países⁴.

Según la organización *Save the Children* cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). En las adolescentes más del 80 % de los embarazos no son deseados. Más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos⁵.

Según el Anuario Demográfico en el 2016, 377 nacidos vivos fueron de madres menores de 15 años, mientras que 16 mil 725, de madres entre 15 y 19 años. Por la parte paterna siete fueron de progenitores menores de 15 años y dos mil 559, de padres entre 15 y 19 años.

El embarazo y la maternidad en adolescentes se relacionan estrechamente con los contextos de pobreza, la falta de condiciones, los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de medidas de protección ante situaciones de riesgo.

Pregunta científica: ¿Cuáles son las consecuencias que trae consigo un embarazo en la adolescencia?

Objetivo General: Describir las consecuencias biopsicológicas y económicas sociales del embarazo en la adolescencia.

Desarrollo:

El embarazo en la adolescencia trasciende la responsabilidad de ambos sexos en lo concerniente a la afectación de relación de pareja. Puede, además, perturbar la dinámica familiar, partiendo de conflictos derivados del evento causal, como por ejemplo, consecuencias orgánicas, psicológicas, educativas, sociales y económicas asociadas, ante la decisión de consumir el acto del aborto. En la mayoría de los casos la concepción del embarazo no es deseada, y todos estos procesos de cambios que se producen durante la atención a la gestante adolescente involucran al equipo de salud, entre los cuales se precisa como principal prestador de cuidados el profesional de enfermería. Por tanto, es necesario que el mismo esté debidamente preparado para enfrentar este reto, al ser la adolescencia un grupo de población vulnerable, derivado de cambios como las relaciones sexuales precoces y desprotegidas que adolecen de una adecuada orientación desde la familia⁶.

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades.

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados, el adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual trae como consecuencia toda una serie de problemas

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio

embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros⁷.

Según la organización conservadora «Family Research Council», los estudios en los EE.UU, indican que la diferencia de edad entre las adolescentes y los hombres que las embarazan es un factor a tener en cuenta. Las adolescentes que tienen relaciones con chicos mayores que ellas, y en particular con hombres adultos, tienen más probabilidades de quedarse embarazadas que las adolescentes que tienen relaciones sexuales con chicos de su edad quienes son también más proclives a llevar el embarazo a término en lugar de tener un aborto.⁵

En fecha reciente, la Organización Mundial de la Salud, con motivo del día mundial de la población 2013, celebrado el 11 de julio, llevó adelante una campaña, a nivel mundial, en interés de disminuir el embarazo en la adolescencia, lo que destaca la importancia que se le da, mundialmente, a este problema.

La noticia publicada señaló lo siguiente: "Cerca de 16 millones de adolescentes se embarazan y paren cada año, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos. Unos tres millones de niñas entre 15 y 19 años son sometidas a abortos inseguros cada año en muchos países. Las complicaciones del embarazo y el parto en estos países son la principal causa de muerte en niñas de esas edades. La muerte fetal y neonatal son 50 % mayores en madres niñas o adolescentes que entre mujeres de 20 a 29 años y es más probable el bajo peso al nacer."⁹

Según la información disponible en el Guttmacher Institute, tener prácticas sexuales a los 20 años se considera un hábito normal en todo el mundo. En los países con bajos niveles de embarazo en la adolescencia no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre los adolescentes por lo que en estas sociedades se proporciona información completa y equilibrada sobre la sexualidad y se facilita la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.⁵

Además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados. Así, un estudio de la Kaiser Family Foundation en adolescentes de EE. UU, concluyó que el 29% de los adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales, el 33% de los adolescentes sexualmente activos creían que mantenían una relación en las que "las cosas se movían demasiado rápido en el aspecto sexual" y el 24% declaraba que había "hecho algo sexual que realmente no quieren hacer"¹⁰

La elevada incidencia de embarazos en adolescentes en América Latina, solo superada por África, persiste y tiene una tendencia al incremento. Cuba, aunque con una situación menos desfavorable, no escapa a esta realidad, con un incremento no solamente de embarazos, sino también de abortos en este grupo, superior al de todas

las mujeres en edades reproductivas, que continúa cobrando consecuencias muy desfavorables en la salud sexual y reproductiva, las que pueden ser irreversibles, dejando consecuencias inmediatas como la muerte materna y secuelas como la necesidad de realizar una histerectomía en edades tan precoces.⁷

En Cuba el 13 % de los nacimientos ocurren en madres adolescentes, hallándose entre las naciones con índice elevado de nacimientos en este grupo de edad. El 80 % de ellas tiene riesgo de tener hijos con peso menor de 2 500 g, y 1,6 veces mayor que para las que tienen más de 18 años. Se considera que las principales causas psicosociales por la que las adolescentes presentan un embarazo a tempranas edades son:

- ✓ El inicio cada vez más precoz de la vida sexual.
- ✓ El poco reconocimiento de los riesgos.
- ✓ Las relaciones sexuales imprevistas en lugares y situaciones impropias.
- ✓ Los continuos cambios de pareja (promiscuidad).
- ✓ El poco conocimiento sobre el uso de anticonceptivos.
- ✓ El insuficiente conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual.

Todos estos aspectos mencionados anteriormente se pueden declarar cómo principales consecuencias de un embarazo en la adolescencia los siguientes criterios desde diferentes tipos de vista de los especialistas.

Desde el punto de vista biológico se conoce que hay en la actualidad un desarrollo puberal más temprano en este grupo. Los aspectos psicosociales -de gran importancia- son: inicio precoz de las relaciones sexuales, motivados fundamentalmente por la curiosidad, el deseo sexual y el interés por adquirir experiencias, las que se practican en cualquier lugar donde les sea posible, lo que estimula una conducta sexual irresponsable, que los expone, además, a adquirir infecciones de transmisión sexual. Las adolescentes que se embarazan, además de ver frustrados sus estudios, son solteras en su mayoría, o de lo contrario, inciden posteriormente las separaciones. Por otra parte, la no utilización de métodos anticonceptivos en la mayoría de las y los adolescentes y la comprensión de todos los riesgos que conlleva el embarazo en estas edades, no siempre es percibido por algunos miembros de la familia con la cual conviven o se relacionan, lo que influye, desfavorablemente, en la prevención del embarazo.⁸

Se conoce que las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto que las mujeres mayores de 20 años; en aquéllas por debajo de 15 años de edad aumenta en 5 veces el riesgo. También tienen mayor riesgo de presentar partos distócicos, prolongados, y otras complicaciones, entre las que sobresale la preeclampsia y eclampsia.

Las adolescentes también exponen a su descendencia a un alto riesgo. Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres entre 20 a 29 años.

El adolescente interactúa siempre con su núcleo social primario: la familia y la comunidad. Por tanto, las acciones dirigidas a mantener su salud integral deben tener

un enfoque participativo, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención. La educación es clave en la explicación y la transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. Es un instrumento importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual y de las comunidades, y ejerce su influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos.⁹

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los microambientes donde permanece el adolescente y por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Se ha descrito como factor de riesgo asociado a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres, familia disfuncional (tensión y conflicto familiar).

En términos de sus consecuencias, existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia. Sin embargo, una parte importante de esta asociación se debe al origen étnico de la adolescente, del nivel socioeconómico del que proviene, del contexto familiar en el que creció y de los obstáculos que la sociedad interpone en su camino para un crecimiento y desarrollo adecuados.

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura. Se describe como factor de riesgo asociado a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente y la mala relación de la misma en el círculo social donde estos adolescentes conviven, dependencia del marido e ingresos económicos insuficientes. En la etapa temprana del desarrollo cognoscitivo de la adolescencia, estos no son capaces de entender consecuencias de la actividad sexual precoz, la necesidad de probar su facultad, está influenciada por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.⁸

Dentro de las causas psicológicas están: desean tener hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido, para castigar a los padres por su incomprensión, agradar al novio, para irse de un hogar disfuncional, para conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente.

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo. Esto se debe a que la mayoría de ellas se ven obligadas a abandonar sus estudios. Como consecuencia, la adolescente queda con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas.

A menor edad también serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas. Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los

procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad. En estos casos, lo ideal es que sean atendidas por personal profesional sensitivo y capacitado para esta labor, que pueda acompañarlas y contenerlas y que les explique de manera clara y concreta todo el proceso por el que están pasando, para reducir el estrés de la embarazada.¹⁰

Las adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada. Generalmente en este grupo de edad, las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar. Es común que exhiban sus vientres y es clásico que manifiesten ¡a mí no me va a pasar!, condiciones todas que dificultan su preparación para la maternidad, tomando la crianza inmediata como un juego. Sin embargo, los problemas aparecen después, cuando tienen que hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior al embarazo. En estos casos, al igual que en el anterior, el soporte familiar con el que cuenten, así como el trabajo de los equipos de salud que las acompañen fungirán, si son positivos, como factores protectores.⁹

Es importante destacar las enfermedades que complican la gestación en esta etapa, donde en nuestros resultados pudo observarse que hubo predominio de vaginosis bacteriana, infección urinaria e hipertensión, las cuales tienen gran morbilidad materno infantil. La hipertensión arterial, la vaginosis bacteriana y la anemia son las entidades que con mayor frecuencia se asocian al embarazo.

En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan generalmente son de orden biológico, como desnutrición y un malo o nulo control prenatal o deficiente calidad y problemas económicos. En el nivel suburbano las consecuencias son deserción escolar, económicos, uniones conyugales inestables que presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. A nivel urbano popular, el embarazo en una adolescente es considerado como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar. En el nivel medio-medio y medio-alto, la problemática que el embarazo en adolescentes presenta esta mediada principalmente por las aspiraciones que tienen los jefes de familia de este nivel a lograr que sus hijos terminen la universidad, así como el hecho de que la dependencia de los jóvenes se prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida. Por lo tanto, cuando éste ocurre, tiene un significado de accidente y generalmente termina en abortos inducidos, algunas veces sin claro consentimiento de la adolescente o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familia.⁸

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón que las embaraza. El machismo influencia el patrón de

conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuesta para mantener el dominio masculino en la vida. Se describen como factores de riesgo la baja escolaridad, zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

A nivel individual, para la adolescente el embarazo puede significar varias cosas: comprobar su fertilidad; considerar a ese hijo como algo que le pertenece, que la va querer y a quien va a querer como ella misma no fue querida; como una salida a una situación que ya no tolera, que puede ser un ambiente de abuso de cualquier tipo o la expresión de una condición no resuelta, como por ejemplo la muerte de alguno de los padres o su divorcio o como una salida hacia la vida cuando la adolescente presenta enfermedades crónicas.

Numerosos estudios constatan además que las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad, entre otras cosas, de: tener más hijos en su vida reproductiva, no recibir el apoyo del padre biológico de sus hijos, interrumpir sus estudios, no alcanzar una independencia y estabilidad financiera, tener hijas que se embaracen durante la adolescencia. No olvidemos que cada una de estas secuelas individuales provocadas por el embarazo adolescente se traduce en cambios demográficos y costos sociales, que impiden el potencial desarrollo de muchas familias al ocurrir en una etapa de la vida que, acorde con las exigencias actuales de la sociedad del conocimiento, debería estar dedicada al estudio y a la preparación para la vida, por lo que el embarazo en la adolescencia constituye un fenómeno social de elevadas proporciones, sobre todo si valoramos que es perfectamente prevenible, siempre y cuando se pongan en juego estrategias de comunicación que lleguen al adolescente y permitan romper barreras, actitudes y creencias nocivas.⁶

Dificultad para planear proyectos a largo plazo personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimiento de desesperación, falta de actitud preventiva, menarquia precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas abandono escolar dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes dificultades por integrarse a grupos de entretenimiento antecedentes familiares, familia conflictivas o en crisis madres que han estado embarazadas en la adolescencia.

El embarazo en la adolescencia es un riesgo tanto biológico como psicosocial ya que toda madre adolescente en esta situación no sabe que será mejor para su vida si salvarse ella o salvar la vida de su hijo en esta decisión se encuentra además la opinión de los padres o el rechazo del padre de su bebé a lo que se suma un gran rechazo de la sociedad a la madre por encontrarse en esta situación. La adolescencia es una etapa dura para el que la atraviesa como para la familia y si es una muchacha adolescente y embarazada que será de la madre adolescente que enfrenta esta situación y no sabe

qué hacer y no recibe el apoyo, ayuda y orientación requerida que debe comenzar desde la familia y luego atendiendo a las diferentes instituciones de atención de salud.

Conclusiones:

En la actualidad se ha ganado mucho en educación, salud, e información, pero todavía debemos profundizar en estrategias para que adolescentes y jóvenes sean capaces de planificar su vida y se conviertan en madres y padres cuando exista la preparación física, psicológica y social adecuada y de esta forma se integren a la sociedad que dependa y amerite de su esfuerzo. Con lo anteriormente referido no se pretende atacar a la maternidad, sino orientarla de forma correcta, pues resulta poco cuestionable que el embarazo en la adolescencia constituye una restricción para la mujer por afectar frecuentemente su superación profesional, económica y social, y ocasionar innumerables riesgos para la salud, constituyéndose en una premisa de la familia, la escuela y la sociedad por lo que toda acción preventiva gubernamental o no incida positivamente en esta decisión, que no deja por eso de ser individual y respetada de tomarse.

Referencias bibliográficas.

1. Rodríguez Rigual M. Mesa redonda: Adolescencia. Necesidad de creación de unidades de adolescência. An Pediatr. 2003; 58: 104-6
2. Peláez J. Embarazo en la adolescencia. En: Ginecología Infanto-Juvenil. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999: 190-202.
3. OPS. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997- 2000. Washington: OPS; 1998
4. Colectivo de autores. Ginecología infanto-Juvenil. Ed. Socudef. La Habana: Editora Política; 1996
5. Kumbi S, Isehak A. Obstetris outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. East Afr Med J. 2007; 76(3):138-40.
6. Revista Cubana de Enfermería versión On-line ISSN 1561-2961 Rev Cubana Enfermería vol.30 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2014.
7. Manrique R., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2008 Sep;68(3):141-143.[Disponible en]:http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=es.
8. Botell, Miguel Lugones Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud Rev Cubana Med Gen Integr vol.30 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2014
9. Ramírez Valles J, Zimmerman M. Sexual risk behavior among youth: Modeling the influence of prosocial activities and socioeconomic factors. Health soc behav 1998; 39:237-53.
10. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitae J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitae E. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2002; 28(2).
11. Menéndez Guerrero Gilberto Enrique, Navas Cabrera Inocencia, Hidalgo Rodríguez Yusleidy, Espert Castellanos José. El embarazo y sus complicaciones en la madre

adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep [citado 2018 Abr 02]; 38(3):333-342.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es.

12. Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud Indicadores Básicos. [Internet]. Argentina [citado noviembre 2015]. 2012. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf>

13. Population Reference Bureau. La actividad sexual y la maternidad entre los adolescentes en América Latina y El Caribe: riesgos y consecuencias. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, Demographic and Health Surveys, 2002.

14. Blázquez Morales MS. Embarazo en la Adolescente. Revista Electrónica Medicina. Salud y Sociedad. 2012 [citado noviembre 2015]; 3(1). Disponible en:

<http://www.medicinasaludsociedad.com>

15. Panduro Barón JG, Jiménez Castellanos PM, Pérez Molina JJ, Panduro-Moore EG, Peraza Martínez D, Quezada Figueroa NA. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. Ginecol Obstet Mex. 2012; 80(11):694-704.

16. Favier Torres MA, Dorsant Rodríguez LC, Maynard Bermúdez RE. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia en la Comunidad de Curazao, Venezuela. Revista Información Científica [Internet]. 2013 [consultado noviembre 2015]; 77(1). Disponible

en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_77_No.1/intervencion_educativa_embarazo_adolescencia_venezuela_tc.pdf

17. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Moreno González YM, Pérez Pérez MA. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 [consultado en enero 2015]; 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100004

18. Barbón Pérez OG. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2012 [consultado marzo 2015]; 50(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200013

19. Rodríguez Javique D, Molina Cintra M. Fecundidad adolescente en Cuba: algunas reflexiones sobre su comportamiento por provincias y zonas de residencias. Revista Novedades en Población. 2016 [citado noviembre 2015]; XII (23):78-96.

Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu>

20. Rangel Díaz D, González Reyes E, Barrera Hernández M, Pereda Chávez H. Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. Rev. Ciencias Médicas. 2012; 16 (4):74-83.

EMOCIONES NEGATIVAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA.

NEGATIVE EMOTIONS IN PATIENTS WITH ADVANCE CHRONIC KIDNEY DISEASE.

Autores:

Lic. Lisandra Rodríguez San Pedro, lisandra.pedro@gal.sld.cu, Hospital General Universitario "Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba.

Dr. José Luis de la Maza Martínez, jose.maza@gal.sld.cu, Hospital General Universitario "Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba.

Lic. Diana Maité Roselló Díaz, diana.resello@gal.sld.cu, Hospital General Universitario "Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba.

MSc. Milexy Martín Dipoté, Policlínico Docente "Capitán Roberto Fleites", Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la enfermedad renal crónica constituye hoy un problema de salud pública global y devastador por sus consecuencias médicas, psicosociales y económicas. Estos pacientes sufren altos grados de deterioro en los aspectos emocional, físico y funcional debido a los efectos directos de la enfermedad y la situación social en que ésta coloca al enfermo.

Objetivo: evaluar los niveles de ira, ansiedad y depresión en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada, del Hospital General Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la provincia de Villa Clara.

Método: se realizó un estudio descriptivo con 60 enfermos renales en estadios avanzados, que son atendidos en consulta externa de Progresión renal del hospital "Arnaldo Milián Castro", en el período comprendido entre enero-abril de 2017. Se aplicaron los inventarios de Expresión de Ira Rasgo-Estado (STAXI-2), de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y de Depresión Rasgo-Estado (IDERE).

Resultados: más de la mitad de los pacientes presentaron niveles altos o medios de ansiedad y depresión como rasgo y predominaron los niveles bajos para la ira. El estado de ansiedad fue el predominante, seguido del depresivo, en ambos casos con más de dos tercios de los pacientes en niveles altos o medios, mientras el estado de ira se presentó en una proporción mucho menor.

Conclusión: Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en estadio avanzado mostraron afectación en la esfera emocional. La mayoría de ellos presentaron niveles altos o medios de ansiedad y depresión y en menor proporción la ira.

Palabras clave: síntomas afectivos; emociones negativas; enfermedad renal; factores psicológicos.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease have become a global public health problem with devastating medical, economic and psychosocial consequences. Patients suffering from Chronic Kidney Disease usually deal with high levels of deterioration in functional, physical and emotional areas, as a result of direct disease effects, but also because of changes in social status caused by illness.

Objective: to evaluate levels of anger, anxiety and depression in patients with Advance Chronic Kidney Disease at the University General Hospital "Arnaldo Milián Castro" of the Villa Clara province.

Method: a descriptive study was conducted over 60 patients diagnosed with Advance Chronic Kidney Disease, who were attended in consultation for kidney disease progression, at the hospital “Arnaldo Milián Castro”, in the period between January-April 2017. State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and State-Trait Depression Inventory were applied.

Results: more than half of patients presented high or middle levels of anxiety and depression traits, and predominated low levels for anger. anxiety state was predominant, follow by depressive state, both showing more than two third of the sample in high or middle levels, while anger state was in a much minor proportion.

Conclusion: patients with Advance Chronic Kidney Disease showed affectation in the emotional area. Most of them presented high or middle levels of anxiety and depression while anger was presented in a minor proportion.

Keywords: negative emotions; affective symptom; psychological factors; kidney disease

Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) define un conjunto amplio de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal, constituyendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas, para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud. Su prevalencia ha ido en aumento ligada al envejecimiento de la población y el incremento sostenido en la prevalencia e incidencia de sus principales factores de riesgo, así como por el desarrollo y una mayor cobertura de los métodos y medios diagnósticos, que han permitido su detección precoz.^{1, 2}

Esta enfermedad se produce por la pérdida crónica de las funciones vitales que desempeñan los riñones, y cursa en su evolución a través de 5 estadios. Cuando el paciente se encuentra en los estadios 4 y 5 tiene una Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA).³

La ERC es considerada una de las epidemias más importantes del siglo XXI.⁴ Se estima que más de 700 millones de personas (lo que se correspondería con el 10,6% de la población mundial) sufre de ERC de grado variable y de causa diversa y estos solo constituyen el extremo visible del “iceberg” de la ERC.⁵

En Cuba, cerca de 1 millón 800 mil personas presentan ERC en algún estadio (de los 5 posibles) y de ellos, 210 360 ya han arribado a la etapa avanzada de la ERC.⁶ Igualmente, la ERC se encuentra hoy entre las 15 primeras causas de muerte en el país, al cierre del 2016 las enfermedades glomerulares y renales causaron 937 muertes en Cuba (8,3 por cada cien mil habitantes).⁷

La tasa de prevalencia de pacientes dispensarizados en Villa Clara por ERCA, en el año 2014, fue de 1,56 (por cada 1000 habitantes) con una incidencia anual al régimen dialítico de 136,5 por cada millón de habitantes, superando la media del país, que fue de 103,1.⁸

La ira, la ansiedad y la depresión son de las manifestaciones psicopatológicas más frecuentes en estos pacientes debido a la presencia constante de situaciones amenazantes: la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia de los servicios médicos, las limitaciones en la capacidad funcional, los cambios en el aspecto físico, las pérdidas que sufren en la salud, el trabajo y la estabilidad emocional; y lo poco o nada que pueden hacer por sí mismos para cambiar sus condiciones físicas o las exigencias del tratamiento.^{9, 10}

En la literatura médica se estiman que existe una influencia recíproca entre los factores biológicos y factores psicológicos, llegando estos a incidir en el curso de la enfermedad, así como en la adaptación y adherencia al tratamiento.^{11, 12, 13}

La mayoría de las investigaciones realizadas en estos pacientes se han centrado en identificar causalidad, factores de riesgo, características clínicas de la enfermedad y calidad de vida en estos pacientes.

El **objetivo** del presente trabajo es evaluar la ira, ansiedad y depresión en los pacientes con ERCA, del Hospital “Arnaldo Milián Castro”, cuyos resultados contribuirán a corroborar el papel de las variables psicológicas como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud – enfermedad.

Desarrollo:

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital “Arnaldo Milián Castro” de la provincia de Villa Clara, en el periodo de enero-abril 2017, que incluyó a 60 de los pacientes adultos que se siguen por consulta externa de “Progresión renal”. La selección de la muestra se realizó de forma probabilística, mediante el muestreo aleatorio simple, quedando conformada por 60 enfermos renales en estadios avanzados, comprendidos en las edades de 20 a 60 años.

Las variables de estudio fueron: rasgo iracundo, rasgo ansioso, rasgo depresivo, estado de ira, estado de ansiedad y estado de depresión. Se aplicaron las pruebas de evaluación psicológica: Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado (STAXI-2) (Anexo 1),¹⁴ Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Anexo 2)¹⁵ y el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) (Anexo 3).¹⁶

El procesamiento de los datos obtenidos se realizó utilizando una base de datos SPSS V. 21 para Windows. Para describir el comportamiento de las variables se realizó un procedimiento descriptivo mediante medidas de tendencia central y porcentajes.

Resultados:

El rasgo ansioso fue el predominante, 43 pacientes presentaron niveles altos o medios, para un 71,6% del total, seguido del rasgo depresivo con 39 pacientes (65%) en estos niveles y por último el rasgo de ira, con 18 pacientes (30%) en niveles altos o moderados. (Tabla 1)

Tabla 1: Distribución de enfermos renales según rasgo de ira, ansiedad y depresión.

Variable	Nivel	Resultado	
		N	%
Rasgo de ira	Alto	6	10
	Moderado	12	20
	Bajo	19	31,7
	Nulo	23	38,3
Rasgo de ansiedad	Alto	26	43,3
	Medio	17	28,3
	Bajo	17	28,3
Rasgo de depresión	Alto	15	25
	Medio	24	40
	Bajo	21	35

Fuente: Tests STAXI-2, IDARE, IDERE

Un total de 33 pacientes (55%) presentaron algún grado ira, de ellos 2 en niveles altos y 9 en niveles moderados. Solo 9 de los 60 pacientes seleccionados presentó niveles bajos de ansiedad, resultando que el 85% presentó ansiedad en niveles altos o medios. Un total de 45 pacientes (75%) presentaron depresión en algún grado, de ellos 20 en niveles altos y 25 en niveles medios. (Tabla 2)

Tabla 2: Distribución de enfermos renales según estado de ira, ansiedad y depresión.

Variable	Nivel	Resultado	
		N	%
Estado de ira	Alto	2	3,3
	Moderado	9	15
	Bajo	22	36,7
	Nulo	27	45
Estado de ansiedad	Alto	30	50
	Medio	21	35
	Bajo	9	15
Estado de depresión	Alto	20	33,3
	Medio	25	41,7
	Bajo	15	25

Fuente: Tests STAXI-2, IDARE, IDERE

Discusión:

La presencia de rasgos iracundo, ansioso, depresivo indican una susceptibilidad aumentada a sufrir determinados estados emocionales negativos, además de poder predecir, junto a sus factores asociados, una mayor frecuencia de quejas somáticas, el desarrollo de trastornos mentales y enfermedades físicas, el uso de los servicios médicos, la calidad de vida, un mayor número de eventos vitales negativos y peores hábitos de salud.¹⁷

El **rasgo de ira** en la muestra de estudio se presentó en una proporción inferior si lo comparamos con los rasgos de ansiedad y depresión, con un 30% de los pacientes con niveles altos o moderados, no obstante si consideráramos el nivel bajo, que en el caso del test STAXI- 2 indica rasgos de ira aunque en menor grado, se alcanzaría un porcentaje del 61,7%, acercándose más a los niveles de ansiedad y depresión. Este grupo de pacientes mostró una predisposición a la irritabilidad, a perder los estribos y enojarse ante las frustraciones, críticas o el poco reconocimiento de los demás, con tendencia a exaltarse y encolerizarse fácilmente. Se encontraron resultados que superan esta cifra en estudios que evaluaron los rasgos de ira en pacientes con otras enfermedades crónicas como el VIH y la HTA.^{18, 19}

El **rasgo ansioso** fue el predominante, con un 71,6% de pacientes en niveles altos o medios. Los enfermos renales con este rasgo evidenciaron que a lo largo de la vida han tenido una tendencia a manifestar malestar psicológico, inseguridad ante la toma de decisiones, infelicidad, insatisfacción consigo mismo y con los demás, preocupación excesiva ante problemas de poca magnitud, falta de autoconfianza, intranquilidad, desasosiego y referían sentirse tensos y abrumados ante las dificultades. Aunque se pudiera considerar elevado este número de pacientes con rasgos ansiosos, al consultar otros estudios podemos ver cifras aún superiores.²⁰

El **rasgo depresivo** estuvo presente también en una gran parte de la muestra, llegando a alcanzar el 65%. Estos pacientes manifestaban pesimismo frente al futuro, sentimientos de frustración y fracaso en la vida, tristeza, falta de interés por las actividades, debilidad y poca energía, necesidad de reconocimiento, falta de confianza en sí mismos e indiferencia ante las situaciones emocionales.

El comportamiento de los estados emocionales en el presente estudio tuvo una tendencia similar al de los rasgos, mostrando que el estado ansioso fue el predominante, seguido de la depresión, siendo la ira el estado emocional menos prevalente.

Una de las respuestas comunes de los enfermos renales crónicos es la ira, que suele manifestarse con hostilidad hacia sí mismo, la familia e incluso al personal médico.²¹ Se plantea que los estados de frustración y enojo vivenciados por los pacientes ante el diagnóstico o la entrada a una fase crítica de la enfermedad, son proyectados hacia el mundo circundante, como reacción ante el evento, aunque sus niveles pudieran disminuir en la medida que se acepta el diagnóstico.²² El **estado de ira** fue el que estuvo presente en menor medida en la muestra del presente estudio, con un 18,3% de los enfermos con niveles altos o moderados de ira y llegando a alcanzar el 55% al sumar aquellos pacientes con niveles bajos, lo cual muestra un comportamiento similar al de los rasgos de ira. Se encontró una prevalencia similar en otras investigaciones que abordan la ira como estado en otras afecciones médicas de curso crónico.²²

El enfermo renal se enfrenta constantemente a la percepción de falta de control sobre las situaciones que está viviendo, lo que constituye un terreno propicio para el desarrollo del estado de ansiedad.¹¹ La ansiedad suele asociarse a una mayor presencia de síntomas, pues provoca hiperactivación simpática, relacionada con síntomas respiratorios y cardiovasculares, aumenta la tensión muscular, relacionada con los síntomas musculoesqueléticos y tiene repercusión neuroendocrina, provocando secreción de catecolaminas y cortisol que a su vez se asocian con trastornos inmunológicos. Es conocido que la ansiedad aumenta la percepción de diversos tipos de síntomas a través de una mayor focalización atencional interoceptiva, la amplificación de estas percepciones, y su interpretación en términos más negativos (sesgo atencional e interpretativo).¹² De ahí que los pacientes ansiosos muestren mayor limitación en su capacidad funcional.²³ Por tanto es posible que la ansiedad pueda explicar parte de las molestias físicas para las que no se encuentra etiología clara en el enfermo renal. El **estado ansioso** estuvo presente en casi la totalidad de la muestra, afectando el 85% de los enfermos renales y estando por encima del número de pacientes que habían mostrado rasgos ansiosos. Estos resultados evidencian una prevalencia muy alta del estado de ansiedad, aunque tenemos que considerar que los pacientes de este estudio se encontraban en un estadio avanzado de la enfermedad y en la antesala del tratamiento sustitutivo renal, lo cual constituye probablemente la etapa más crítica de su padecimiento. El estado ansioso también se encontró en rangos elevados en otros estudios.^{20, 24}

La depresión suele estar asociada a las pérdidas, por lo que los pacientes con ERC son muy susceptibles a presentar estados depresivos en el curso de su enfermedad, pues estos además de presentar un declive de la función renal y un deterioro físico de forma general, sufren cambios radicales en cuanto a su rol en la

familia, círculo de amigos, trabajo, sus capacidades cognitivas y función sexual.²⁵

²⁶ El **estado depresivo** tuvo también una prevalencia muy elevada entre los pacientes evaluados en el presente trabajo, encontrándose en el 75% de estos, superando el número de pacientes que habían mostrado rasgos depresivos. Esto puede ser indicador del gran impacto emocional que resulta para estos enfermos el advenimiento de un cambio drástico en el tratamiento de su enfermedad, como lo es la terapia dialítica, que restringe aún más su ya limitada vida familiar, social y laboral. Estos resultados mostraron una prevalencia del estado depresivo que fue superior a las reportadas en las investigaciones consultadas.^{13, 27, 28}

Conclusiones:

La afectación en la esfera emocional caracteriza a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en estadios más avanzados de la enfermedad; muchos de ellos presentaron niveles altos o medios de ansiedad, depresión y de ira, aunque esta última en menor proporción.

Bibliografía:

1. Martínez D, Pérez de Alejo L, Moré CX, Rodríguez R, Dupuy JC. Estudios de laboratorio clínico para la detección de la enfermedad renal crónica en grupos poblacionales de riesgo. Rev MEDISAN [revista en Internet]. 2016 [citado sep 2016];20(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100008&lng=es&nrm=iso
2. Guzmán KA, Fernández de Córdova JC, Mora F, Vintimilla J. Prevalencia y factores asociados a enfermedad renal crónica. Rev Med Hosp Gen Méx [revista en Internet]. 2014 [citado dic 2015];77(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3c555aa8-df63-4e31-8477-aca89bb37f35%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4207>
3. Bencomo O. Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla. Rev Med Gen Integral [revista en Internet]. 2015 [citado ene 2016];66(24):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/66/24>
4. Martínez A, Frómeta A, Boza PE. Supervivencia del adulto mayor diagnosticado con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. Rev Multimed [revista en Internet]. 2014 [citado nov 2015];18(3):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2014/mul143k.pdf>
5. Guerra G, Ibañez A. Estado de la enfermedad renal crónica en Cuba. Rev Cub de Alimentación y Nutrición [revista en Internet]. 2014 [citado nov 2015];24(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.revicubalimentanut.sld.cu/Vol_24_2_Suplemento_1/Epidemiologia_ERC_Vol_24_2_Supl_1.pdf
6. Almaguer M. Epidemiología de los programas de diálisis. En: Magrans C, Barranco E, Ibars EV. Hemodiálisis y enfermedad renal crónica. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2016. p. 16-28
7. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016. [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2017 [citado ene 2018]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Cuba Nefro-Red 2014. Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Cuba. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2014.
9. Mesa M. Aspectos psicológicos de los pacientes en hemodiálisis crónica. En: Magrans C, Barranco E, Ibars EV. Hemodiálisis y enfermedad renal crónica. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2016. p. 430- 436.
10. Mayorga TM, Naranjo LA. Aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la autoestima en pacientes adultos con Insuficiencia Renal, atendidos en la clínica de los riñones Menydia de la ciudad de Ambato. Repositorio PUCESA. [Internet] 2014 [citado 2 dic 2015] Disponible en: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/1011/1/80222.pdf>
11. Perales CM, García A, Reyes GA. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de

- hemodiálisis. Rev Nefrolog [revista en Internet]. 2012 [citado dic 2015];32(5):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>
12. Perales CM, Duschek S, Reyes GA. Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. Rev Nefrolog [revista en Internet]. 2013 [citado dic 2015];33(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2013.Aug.12097>
 13. Varela L, Vázquez MI, Bolaños L, Alonso R. Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. Rev Nefrología [revista en Internet]. 2011 [citado dic 2015];31(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0211-69952011000100015>
 14. Molerio O, Nieves Z, Otero I, Casas G. Manual de Inventario de Ira Rasgo-Estado (STAXI -2). Adaptación Cubana. Santa Clara: Editorial Feijoo; 2004.
 15. López LM. Compendio de instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
 16. González FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
 17. Grossardt BR, Bower JH, Geda YG, Colligan RC, Rocca WA. Pessimistic, anxious, and depressive personality traits predict all-cause mortality: the Mayo Clinic cohort study of personality and aging. Psychosom Med [revista en Internet]. 2009 [citado ene 2017];71(5):[aprox. 9 p.] Disponible en: <https://doi:10.1097/PSY.0b013e31819e67db>
 18. Ramos Y, Cabrera A, González B. Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/sida. Rev Medisur [revista en Internet]. 2016 [citado dic 2016];14(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3343>
 19. Montoya EA, Osorio CY. Variables psicológicas relacionadas con hipertensión controlada y no controlada en grupos de pacientes hipertensos adscritos a la IPS punto de salud Robledo- SUSALUD- EPS en el año 2005. [Internet] 2005 [citado feb 2017]. Disponible en: http://www.epssura.com/memorias_prestadores/factores_hta_cont_no_cont.pdf
 20. Páez AE, Jofré MJ, Azpiroz CR, De Bortoli MA. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Rev Universitas Psychologica [revista en Internet]. 2009 [citado dic 2015];8(11):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revistas.javerianes.edu.co/index.php/revPsycho/article/view1267/284>
 21. Achucarro S. Calidad de vida de pacientes con VIH-SIDA. Rev del Instituto de Medicina Tropical. 2010; 5(1): 20-34.
 22. Schalet BD, Pilkonis PA, Yu L, Dodds N, Johnston KL, Yount S et al. Clinical validity of PROMIS Depression, Anxiety, and Anger across diverse clinical samples. Journal of Clinical Epidemiology [revista en Internet]. 2016

- [citado dic 2016];73:[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928>
23. Pulgar A. Aplicación del modelo biopsicosocial para la comprensión de la calidad de vida y el pronóstico en el cáncer hematológico [tesis doctoral]. Jaén: Universidad de Jaén; 2010.
 24. Muñoz PA, Herrera S. Estilos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Relación con los niveles de ansiedad y el tiempo de tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. Dspace de la Universidad del Azuay [Internet]. 2016 [citado dic 2016] Disponible en: [dinamicashhttp://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5554](http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5554)
 25. Nguyen HA, Anderson CAM, Miracle CM, Rifkin DE. The Association between Depression, Perceived Health Status, and Quality of Life among Individuals with Chronic Kidney Disease: An Analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey 2011-2012. Journal Nephron [revista en Internet]. 2017 [citado abril 2017];136(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000455750>
 26. Malheiro P, Arruda D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. Rev Enferm glob [revista en Internet]. 2012 [citado ene 2017];11(28):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?.pid=sci_arttext&pid=/s1695.61412012000400014
 27. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal Kidney Int [revista en Internet]. 2013 [citado dic 2016];84(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23486521>
 28. Hedayati SS, Jiang W, O'Connor CM, Kuchibhatla M, Krishnan KR, Cuffe MS, et al. The association between depression and chronic kidney disease and mortality among patients hospitalized with congestive heart failure. Am J Kidney Dis [revista en Internet]. 2004 [citado dic 2016];44(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15264178>

Anexos:

Anexo 1: Inventario de Expresión de Ira estado- rasgo (STAXI-2)

Nombre y apellidos: _____

STAXI - 2

Parte 1

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE AHORA MISMO, usando la siguiente escala de valoración.

- A. No en lo absoluto
- B. Algo
- C. Moderadamente
- D. Mucho

		A	B	C	D
1	Estoy furioso				
2	Me siento irritado				
3	Me siento enfadado				
4	Le pegaría a alguien				
5	Estoy alterado				
6	Me gustaría decir "malas palabras"				
7	Estoy molesto				
8	Me gustaría dar puñetazos en la pared				
9	Me dan ganas de maldecir a gritos				
10	Me dan ganas de gritarle a alguien				
11	Quiero romper algo				
12	Me dan ganas de gritar				
13	Le tiraría algo a alguien				
14	Tengo ganas de abofetear a alguien				
15	Me gustará hacerle la bronca a alguien				

Parte 2

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE NORMALMENTE, usando la siguiente escala de valoración.

- A. Casi nunca
- B. Algunas veces
- C. A menudo
- D. Siempre

		A	B	C	D
16	Me encolerizo rápidamente				
17	Tengo un carácter irritable				
18	Soy una persona exaltada				
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen				
20	Tiendo a perder los estribos				
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás				
22	Me pongo furioso cuando hago algún buen trabajo y se me valora poco				
23	Me molesto con facilidad				
24	Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto				
25	Me enfado cuando se me trata injustamente				

Anexo 2: Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE)

IDARE- E

Nombre y apellidos: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

N	Vivencias	No	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy alterado por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento con confianza en mí mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy agitado				
14	Me siento "a punto de explotar"				
15	Me siento relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy excitado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

IDARE- R

Instrucciones: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene con un círculo el número que indique como se siente generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor lo describa.

N	Vivencias	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21	Me siento mal				

22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tensó y alterado				

Anexo 3: Inventario de depresión rasgo- estado (IDERE)

IDERE- E

Nombre y apellidos: _____

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta ahora mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, ahora.

N	Vivencias	NO, EN ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación				
2	Estoy preocupado				
3	Me siento con confianza en mí mismo				
4	Siento que me canso con facilidad				
5	Creo que no tengo nada de que arrepentirme				
6	Siento deseos de quitarme la vida				
7	Me siento seguro				
8	Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo				
9	Me canso más pronto que antes				
10	Me inclino a ver el lado bueno de las cosas				
11	Me siento bien sexualmente				
12	Ahora no tengo ganas de llorar				
13	He perdido la confianza en mí mismo				
14	Siento necesidad de vivir				
15	Siento que nada me alegra como antes				
16	No tengo sentimientos de culpa				
17	Duermo perfectamente				
18	Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea				

19	Tengo gran confianza en el porvenir				
20	Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir				

IDERE- R

Instrucciones: alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, generalmente.

N	Vivencias	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE	CASI SIEMPRE
1	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo				
2	Creo no haber fracasado más que otras personas				
3	Pienso que las cosas me van a salir mal				
4	Creo que he tenido suerte en la vida				
5	Sufro cuando no me siento reconocido por los demás				
6	Pienso que todo saldrá bien en el futuro				
7	Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones				
8	Me deprimó por pequeñas cosas				
9	Tengo confianza en mí mismo				
10	Me inclino a ver el lado bueno de las cosas				
11	Me siento aburrido				
12	Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen				
13	He logrado cumplir mis propósitos fundamentales				
14	Soy indiferente ante las situaciones emocionales				
15	Todo me resulta de interés				
16	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
17	Me falta confianza en mí mismo				
18	Me siento lleno de fuerzas y				

	energías				
19	Pienso que los demás me estimulan adecuadamente				
20	Me ahogo en un vaso de agua				
21	Soy una persona alegre				
22	Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago				

Empatía en estudiantes de Estomatología de la Universidad Médica de Cienfuegos

Autores: Yamila Ramos Rangel¹, Linsay Ignacia Hamaty Segrera², Sunsen Liwe Placeres³, Diamela Raya Álvarez⁴, Meybi Rivero Cordero⁵

¹Licenciada en Psicología. Master en Psicología Médica. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.² Lic en Psicología. Master en Psicología de la Salud. Profesor instructor. Área V. Cienfuegos³⁻⁵ Estudiante de cuarto año de la carrera de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Resumen

Fundamento: fomentar la empatía en los estudiantes de Estomatología resulta una necesidad ineludible que no se puede postergar.

Objetivo: relacionar la empatía global y sus dimensiones entre dos grupos de estudiantes de estomatología de primer y tercer año de la Universidad Médica de Cienfuegos.

Métodos: investigación descriptiva-correlacional, transversal, realizada a una muestra de 50 estudiantes (25 de primero y 25 tercero) seleccionados de manera intencional de los años de formación y de manera aleatoria simple para los participantes de cada grupo. Se utilizó ficha de datos sociodemográficos y Escala de Empatía Médica de Jefferson, versión Student o "S".

Resultados: predominó el sexo femenino (84 %), las edades entre 18 y 19 años (primer año), 20 y 21 (tercer año). Empatía global superior en estudiantes de tercer año (86, 69 %) en relación con primer año (84,52 %). Existió una correlación directa y muy fuerte entre la empatía global y el cuidado con compasión en ambos años. En el primer año la asociación fue buena y fuerte entre la toma de perspectiva, el cuidado con compasión y ponerse en el lugar del otro, en el tercer año entre la toma de perspectiva y el cuidado con compasión.

Conclusiones: el comportamiento de la empatía global y la correlación entre sus dimensiones no mostró diferencias muy marcadas entre primero y tercer año, como debería ser por lógica, entonces, teniendo en cuenta que la Estomatología, como disciplina profesional, exige una atención de calidad centrada en el paciente y el desarrollo de actitudes empáticas en el alumnado, profundizar en futuras investigaciones acerca de los factores que están incidiendo en el desarrollo o declive de las dimensiones de la empatía de manera progresiva en estos estudiantes, constituye una necesidad.

Palabras clave: empatía; estudiantes de odontología

INTRODUCCIÓN

En la enseñanza de las ciencias médicas y de la salud es prioritario cumplir adecuadamente el principio didáctico de la educación a través de la instrucción, enfocando la influencia educativa en aspectos concernientes a las competencias sociales de los estudiantes, direccionadas hacia el bienestar interpersonal y personal, razón suficiente para desarrollar estrategias que fortalezcan la empatía, considerada como una actitud, en beneficio de la atención integral del paciente y las buenas relaciones en el equipo de salud.

Durante el transcurso de la carrera de los estudiantes en la formación inicial, por lo general se observa que algunos se apropian de manera satisfactoria del conocimiento y desarrollan las habilidades prácticas en el ámbito académico, pero se ven en problemas en el área clínica, cuando les corresponde establecer una relación empática con el paciente y la familia, simplemente porque esta actitud, aun no la han consolidado.¹

Si bien la conceptualización teórica del término empatía se dificulta por falta de claridad y ambigüedad en su definición, sí está bien fundamentada su importancia en el estudio de la conducta humana y su análisis en la psicopatología y la conducta prosocial.² No se debe olvidar que el acto médico es un ejercicio de humanismo, basado en una insustituible relación de confianza, cuyas dimensiones humanas y de espiritualidad deben ser consideradas y atendidas individualmente. Por ello poner en el foco de atención a la empatía como una cualidad de la personalidad y eje central en la relación médico-paciente, que puede ser desarrollada en los estudiantes de las carreras médicas, y en particular de la Estomatología, resulta una necesidad ineludible que no se puede postergar.

Para los fines de la investigación se asume la empatía como una actitud por parte del individuo para reconocer y comprender los sentimientos, experiencias, vivencias y actitudes de las demás personas, así como las circunstancias que los afectan en un momento determinado, combinado con la comunicación de lo que se ha comprendido de su mundo interior.^{2,3}

En relación con el constructo empatía las autoras recurrieron para su estudio a considerarla como una actitud fundamental del cuidado de los profesionales en situación de atención; donde deben establecer en la relación con el paciente tres dimensiones fundamentales que hacen mensurable este constructo: la toma de perspectiva, el cuidado con compasión y ponerse en el lugar del otro, dimensiones definidas en el encuadre teórico que sustenta el instrumento de medición utilizado para la presente indagación.^{1,2,4}

La dimensión, toma de perspectiva, es caracterizada por la comprensión de los sentimientos del paciente como medio terapéutico, de los sentimientos de los familiares como táctica para establecer buenas relaciones con el paciente, tratar de atender al paciente desde su perspectiva, mantener buen sentido del humor, valorar el lenguaje verbal y no verbal, lo que el paciente dice y siente. La compasión se relaciona con poner atención a las experiencias personales de los pacientes como elementos importantes en la efectividad del tratamiento, conocer lo que pasa en la vida del paciente como medio para conocer su relación con las dolencias físicas, comprender que el establecimiento de lazos afectivos puede coadyuvar al tratamiento, entender que la formación como profesional de la salud debe ser integral y poner atención a los sentimientos de los pacientes durante la entrevista en la confección de la historia clínica. Finalmente la capacidad de ponerse en el lugar del paciente se vincula con el comprender que las interrelaciones sentimentales del paciente y los familiares son importantes en todo el proceso salud-enfermedad, ver los hechos y fenómenos desde la perspectiva del paciente y entender que aunque los pacientes sean distintos a este profesional, cada vez deben ser mejor comprendidos, colocándose en su lugar ante el problema que presente, sea de índole física o psicosocial.

Es alentador conocer algunas investigaciones^{5,6} realizadas con estudiantes de las Ciencias de la Salud, que indican que la actitud empática puede ser aumentada significativamente mediante un enfoque humanista durante la enseñanza, particularmente si el docente está inmerso en las experiencias de los estudiantes con pacientes tanto en el ámbito hospitalario como en la red ambulatoria.

En la formación del estudiante de las Ciencias Médicas en Cuba la educación integral de su personalidad está contemplada en todos los programas y en el perfil del profesional del modelo de formación del futuro egresado en correspondencia con un encargo social de formar profesionales competentes en las áreas del saber pero con una cosmovisión profundamente humanista en el ser, en el convivir y en el hacer con gran compromiso ético y humano. Es por ello que el estudiante de la Estomatología debería aprender, practicar y fortalecer la empatía a lo largo de su carrera profesional porque lo ético y lo empático son coordenadas que fijan el marco de la relación con el paciente y la familia.

Los estudiantes deben salir de las facultades de Medicina no solo con conocimientos técnicos. Al graduarse también deben saber que su misión no es tratar enfermedades, sino a los seres humanos que las padecen”, (...) donde en la espiral del desarrollo humano, no es ocioso insistir en que cobra de nuevo actualidad y validez el aforismo, no exento de disquisiciones de que “no hay enfermedades, sino enfermos”.⁷

Dadas las consideraciones que anteceden y en este contexto cubano donde son insuficientes, fragmentados y dispersos los conocimientos sobre las actitudes empáticas de los estudiantes de Estomatología, faltando publicaciones relacionadas con el tema, surge la idea de desarrollar la presente investigación que facilite profundizar en este constructo y ajustar con posterioridad las posibles intervenciones desde bases científicas para la potenciación de dicha actitud desde los primeros años de formación del futuro profesional.

Se formula como objetivo relacionar la empatía global y sus dimensiones entre dos grupos de estudiantes de estomatología de primer y tercer año en la formación inicial de la Universidad Médica de Cienfuegos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo-correlacional, transversal en estudiantes de la carrera de Estomatología de la Universidad Médica de Cienfuegos en el período septiembre 2015 a mayo 2016.

Se trabajó con una población de 96 estudiantes de primer y tercer año de la carrera de Estomatología. La muestra estuvo conformada por 50 estudiantes de estos años. Se realizó un muestreo intencional en relación a años elegidos y posteriormente se seleccionó al azar 25 estudiantes de cada año a través de una tabla de números aleatorios. Los años de formación fueron seleccionados para el estudio por factibilidad de las investigadoras.

Se tuvieron en cuenta para su inclusión que los estudiantes fueran de primer y tercer año de la Carrera de Estomatología y que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Se excluyeron los que no promovieron el año que cursaban y los estudiantes de traslado de otras Universidades en el curso en que se realizó el estudio. Fueron

considerados como criterio de salida a los estudiantes que desearon abandonar la investigación o que estuvieran hospitalizados.

Fueron analizadas las variables sexo, edad, año de formación. La variable empatía se operacionalizó teniendo en cuenta la empatía global y sus tres dimensiones:

- Toma de perspectiva
- Cuidado con compasión
- Ponerse en el lugar del otro

Como técnicas e instrumentos de nivel empírico se utilizó una ficha de datos sociodemográficos y la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) en su versión Student o “S” (*Jefferson Scale of Physician Empathy – JSPE*), utilizada con el objetivo de medir la actitud empática global y sus dimensiones en estudiantes de ciencias de la salud como medicina y estomatología.^{1, 2, 6, 8}

Se eligió por su confiabilidad, consistencia interna y su frecuencia de uso en la medición de empatía médica, tanto en la formación de pregrado como de postgrado.^{1, 2, 5, 6} Consta de 20 reactivos con escala Likert donde el estudiante responde de acuerdo a una escala con un rango de siete puntos que va desde totalmente de acuerdo (7 puntos) a totalmente en desacuerdo (1 punto). Estos ítems exploran las dimensiones: toma de perspectiva, cuidado con compasión y ponerse en el lugar del otro.

Es un instrumento aprobado, validado y aplicado en la lengua castellana en varios países latinoamericanos como México y Venezuela, Chile, República Dominicana.^{3, 8} Para fines de esta investigación se aplicó una prueba piloto a 10 estudiantes de la carrera de Medicina, a partir de lo cual se sugirió cambiar la palabra odontología por estomatología, por ser la de mayor uso en el contexto en que se realiza la investigación, procurándose de esta manera adaptarla culturalmente.

En su calificación e interpretación los puntajes pueden fluctuar entre un mínimo de 20 a un máximo de 140; mientras más alto sea el puntaje, más empática la orientación del individuo.

Se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial. Las variables cuantitativas se presentaron en media, mínimo, máximo y las categóricas en frecuencias y porcentajes. Se empleó la correlación de Pearson para comparar los promedios de empatía global y sus dimensiones, en relación con el primer y tercer año académico de formación, al nivel de significación 0,05 y 0,01. Se procesó la información en la base de datos del paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows en español.

La metodología planificada fue aplicada en una sesión de trabajo. Se llevó a cabo la aplicación de las técnicas con todas las condiciones adecuadas de privacidad, iluminación y ventilación para lograr que la información fuese al máximo confiable. Las consideraciones éticas requeridas para la investigación con humanos se tuvieron en cuenta.

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de los estudiantes de la carrera de Estomatología por años de formación (primero y tercero) y sexo

Año de formación académica	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primer año	6	24	19	76	25	100
Tercer año	2	8	23	92	25	100
Total	8	16	42	84	50	100

N=50 Fuente: Formulario de datos sociodemográficos

Se apreció un predominio del sexo femenino en ambos grupos estudiados.

En relación a la distribución de los estudiantes de la carrera de Estomatología por años de formación (primero y tercero) y edad se reflejó que las edades de 18 y 20 años fueron las más representadas en el total de la muestra, con 13 estudiantes cada una (26 %). Cursan el primer año 13 estudiantes (26 %) con 18 años y 12 (24 %) con 19 años de edad; que transitan por la etapa de la adolescencia tardía, mientras que en tercero son adultos jóvenes de 20 años, 13 estudiantes (26 %) y de 21 años de edad, 12 estudiantes (24 %).

Tabla 2: Distribución de valores de empatía global y sus dimensiones según años de formación académica.

Años	Empatía global			Cuidado compasión			Toma perspectiva			Ponerse en el lugar del otro		
	Mín.	Máx	Med	Mín.	Máx	Med	Mín.	Máx	Med	Mín.	Máx	Med
1er año	41	118	84.52	13	63	51.48	12	33	19.04	8	19	12.60
3er año	75	100	86.68	41	74	58.52	7	26	15.24	7	18	12.92
Total	41	118	85.60	13	74	55.00	7	33	17.14	7	19	12.76

N=50

Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) versión "S"

Los valores de empatía global mostraron variabilidades muy similares en ambos años de formación, aunque se apreciaron promedios discretamente más altos en los estudiantes de tercer año. Los estudiantes de tercer año mostraron una empatía global de un 86,68 %, superior a los de primer año, que mostraron un 84,52 %. En el primer año, no obstante las puntuaciones mínimas son casi el doble más bajas que en tercero.

Las dimensiones de la empatía evidenciaron variaciones en el comportamiento de estas. En la dimensión, cuidado con compasión fueron superiores los valores en el tercer año, en la dimensión toma de perspectiva las medias fueron superiores en el primer año y en la dimensión ponerse en el lugar del otro fueron muy similares los resultados arrojados.

Se destacó en la dimensión cuidado con compasión, que el grupo de primer año puntuó los valores mínimos más bajos en relación a tercero (13 frente a 41), siendo superados

por el grupo de tercer año con una diferencia de 28 puntos. En la toma de perspectiva aún cuando el mínimo y máximo reportado no presentó grandes variaciones, los valores más bajos se registraron en tercero. Ponerse en el lugar del otro fue la dimensión que arrojó puntuaciones mínimas, máximas y medias similares. Estos resultados son significativos al nivel 0,05.

Tabla 3: Correlaciones entre la empatía global y sus dimensiones en estudiantes de primer año de Estomatología.

Empatía global y dimensiones	Cuidado con compasión	Toma de perspectiva	Ponerse en el lugar del otro
Empatía Global	.655(**)	.159	-.104
Cuidado con compasión	1.000	-.440(*)	.027
Toma de perspectiva	-.440(*)	1.000	-.433(*)
Ponerse en el lugar del otro	.027	-.433(*)	1.000

N= 50 Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) versión "S"
Correlación significativa para 0,05 (*) y 0,01(**).

Existió una correlación directa y muy fuerte (**) entre la empatía global y el cuidado con compasión. La asociación fue buena y fuerte (*) entre la toma de perspectiva, el cuidado con compasión y ponerse en el lugar del otro.

Tabla 4: Correlaciones entre la empatía global y sus dimensiones en estudiantes de tercer año de Estomatología.

Empatía global y dimensiones	Cuidado con compasión	Toma de perspectiva	Ponerse en el lugar del otro
Empatía Global	.531(**)	.091	.088
Cuidado con compasión	1.000	-.473(*)	-.349
Toma de perspectiva	-.473(*)	1.000	-.099
Ponerse en el lugar del otro	-.349	-.099	1.000

N= 50 Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) versión "S"
Correlación significativa para 0,05 (*) y 0,01(**).

Existió una correlación directa y muy fuerte (**) entre la empatía global y el cuidado con compasión. Solo se presentaron relaciones positivas y moderadas entre el cuidado con compasión y la toma de perspectiva.

DISCUSIÓN

En la investigación, el predominio del sexo femenino fue similar a los resultados reportados en estudios de España y Venezuela, donde la presencia femenina en las

carreras de ciencias de la salud representa cifras entre el 70 % y más del 80 % y específicamente la demanda de la carrera de Estomatología mantiene un creciente incremento de mujeres, alcanzando porcentajes por encima del 85 %.^{1,9,10}

De igual modo, en el estudio realizado por Soria, Guerra, Giménez y Escanero, al investigar acerca de la decisión de estudiar estomatología, se destaca el alto porcentaje de mujeres observado (75 %).¹⁰

La literatura reporta como las mujeres se han incorporado masivamente a los estudios de Estomatología en el mundo. Se señala en lo documentado que las mujeres profesionales son superiores en las capacidades comunicativas para ofrecer recomendaciones y consejos preventivos, además de la sensibilidad que demuestran ante disímiles situaciones de las demás personas.¹

A consideración de las autoras, y tomando por base resultados de otros estudios, es posible afirmar que generalmente la carrera de estomatología es más solicitada por las féminas. Esto pudiera estar asociado a los estereotipos sociales que en muchas ocasiones existen alrededor de las carreras de salud, donde se les asocia al trabajo que implica la delicadeza, la sensibilidad, y en muchos casos, aún cuando las profesiones no se limitan ni se dividen entre los sexos, a nivel social, a partir de las creencias y estigmas existentes, que influyen en la elección de la profesión.

Según estudios realizados en diversos países del orbe,^{2,11} las mujeres registran un puntaje de empatía significativamente superior a los hombres. Se ha dicho que las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los hombres y que pasan más tiempo con sus pacientes y le ofrecen más atención preventiva y orientada.⁷ En cambio, los hombres se inclinan más a ofrecer soluciones racionales, mientras que las mujeres lo hacen más hacia las medidas de apoyo emocional y el entendimiento que ayudan a reforzar sus relaciones empáticas.^{12,13}

La edad de los estudiantes de la muestra fue consecuente con lo establecido en el sistema universitario cubano, donde se comienzan los estudios de la carrera de Estomatología después del pre-universitario, a partir de los 17 años de edad. Es una etapa del desarrollo donde la selección de la profesión es rectora para estas edades y el estudiante pretende trazar su proyecto de vida.

Los estudiantes de la carrera de Estomatología son empáticos de forma general. Este es un resultado obtenido en la investigación, que guarda correspondencia con los registrados en estudiantes colombianos,¹⁴ peruanos,¹⁵ e ingleses,¹⁶ y son contrarios a los obtenidos en estudiantes dominicanos donde la actitud empática reportó niveles bajos comparados con estos estudios.³

En la literatura se señala que estos resultados pueden estar dados por las diferencias en los programas de estudios y de manera especial en la conformación del currículo, en cuanto al énfasis de materias de ciencias y de humanidades desde lo instructivo y educativo a alcanzar.^{2,3,6}

La empatía es una actitud vital en la relación médico –paciente, si es desarrollada de manera adecuada por el profesional de la salud va en beneficio del paciente y del propio profesional. Es difícil pensar en una buena praxis del estomatólogo si no ha desarrollado

habilidades conductuales para desenvolverse ante el paciente que abarquen el área de la práctica clínica y el trabajo comunitario desde una perspectiva humanista.

En tal sentido, señala Casino¹⁷ que para ser un buen profesional de la salud, no basta con ser competente en los aspectos orgánicos, como hacer un diagnóstico, hacen falta otras muchas competencias, entre las que brilla con luz propia la capacidad de comunicarse y comprender al paciente.

La actitud empática parece ser un elemento esencial de la calidad asistencial, asociado estrechamente con la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y menores quejas por mala praxis, por lo que no hay duda de que puede ser aprendida y debe enseñarse como cualquier otra competencia clínica, porque si realmente es el reactivo indispensable para que un profesional de la salud ponga en valor todo sus conocimientos y cristalice una buena asistencia, la enseñanza de esta debería estar presente en las facultades de estomatología, en la formación inicial así como en los procesos pedagógicos del postgrado.¹⁸

Al medir la empatía global y las dimensiones en los estudiantes de estomatología de primer y tercer año, en este último año se presentaron promedios más altos de empatía global, aunque cercanos a los reportados por el primer año, resultados que son similares a los reportados por Mejía de Díaz¹ y contrarios a otros estudios donde no se aprecia variabilidad en los valores descritos por años.^{3,16} Dichos autores refieren que los años de estudio no afectan los niveles empáticos entre los estudiantes.

En general, la literatura atribuye al tiempo tanto efectos reductores^{19,20} como incrementales^{7, 14,18, 23} durante el transcurso de la carrera.

Como afirman Silva, Arboleda y Díaz,³ es conveniente tener en cuenta que el tipo de diseño de estudio presente, al ser de corte transversal, impone limitaciones importantes para la medición del cambio en los niveles de empatía durante el desarrollo de la carrera. Asimismo es otra limitación para la obtención de resultados más confiables la no contrastación de estos con otros métodos y técnicas de exploración.

Los resultados obtenidos que reflejaron puntuaciones globales más altas en los estudiantes de tercer año pudieran estar propiciados por el hecho de que estos estudiantes interactúan de manera más directa con pacientes, a través de la educación en el trabajo, forma organizativa docente de la enseñanza médica universitaria en Cuba, que les facilita en condiciones reales de atención al paciente un vínculo con este para el desarrollo de habilidades profesionales y la formación de convicciones humanistas. En esta relación estomatólogo –paciente, el estudiante tiene posibilidades de vivenciarla y evidenciarla en los modos de actuación que desempeña en las áreas de salud por las que transitan como parte de su programa curricular en este año académico, tales como Operatoria dental, Medicina bucal, Prótesis, Periodoncia, desde experiencias reales con pacientes. Se suma a ello que desde el currículo reciben la asignatura Psicología y Salud que tiene como objetivo general que el estudiante sea capaz de desarrollar una concepción sociopsicológica del proceso salud enfermedad, que sustente un desempeño ético, humanista y personalizado en la solución de los problemas de salud bucal más generales y frecuentes que se presentan en la práctica profesional de los futuros egresados.

Pudieran estar asociados estos resultados también, a la experiencia acumulada de los años de estudio, con el consiguiente aumento de los niveles de motivación profesional y una mayor toma de conciencia del objeto social e importancia de la profesión para la vida y felicidad de sus congéneres. Además de la selección de métodos productivos entre los cuales está la significatividad de aprendizajes experienciales (específicamente en la solución de problemas, enfatizando en las dimensiones del aprendizaje desarrollador), que se utilizan en el sistema educacional cubano para las ciencias médicas, donde el estudiante tiene la posibilidad de estar en contacto directo con el ambiente natural de los pacientes que propicia experiencias de aprendizaje positivas y les permite percibir a los pacientes como seres humanos y no como una “enfermedad o un órgano”

Al considerar los datos de las variables pareadas, puntaje total o global de empatía y dimensiones de la empatía según la escala existió en ambos años, solo una correlación altamente significativa entre la empatía global y el cuidado con compasión. En el primer año la asociación entre las dimensiones fue significativa entre la toma de perspectiva con el cuidado con compasión y ponerse en el lugar del otro, mientras que en el tercer año solo la toma de perspectiva se vinculó con la compasión.

En cuanto a los componentes o dimensiones del constructo empatía se mostró que hubo significancia en relación a la “toma de perspectiva” teniendo valores más elevados en tercer año. Sin embargo el “cuidado con compasión” tuvo promedios no tan significativos con respecto al primero. Se evidenció que en cuanto a “ponerse en lugar del otro” los estudiantes del tercer año de la carrera estuvieron por debajo de la cifra del primer año.

Estudios realizados en Venezuela reportan variaciones en las dimensiones de la empatía de los estudiantes de las Ciencias de la Salud según universidades de procedencia donde, la toma de perspectiva es predominante en unos y se aprecia como dimensión predominante el “cuidado con compasión” en otros. Se reportan también en estas investigaciones que los estudiantes de Medicina son menos compasivos en promedio comparativamente con los de Estomatología, quienes en general tienen un valor más alto que enfermería.²²

Las puntuaciones más bajas en la dimensión toma de perspectiva indicarían menor flexibilidad cognitiva y mayor dificultad para comprender los estados de ánimo ajenos, pudiendo entorpecer la comunicación y las relaciones interpersonales.

Al respecto, Karchmer²³ afirma que la pura compasión no es suficiente, ni tampoco el elemento más importante del profesional de la salud. Es una cualidad que debe asociarse a integridad, devoción y capacidad; y, a menos que estas cualidades inherentes y adquiridas, no sean cabalmente desarrolladas en los años formativos, es poco probable que emerjan espontáneamente cuando las demandas del ejercicio profesional y las frustraciones de la vida sacudan tan fuertemente la humanidad de este profesional.

La relación significativa que se establece entre la toma de perspectiva y las dos restantes dimensiones en los estudiantes de primer año es indicativo de que en primer orden la comprensión de la perspectiva del paciente y familiares tratando de atenderlo desde su visión se vincula con la necesidad de tener en cuenta el cuadro interno de este paciente atendido no como un sujeto portador de una posible enfermedad sino de una dolencia,

que exige del facultativo una formación profesional profundamente humanista donde, sin contaminarse con el mundo afectivo de sus pacientes, sepa ponerse en el lugar de este comprendiendo sus conflictos y problemas personales para luego utilizar esta información con fines terapéuticos.

Se intuye que en estos estudiantes se pondera la necesidad de tener la capacidad de captar el mundo interno del paciente, percibir sus significados personales como si fueran propios y acompañarlo en sus sentimientos, de modo que este pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos con la máxima confianza posible.

Por otro lado en los estudiantes de tercer año reportaron similares resultados a estudios¹ donde “ponerse en el lugar de otro” no mostró significancia en las dimensiones en estudiantes de estomatología. Estos resultados pudiesen ser una alerta sobre si se está acentuando con el tránsito de los estudios, por parte de los profesores, en los aspectos puramente científico y técnicos, postergando lo humanitario, no siendo modelos para el estudiante en el empleo de actitudes empáticas en la relación con el paciente.

En un estudio realizado en estudiantes de medicina mexicanos se muestra que sí es posible modificar los factores de la empatía en sujetos con características de personalidad que apuntan hacia una capacidad para entablar relaciones interpersonales y para la auto-observación. La experiencia adquirida por el alumno es el vehículo ideal cuando es desarrollada con un profesor que posee el conocimiento natural, o bien está entrenado para ello.²⁴

El desarrollo de relaciones interpersonales entre estomatólogos y pacientes es de indiscutible importancia. Fallas en el entendimiento de la perspectiva del paciente generan problemas de comunicación que a su vez provocan insatisfacción en el paciente. En la medida en que el facultativo entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrece.

Se puede concluir que la Estomatología, como disciplina profesional que exige una atención de calidad centrada en el paciente requiere que desde la etapa de estudiante, sea un pilar fundamental de la enseñanza, el desarrollo de actitudes empáticas en los estudiantes, modificando el modelo clásico biomédico de relación médico-paciente por el paradigma biopsicosocial, donde se privilegie el componente empático, lo que implica pasar de una actividad médico asistencial centrada en la enfermedad a una centrada en el enfermo, en su padecimiento que involucra elementos emocionales y simbólicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejía de Díaz MA. Conducta empática en los estudiantes de las ciencias de la salud. Universidad de los Andes. Mérida- Venezuela [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento Psiquiatría; 2012 [citado 4 Jul 2016]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/9898>
2. Alcorta Garza A, Gonzáles Guerrero J, Tavitas Herrera SE, Rodríguez Lara FJ, Hojat M. Validación de la Escala de Empatía de Jefferson en estudiantes de medicina Mexicanos. *Salud Mental*. 2005;28(5):57-63

3. Silva MG, Arboleda Castillo J, Díaz Narváez VP. Orientación empática en estudiantes de Medicina en una universidad de República Dominicana. *Educ Méd Super* [revista en Internet]. 2014 [citado 14 Sep 2016];28(1):[aprox. 13p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100009
4. Salcedo Rioja MR, Díaz Narváez VP. Empatía en estudiantes de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). *Salud Uninorte*. 2015;31(3):565-74
5. Hernández Vela S, Urrego Mendoza DZ. Caracterización de los niveles de empatía en médicos con experiencia en medicina alternativa en Bogotá. *Rev Fac Med* [revista en Internet]. 2014 [citado 4 Jul 2016];62(3):[aprox. 8p]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43927/50217>
6. Silva MG, Arboleda Castillo J, Díaz Narváez VP. Orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Central del Este. *Odontoestomatología* [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Ago 2016];15(22):[aprox. 9p]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000300004
7. Espinosa Brito A. La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. *Medisur* [revista en Internet]. 2015 [citado 4 Ene 2016];13(6):[aprox. 4p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000600017
8. Mercado García LR, García Rillo A, Arceo Guzmán ME, Pimentel Ramírez ML, Díaz Flores M, Arauz Contreras J. Actitud hacia la muerte y su relación con la empatía médica en estudiantes de Medicina. *Educ Med Super* [revista en Internet]. 2016 [citado 23 Feb 2016];30(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000100004&lng=es
9. Otero B, Salamí E. La presencia de la mujer en las carreras tecnológicas. XV JENUI. XV Jornadas de Enseñanza Universitaria de la Informática [Internet]. Barcelona: Universidad Politécnica de Cataluña; 2009 [citado 23 Mar 2016]. Disponible en: <https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/7866/p213.pdf>
10. Soria M, Guerra M, Giménez I, Escanero F. La decisión de estudiar medicina: Características. *Educación Médica*. 2006;9(2):91-7
11. González Martínez FD, Díaz Narváez VP, Arrieta Vergara K, Díaz Cárdenas S, Tirado Amador LR, Madera Anaya M. Distribución de la orientación empática en estudiantes de odontología. Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2015;17(3):404-15
12. Rivera I, Arratia R, Zamorano A, Díaz V. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. *Salud Uninorte*. 2011;27(1):63-72
13. Verde Flota E, Gallardo Hernández G, Compeán Dardón S, Tamez González S, Ortiz-Hernández L. Motivos de elección de carrera en mujeres estudiantes de profesiones de la salud. *Educ Méd*. 2007;10(1):44-51
14. Vidal Madera AM, Tirado Amador LR, González Martínez F. Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. *Rev Clin Med Fam* [revista en Internet]. 2015 [citado 23 Jul 2016];8(3):[aprox. 7p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015003300003&lng=es
15. Ñique-Carbajal C. Orientación empática de estudiantes de Odontología de una

universidad peruana. Kiru. 2013;10(1):49-54

16. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Education for Primary Care*. 2011;22(5):297-303

17. Casino G. Empatía para médicos. Sobre la necesidad de educar la conducta empática en la práctica clínica [Internet]. Buenos Aires: IntraMed; 2011 [citado 26 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.escepticemia.com/2011/05/01/empatia-para-medicos/>

18. Quince T, Parker A, De Madera D, Benson J. Estabilidad de la empatía entre los estudiantes de medicina: Un estudio longitudinal en una escala médica del Reino Unido. *BMC Med Educ* [revista en Internet]. 2011 [citado 13 Sep 2015];11(90):[aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/90.1>

19. Hojat M, Vergare M, Maxwell K, Brainard G, Herrine S, Isenberg G, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91

20. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Academic Medicine*. 2013;88(8):1171-7

21. Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical Teacher*. 2012;34(4):305-11

22. Sánchez J, Poveda de Agustín J. Estudio comparativo entre empatía médica, sensibilidad emocional y características psico-socio- demográficas entre estudiantes de medicina y médicos especialistas docentes [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010 [citado 4 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.tesis.pucp.edu.pe>

23. Karchmer S. El humanismo médico. Falacia o realidad. *Acta Médica*. Grupo Angeles [revista en Internet]. 2012 [citado 4 Sep 2016];(8):[aprox. 3p]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2010/am101a.pdf>

24. Retuerto PA. Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*. 2004;22(3):323-39

Enfermedad neumocócica invasiva en niños menores de 5 años hospitalizados

Master Mercedes Fonseca Hernández,¹ Anelis Martínez Utrera,¹ Master Marta Montes de Oca Rivero,¹ Master Ileana García Rodríguez,¹ Master Caridad Teresa Llull Tombo,¹ Master Juan Carlos Yanes Macías.

¹Servicio de Enfermedades Respiratorias. Hospital Pediátrico Docente Provincial "Paquito González Cueto". Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la enfermedad neumocócica invasiva constituye una de las causas mundiales más frecuentes de morbilidad y mortalidad en niños, especialmente en países subdesarrollados.

Objetivo: determinar las características de la morbilidad por enfermedad neumocócica invasiva en niños hospitalizados menores de 5 años.

Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal y carácter prospectivo. El universo estuvo constituido por 37 niños menores de 5 años con diagnóstico de enfermedad neumocócica invasiva, egresados del Hospital Pediátrico "Paquito González Cueto" de Cienfuegos, desde el 1° de abril de 2014 hasta el 31 de marzo de 2016. El aislamiento del neumococo se realizó mediante hemocultivos, cultivos de líquido cefalorraquídeo y líquido pleural. La tipificación del neumococo se realizó en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

Resultados: el 78,3 % correspondió a casos de neumonía como forma de presentación; y el 38 % de los pacientes tenían menos de 1 año de edad. El aislamiento del neumococo se realizó en sangre en el 81 % de los pacientes. Fueron identificados un total de 9 serotipos diferentes; los más frecuentes fueron el 19A y el 14. Las mayores resistencias se presentaron a la azitromicina, sulfaprim y oxacilina. El 46 % de los casos estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos; solo hubo un fallecido, que correspondió a uno de los casos con meningoencefalitis.

Conclusiones: los hallazgos sugieren que la enfermedad neumocócica invasiva constituye una causa frecuente de hospitalización en niños menores de 6 años; pudiera ser significativamente impactada por la introducción de la nueva vacuna contra los neumococos.

Palabras clave: *Streptococcus pneumoniae*; enfermedad neumocócica invasiva; serotipos; vacunas conjugadas antineumocócicas.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que fue descubierto hace más de 100 años y de que hace más de 50 que disponemos de un tratamiento antibiótico eficaz, *Streptococcus pneumoniae* continúa siendo el agente causal de un gran número de infecciones, fundamentalmente neumonías, potencialmente graves, que continúan provocando en la actualidad una elevada morbilidad y mortalidad, incluso, en países desarrollados.^{1,2}

Se reconoce que tanto las infecciones respiratorias agudas (IRA) como las infecciones del sistema nervioso central, y en especial, las meningoencefalitis bacterianas, constituyen importantes problemas de salud en la mayoría de los países, incluido Cuba.³⁻⁵ En el caso de las IRA esto se debe a las impresionantes cifras de morbilidad y al elevado índice de mortalidad que provocan, así como por las afectaciones que producen, ausentismo laboral y escolar, necesidades de atención médica, consumo de medicamentos y las afectaciones sociales en sufrimiento y vidas humanas.

La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) es conocida como la infección confirmada por el aislamiento del *Streptococcus pneumoniae* a partir de un sitio normalmente estéril, como sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido pleural y otros líquidos estériles.⁶

Estas infecciones constituyen un problema importante de salud pública en todo el mundo, y son la primera causa de muerte por enfermedades inmunoprevenibles. Estimaciones de la OMS indican que son responsables de la muerte de 0,7 a 1 millón de niños menores de 5 años, sobre todo, en países de escasos recursos económicos.⁷⁻⁹

La estimación de la incidencia de la enfermedad por neumococo, si solo se consideran los casos confirmados por laboratorio, subestima la morbilidad de la enfermedad.¹⁰ Esto se debe a que los métodos y técnicas de laboratorio solamente detectan una pequeña fracción de los casos. Por ello, es necesario comprender los alcances e integrar las diversas fuentes de datos para la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad, e incorporar la información de laboratorio como un insumo esencial, para estimar su incidencia y monitorear los cambios en el patrón de circulación de serotipos y su resistencia a los antimicrobianos.

En la provincia de Cienfuegos se produjeron 59 aislamientos de neumococos durante el período comprendido entre el 2009-2013, obtenidos por diferentes muestras de líquidos estériles, tales como, líquido cefalorraquídeo, sangre y líquido pleural, según datos recogidos en los registros de laboratorio de Microbiología. Es necesario recordar que esos aislamientos quedan enmarcados en el período en que la vigilancia no era tan rigurosa como en etapas actuales, pues solo se realizaba un hemocultivo a todo paciente afectado de neumonía, a diferencia de la vigilancia actual, en la cual se protocoliza la realización de dos hemocultivos.

Con el auspicio del Minsap, los grupos técnicos de las instituciones del Sistema Nacional de Salud a través de los programas nacionales de prevención y control de las IRA (actualizado en el 2013),³ y los síndromes neurológicos infecciosos (existente desde 1999),¹¹ respectivamente, han desarrollado las estrategias de vigilancia e investigación enfocadas en estas enfermedades, lo que ha derivado en la aplicación de conocimiento nacional para el diseño e implementación de intervenciones preventivas y de control basadas en vacunas.

El objetivo de este trabajo consiste en la determinación de las características de la morbilidad por enfermedad neumocócica invasiva, en niños menores de 5 años hospitalizados en nuestra institución durante un período de dos años.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal y con carácter prospectivo. El universo de estudio estuvo constituido por 37 niños menores de 6 años

con diagnóstico de ENI (según concepto ya expuesto), egresados del Hospital Pediátrico "Paquito González Cueto" de Cienfuegos, desde el 1° de abril de 2014 hasta el 31 de marzo de 2016. Estos pacientes representan el 6,5 % de los casos con neumonía y meningitis egresados en el periodo de estudio.

El aislamiento del neumococo se realizó a través de hemocultivos, cultivos de líquido cefalorraquídeo y líquido pleural. La tipificación del neumococo se realizó en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

La información fue obtenida de la historia clínica personal de cada paciente. Las variables investigadas fueron las siguientes: edad, sexo, mes de ingreso, forma de presentación, tiempo con síntomas antes del ingreso, enfermedades asociadas, uso de antibióticos previamente al ingreso, sitio de aislamiento del germen, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, serotipo del neumococo aislado, sensibilidad antimicrobiana y estado al egreso. La letalidad fue calculada según su fórmula convencional.

Los datos obtenidos fueron procesados en computadora mediante el programa SPSS versión 15,0. Los resultados se presentan en figuras y tablas, y se expresan números absolutos y porcentajes. Dada las características del estudio, no fue necesaria la realización de consideraciones éticas particulares.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) (ver anexo) se presentan algunas características de los pacientes del estudio. De los 37 casos, el 78 % (29 niños) correspondió a casos de neumonía; el resto, se distribuyó equitativamente en las formas correspondientes a meningitis bacteriana y bacteriemia. El 38 % de los pacientes tenían menos de 1 año de edad, y no hubo diferencias en cuanto al sexo.

En cuanto a la distribución temporal de los casos se observó un predominio de diagnósticos en los meses correspondientes a la segunda mitad del año: 22 vs. 15 ([figura 1](#)). (ver anexo)

Las enfermedades asociadas más frecuentemente observadas fueron el antecedente de atopia, presente en 5 casos (13 %); 2 pacientes eran asmáticos, 2 diabéticos y 2 padecían de cardiopatía congénita. Por otra parte, 9 pacientes (24 %), habían recibido tratamiento con antimicrobianos antes de ser hospitalizados. En cuanto al tiempo enfermo previo al ingreso ([figura 2](#)), (ver anexo) , 43 % de los casos llevaban entre 2 y 4 días con síntomas.

El aislamiento del neumococo se realizó en sangre en 30 pacientes (81 %), en el líquido pleural en 3 casos (8 %), en el líquido cefalorraquídeo en otros 3 pacientes, y simultáneamente en este último líquido y en sangre, en un solo caso. Fueron identificados un total de 9 serotipos diferentes ([figura 3](#)); (ver anexo) ,los más

frecuentes fueron el 19A y el 14, en 7 casos respectivamente. No se logró identificar el serotipo en 10 pacientes.

La sensibilidad antimicrobiana de los neumococos aislados se presenta en la [tabla 2](#). (ver anexo) ,No fueron observadas cepas resistentes a la vancomicina y al cloranfenicol; mientras que, las mayores resistencias, se presentaron a la azitromicina, al sulfaprim y a la oxacilina.

El 46 % de los casos (17) transitó en algún momento evolutivo por la Unidad de Cuidados Intensivos, mientras que la letalidad de la ENI en nuestra serie fue de 2,7 %, pues solo hubo un fallecido, que correspondió a uno de los casos con meningoencefalitis.

La letalidad en nuestra serie de pacientes con ENI puede ser considerada baja, pues solo falleció un caso que presentó una meningoencefalitis, afección que siempre posee una gravedad implícita reconocida. Es probable, además, que la baja letalidad en nuestros casos estuviera relacionada con el elevado número de pacientes admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de la institución (casi la mitad). Es conocido que en nuestro medio no solo van a estas unidades los casos muy graves, sino también los que tienen importantes factores de riesgo, o necesitan una buena atención de enfermería para monitorizarle mejor sus signos vitales, como es el caso de los pacientes con neumonía.

Se concluye que los hallazgos sugieren que la ENI constituye una causa frecuente de ingresos hospitalarios en niños menores de 6 años, que pudiera ser significativamente impactada por la introducción de la nueva vacuna contra los neumococos.

ANEXOS.

Tabla 1. Características de los pacientes en cuanto a forma de presentación, edad y sexo (n= 37)

Características	No.	%
Forma de presentación:		
- Neumonía	29	78
- Meningitis	4	11
- Bacteriemia	4	11
Edad:		
- Menor de 1 año	14	38
- 1 a 5 años	23	62
Sexo:		
- Masculino	19	51
- Femenino	18	49

(figura 1).

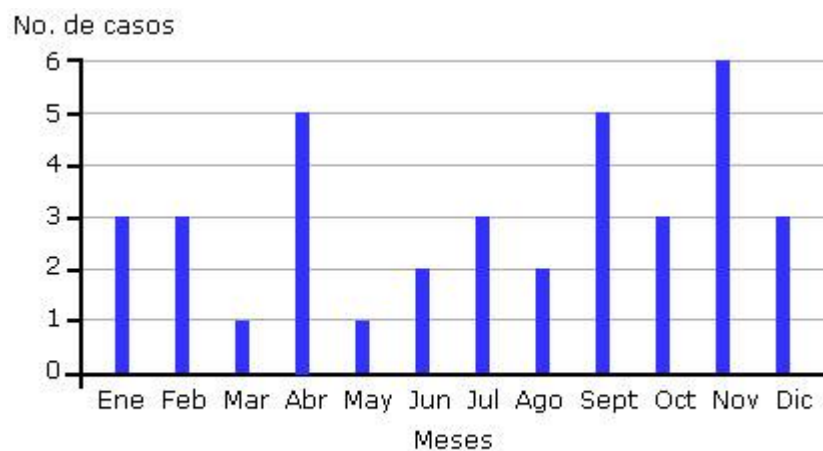


Fig. 1. Frecuencia (número) de casos por meses.

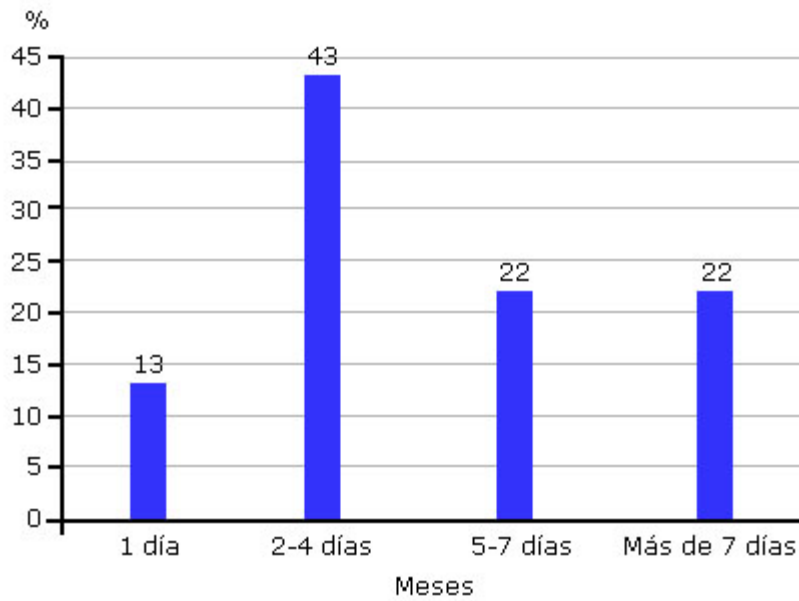


Fig. 2. Distribución porcentual según tiempo (en días) con síntomas previo al ingreso.

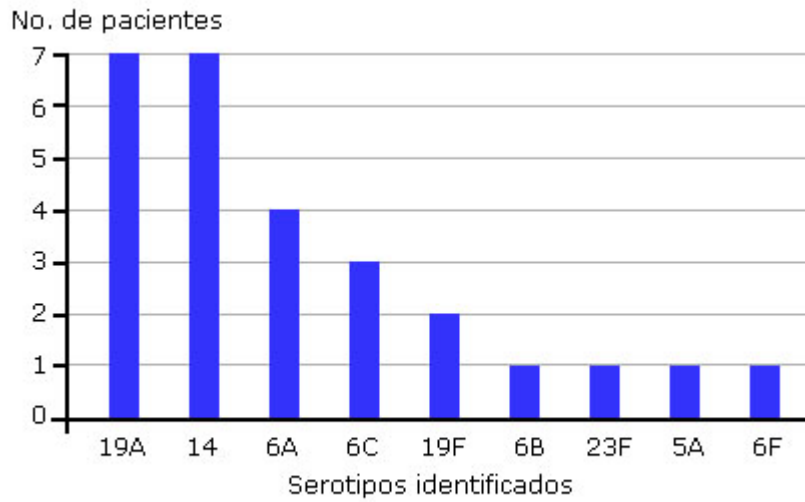


Fig. 3. Frecuencia (en número) de serotipos identificados.

Tabla 2. Sensibilidad antimicrobiana de los neumococos aislados

Antibióticos	Sensible	Sensibilidad intermedia	Resistente	No empleado
Vancomicina	35	-	-	2
Cloranfenicol	34	1	-	2
Tetraciclina	16	1	12	8
Azitromicina	13	2	18	4
Sulfaprim	12	3	19	3
Linezolid	11	-	1	25
Oxacilina	6	-	19	12
Clindamicina	4	-	1	32
Eritromicina	3	-	3	31

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Falcó V, Burgos J. Neumonía neumocócica: cambios epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29(4):247-9.
2. World Health Organization. Department Immunization, Vaccines and Biologicals. Measuring impact of *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccination. World Health Organization, Immunization, Vaccines and Biologicals [homepage en Internet]; Geneva: WHO, 2012 [citado 20 de Marzo de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75835/1/WHO_IVB_12.08_eng.pdf
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública (Minsap). Programa Integral de Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). La Habana; 2013.
4. Borroto S, Acosta B. Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas. Cuba, 2013. *BOLIPK.* 2014;24(6):40-7.
5. OPS. Guía operativa para la vigilancia nacional intensificada de las infecciones respiratorias agudas (IRAG) [homepage en Internet]; Washington, OPS, 2011 [citado 15 de Abril de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17126&Itemid=2470
6. Minsap. Grupo de Trabajo para la Vigilancia y Evaluación de Impacto. Vigilancia y Evaluación del Impacto de la Vacuna Cubana contra los Neumococos. Protocolo de vigilancia centinela integrada de base hospitalaria y poblacional. La Habana; 2014.

7. Rojas JP, Leal AL, Patiño J, Montañés A, Camacho G, Beltrán S, et al. Caracterización de pacientes fallecidos por enfermedad neumocócica invasiva en la población infantil de Bogotá, Colombia. Rev Chil Pediatr [serie en Internet]. 2015 [citado 15 de Abril de 2014];87(1). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615002594>
8. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumococcal Disease. Epidemiology and Prevention of Vaccine Preventable Diseases [libro en Internet]; Georgia: CDC; 2015 [citado 1º de Agosto de 2014]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>
9. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Introducción de la vacuna conjugada contra neumococo al Calendario Nacional de Inmunizaciones de la República Argentina. Lineamientos técnicos [homepage en Internet]; Buenos Aires, Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2011 [citado 12 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/ayuda/51-programa-nacional-de-inmunizaciones>
10. Chanto G, Bolaños HM. Informe de vigilancia basada en laboratorio de *Streptococcus pneumoniae* y su aporte al análisis de las estrategias de vacunación en Costa Rica [en homepage en Internet]; Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), 2012 [citado 23 de Marzo de 2015]. Disponible en: https://www.inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica/informes_vigilancia/2012/bacterias/Informe%20Vigilancia%20de%20neumococo%20basada%20en%20laboratorio%20120904.pdf
11. Dotres Martínez C, Pérez González R, Santín Peña M. Programa Nacional de Prevención y Control de Síndromes Neurológicos Infecciosos [homepage en Internet]; La Habana, 1999 [citado 5 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/programa-sindromes-neurolgicos-infecciososi.pdf>
12. Ciancotti Oliver LR, Huertas Zarco I, Pérez Pérez E, Carmona Martí E, Carbó Malonda R, Gil Bru A, et al. Enfermedad neumocócica invasiva en la Comunidad Valenciana. Seis años de vigilancia (2007-2012). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015;33(3):149-55.
13. Ministerio de Salud. Vigilancia de *Streptococcus pneumoniae* 2007-2011. Boletín ISP Chile. 2012;2(5):1-21.
14. Pérez GM, Parra A, Casimir L. Infecciones invasivas por *Streptococcus pneumoniae* en un hospital pediátrico de tercer nivel antes de la introducción de la vacuna conjugada. Características clínicas y serotipos involucrados. Arch Argent Pediatr [serie en Internet]. 2013 [citado 12 de Marzo de 2015];111(3). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Horacio_Lopardo/publication/237016557_Invasive_infections_caused_by_Streptococcus_pneumoniae_in_a_terciary_care_pediatic_hosp

[ital before the introduction of the conjugate vaccine Clinical characteristics and serotypes involved/links/55363ec70cf268fd00163a65.pdf](#)

15. González R, Armadans L, Rodrigo JA. Incidencia de hospitalizaciones por enfermedad neumocócica en niños con condiciones de riesgo en Cataluña (2005-2012). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* [serie en Internet]. 2016 [citado 6 de Junio de 2016];34(5). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X15002815>

16. Velázquez Águila A. Características clínico-epidemiológicas de los niños menores de 5 años ingresados por Neumonía Bacteriana en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos [tesis]. Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos; 2010.

17. Dickinson Meneses FO, Pérez Rodríguez AE, Rodríguez Ortega M. Epidemiología de la meningitis neumocócica en Cuba: 1998-2011 [tesis]. Instituto "Pedro Kourí"; La Habana, Cuba, 2012.

18. Clinical Laboratory Standard Institute. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Twenty-Second Informational Supplement. CLSI document M100-S22 [homepage en Internet]; Wayne: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2012 [citado 12 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://mazums.ac.ir/dorsapax/userfiles/file/moavenat%20darman/M100-S22.pdf>

19. Toraño Peraza G, Pías Solís L, Abreu Capote M. Serotipos y resistencia antimicrobiana de aislamientos meníngeos de *Streptococcus pneumoniae*. Cuba, 2007-2012. *Vaccimonitor* [serie en Internet]. 2014 [citado 7 de Junio de 2016];23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-028X2014000300006&script=sci_arttext&lng=en

20. Echániz Avilés G, San Román Álvarez L, Sánchez Alemán M. Prevalencia de *Streptococcus pneumoniae* serotipo 19A antes y después de la introducción de la vacuna conjugada heptavalente en México. *Salud Pública Méx* [serie en Internet]. 2014 [citado 7 de Junio de 2016];56(3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300012

TITULO: ENFOQUE DE GÉNERO DESDE UNA PERSPECTIVA DE SALUD. CUBA.

TITLE: FOCUS OF GENDER FROM A PERSPECTIVE OF HEALTH. CUBA.

Autoras: Lic. MSc. Yanet Rojas Rodríguez. Lic. MSc. Leticia Seoane Monzón ; Lic. MSc. Deise Girau M. Girau Rodríguez, Lic. MSc. María Julia Placeres Hernández. Lic. MSc. Héctor Cabrera Rodríguez*

* Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Miembro Titular de la SOCUENF .Profesora Auxiliar e Investigador Agregado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Metodóloga de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado. Cienfuegos. Cuba.

** Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Miembro Titular de la SOCUENF .Profesora Auxiliar e Investigador Agregado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Metodóloga de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado. Cienfuegos. Cuba.

***Licenciada en Enfermería. Máster en Urgencias Médicas. Especializada en Cuidados Intensivos. Miembro Titular de la SOCUENF .Profesora Auxiliar Y Consultante de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Metodóloga de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado. Cienfuegos. Cuba.

**** Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Miembro Titular de la SOCUENF .Profesora Auxiliar e Investigador Agregado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Metodóloga de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado. Cienfuegos. Cuba.

***** Licenciado en Enfermería. Máster en Educación. Miembro Titular de la SOCUENF .Profesor Auxiliar e Investigador Agregado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Jefe de la carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado. Cienfuegos. Cuba.

RESUMEN

El enfoque de género en estrecha relación con el de las condiciones de vida, emerge y se visualiza, dentro de determinado sistema social, el patrón de necesidades, roles, riesgos, responsabilidades y acceso a los recursos según el sexo de pertenencia. En el campo de la salud, la perspectiva de género es una herramienta analítica que enriquece la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención médica y la efectividad de programas diseñados para solucionar o remediar problemas determinados. Se realizó un estudio y análisis del comportamiento de la morbi-mortalidad en nuestro país, donde se exponen los elementos relacionados, el enfoque de género y la salud, con el objetivo de destacar los aspectos más representativos y cómo trazar acciones para dar respuesta a los principales problemas de salud de nuestra población. Las diferencias y desventajas de género en el campo de la salud se manifiestan no solamente en la forma en que se distribuye la enfermedad en una población, sino también en la manera en que se promueve la salud, se previene y controla la enfermedad, se cuida a los enfermos y en los modelos empleados para estructurar sistemas de salud y seguridad social. Sin la influencia de las relaciones de género en el proceso salud-enfermedad, resulta imposible la atención adecuada de ciertos subgrupos e individuos y responder adecuadamente a las necesidades sanitarias de la población. Desde el aspecto preventivo, la perspectiva de género ayuda a anticipar la probabilidad de que un hombre o una mujer se enfermen y mueran de una enfermedad específica.

Palabras claves: Género, Salud, Enfermedades.

INTRODUCCIÓN

Entre las investigaciones sociales e incluso médicas, uno de los temas que reviste mayor importancia en el siglo XXI es el referido a las diferencias de género, es decir, a los problemas derivados de la desigualdad entre mujeres y hombres, por la configuración social establecida como marco de referencia para la actuación de las personas.

A través de los tiempos, junto a las transformaciones económicas, políticas y culturales, fue cambiando el modo de relacionarse entre los géneros, el lugar que cada uno de ellos ocupó y las diversas formas de subordinación de la mujer. Reflexionar sobre este asunto permite conocer cómo las diferencias biológicas fueron convirtiéndose y justificándose hasta llegar a ser desigualdades sociales.¹

Por otra parte, a pesar del ascenso de la notoriedad de las mujeres en el entorno social actual, es un hecho que las desigualdades persisten en un grado tan alto que muchas veces resultan incomprensibles, si se comparan con los avances científico técnicos contemporáneos.

Por ello, las diferencias de género no deben interpretarse como algo privativo de determinada etapa del desarrollo sociohistórico. Al respecto, las cuestiones de género han trascendido a lo largo de la historia humana, pero si bien siempre ha existido la desigualdad entre mujeres y hombres, las condicionantes y las repercusiones sociales, no era algo que pudiera ser instado al cambio o simplemente reseñado.²

El hecho referido a las diferencias físicas entre los sexos, condiciona de manera importante el comportamiento de hembras y varones; sin embargo, ello no puede convertirse en silogismo y establecer que si lo físico es distinto, lo psíquico es susceptible de continuar el mismo camino. Se pueden ofertar oportunidades similares sin perjuicio de establecer diferencias de género por causa de las características físicas de una mujer o de un varón.³

En diferentes ambientes puede comprobarse cómo las personas se comportan conforme a su género de referencia. Tanto en instituciones educativas como en centros de trabajo, en lugares de juego, entre otros, estas se manifiestan de una manera determinada, pues limitan sus posibilidades y, aunque resulta menos evidente, también acontece que el varón sufra esta restricción de oportunidades.⁴

Las diferencias de género, en un enfoque holístico, se dan desde lo sociológico, lo político y lo económico hasta aspectos diferenciales que se producen en el uso del lenguaje, en su influencia en la conformación de una sociedad asimétrica en lo que respecta a la igualdad de oportunidades entre los géneros, que no enriquecen, sino que agudizan las asimetrías y distancian las posiciones de ambos géneros dentro del espectro social.⁴ En los últimos tiempos se han realizado más publicaciones sobre el tema que en etapas precedentes, pero todavía no es suficiente. En la mayoría de estas el referente género y salud se aplica en alusión a enfermedades o situaciones propias de la mujer como el cáncer de mama o la salud reproductiva, pero el enfoque de género debe ir más allá, pues deben analizarse las diferencias entre hombres y mujeres con un enfoque holístico, basado en las determinantes sociales que son las que, en definitiva, generan estas diferencias más que las debidas a la propia biología.⁸

El sexo se refiere a las diferencias anatómicas, fisiológicas y genéticas que se reflejan en sensibilidades e inmunidades distintas, así como a las

características biológicas que diferencian a las mujeres y a los hombres y los sitúan como seres reproductivos complementarios.⁹

En cuanto al proceso de salud-enfermedad y atención médica, es difícil diferenciar en qué medida los atributos biológicos del sexo interactúan con los del género.¹⁰

En este artículo se exponen los elementos relacionados, el enfoque de género y la salud, con el objetivo de destacar los aspectos más representativos y actualizados, importantes para todos los profesionales interesados en la temática.

DESARROLLO

En el campo de la salud, la perspectiva de género es una herramienta analítica que enriquece la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención médica y la efectividad de programas diseñados para solucionar o remediar problemas determinados.

El enfoque de género es el método que permite desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres con respecto a los hombres en el mundo.

La categoría analítica de género tiene las características siguientes:

Se han descrito **4 etapas importantes** en el tratamiento del género,¹² que están en correspondencia con los cambios biológicos, subjetivos y sociales que se producen a lo largo de la vida. En estas etapas los patrones de salud son diferentes para ambos sexos. La influencia del propio proceso de socialización de género impone la necesidad de que cada individuo se comporte y asuma tareas y responsabilidades que producen daños a la salud de forma diferenciada. A continuación se describe cada una de ellas.

Infancia y niñez: Comprende las edades de menos de 1 año, de 1 a 4, y de 5 a 9.

A lo largo de toda la vida se mantiene una sobremortalidad masculina. En los menores de 1 año se atribuye a las ventajas genéticas con que nacen las niñas, fenómeno este que se aprecia desde la etapa fetal cuando se producen más abortos espontáneos de fetos varones que de hembras.

En algunos países del mundo, el sexo femenino, sobre todo entre 1 y 9 años, es el más afectado por la desnutrición. Se ha descrito por muchos autores que se prioriza la alimentación a los niños, y luego a los hombres, argumentando que son los que trabajan.

El maltrato a las niñas es un fenómeno también muy conocido, incluso antes del nacimiento. Hay países del mundo que recurren al aborto inducido para eliminar fetos femeninos por considerarlos no valiosos. Las niñas son sometidas con frecuencia a maltratos sexuales, físicos y psicológicos, sobre todo en el ámbito doméstico.

Adolescencia: Se considera de 10 a 19 años.

En esta etapa se inicia la actividad sexual, lo que hace que aparezcan para ambos sexos las enfermedades de transmisión sexual. En las hembras, los abortos y los embarazos precoces son causas frecuentes de morbilidad y mortalidad. Igualmente, en muchos países, el mantenimiento de la estética femenina se torna muy importante para las adolescentes, es incluso un compromiso femenino con la sociedad. Las adolescentes se someten entonces

a procederes peligrosos para su salud, como son la bulimia y la anorexia que pueden provocar la desnutrición.

En otras latitudes la priorización del llamado sexo fuerte hace que los alimentos sean suministrados preferentemente a los varones, lo que conlleva a que la desnutrición de las hembras sea un fenómeno común.

Los varones son más propensos a los accidentes, y las causas violentas y el consumo de drogas y alcohol surge como un problema de salud para ese grupo de edad.

Juventud y edad adulta: De 15 a 49 años.

Las mujeres sufren de las causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, infecciones del tracto reproductivo, tumores malignos de los órganos reproductores y mamas. Están más afectadas por trastornos depresivos que los hombres como consecuencia del tránsito por la etapa de la vida en la que se crea la familia y nacen los hijos, y al mismo tiempo se asumen las tareas laborales, sin abandonar las responsabilidades con el hogar, la familia y la sociedad.

Los procesos de salud-enfermedad en los hombres se relacionan frecuentemente con los accidentes del tránsito y ocupacionales.

Por otra parte, el control de la natalidad recae mayormente sobre la mujer con el uso de anticonceptivos como dispositivos intrauterinos, píldoras, diafragmas y esterilizaciones quirúrgicas fundamentalmente, mientras, los hombres utilizan el condón, y rara vez se someten a esterilizaciones quirúrgicas.

Edad mediana y vejez: De 50 a 64 años, y de 65 y más.

Las mujeres pueden alcanzar una esperanza de vida más elevada que los hombres, sin embargo, la larga longevidad femenina está acompañada en muchas ocasiones por mala calidad de vida y pérdida de la salud, que comienza a manifestarse desde edades más jóvenes. La diabetes, las enfermedades cerebrovasculares, la osteoporosis, la incontinencia urinaria, la artritis reumatoidea y los trastornos depresivos afectan frecuentemente a las mujeres de estos grupos de edad.

La *población cubana* está compuesta por 11 230 142 habitantes, distribuidos en 15 provincias y 168 municipios. El porcentaje de urbanización es de un 77.0 % y el 20.1 % de las personas tiene 60 años y más de edad.^{1,2} El *nivel de reproducción* de la población es bajo, en el 2017 disminuye el número de nacimientos en 1 901 con respecto al 2016, la tasa de natalidad es de 10.2 nacidos vivos por 1 000 habitantes, decrece en un 1.9 % respecto al año anterior. La tasa de fecundidad general es de 43.0 nacidos vivos por 1 000 mujeres de 15 a 49 años. Disminuyen las tasas de fecundidad para cada grupo de edad de la mujer en período fértil, a excepción de las tasas de los grupos de 15 a 19 y de 30 a 34 años. La tasa global de fecundidad es de 1.61 3 y la bruta de reproducción de 0.77.4 El porcentaje de nacidos vivos institucionales se mantiene en 99.9 %.^{2, 5}

En el año 2017, se reportan 106 948 *defunciones*, 7 560 más que en el 2016. La tasa de mortalidad general es de 9.5 defunciones por cada 1 000 habitantes, superior en 8.0 % a la del año anterior, la tasa ajustada por edad es de 4.7, una décima mayor. Según clasificación en tres grupos de causas de muerte, la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles es la más elevada, 782.3 defunciones por cada 100 000 habitantes, le sigue en orden decreciente, la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, causas de muerte materna, perinatal y nutricional, 89.0, y la mortalidad por causas externas, 71.2.

En relación con las 10 *primeras causas de muerte*, las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar con una tasa de 241.6 por 100 000 habitantes, seguida de la muerte por tumores malignos, cuya tasa es de 224.0, ambas causas explican el 49.0 % del total de las defunciones del año 2017. Se incrementan las tasas ajustadas de mortalidad para las enfermedades del corazón, la influenza y neumonía, enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y las lesiones autoinfligidas intencionalmente. Según sexo, la tasa de mortalidad masculina es 4.6 veces superior a la femenina para la muerte por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, 3.7 veces mayor para la muerte por lesiones autoinfligidas intencionalmente, 1.4 veces superior para los tumores malignos, 1.2 veces mayor para los accidentes, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares y 1.1 veces superior en las enfermedades del corazón y la influenza y neumonía. Se iguala la razón de tasas de mortalidad por sexo para las enfermedades cerebro vasculares y hay un exceso de mortalidad para el sexo femenino en la muerte por diabetes mellitus.

La tasa de *años de vida potencial perdidos* se eleva para las enfermedades del corazón, cerebro vasculares, influenza y neumonía, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y las lesiones autoinfligidas intencionalmente. Por otra parte, según lista abreviada 667 de OPS, las enfermedades del sistema circulatorio (enfermedades del corazón, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares y otras causas) se ubican en el primer lugar con el 37.9 % del total de defunciones, seguidas por los tumores (tumores malignos y benignos) que representan el 24.3 % del total de defunciones.

La tasa de *mortalidad por tipo de cáncer* más elevada en ambos sexos, corresponde a los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón, seguida de la tasa de mortalidad por tumores malignos del intestino, excepto el recto, y de otros tumores del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos. En hombres, el primer lugar lo tiene el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón; le sigue, en orden decreciente, el tumor maligno de próstata, el de intestino, excepto el recto, el de laringe y, vías urinarias. En las mujeres, la tasa de mortalidad más elevada también corresponde al tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, le sigue el de mama, de intestino, excepto el recto, el de otras partes del útero y las no especificadas y el de cuello de útero, todos con tasas superiores a nueve por cada 100 000 habitantes. Persiste la sobremortalidad masculina por tumores malignos, a excepción de las localizaciones de intestino excepto el recto, y recto, porción rectosigmoidea y ano donde el riesgo de morir es mayor en las mujeres. El 64.9 % de las muertes por *enfermedades del corazón* ocurre por enfermedades isquémicas, de ellas, el 45.3 % por infarto agudo del miocardio. Se presenta sobremortalidad femenina, para las enfermedades reumáticas crónicas del corazón y otras enfermedades isquémicas agudas del corazón. La mortalidad por *enfermedades cerebrovasculares* es mayor en edades avanzadas, con tasas más elevadas para la forma oclusiva. Las caídas accidentales originan el 45.4 % de las defunciones por *accidentes*, resulta la tasa de mortalidad más elevada del grupo y ocasionan, junto a las secuelas de accidentes, más muertes en el sexo femenino.

La tasa de *mortalidad infantil* continua por diez años consecutivos, por debajo de cinco fallecidos menores de un año por cada 1 000 nacidos vivos, en el año 2017 es de 4.0, la más baja de la historia. La tasa de *mortalidad del menor de cinco años* es de 5.5 por 1 000 nacidos vivos y el *porcentaje de supervivencia* a esa edad es de 99.5 %.

Las tasas más elevadas de *incidencia de cáncer en hombres* corresponden al cáncer de piel, próstata, bronquios y pulmón, labio, cavidad bucal y faringe, laringe, colon, vejiga urinaria, esófago estómago y linfomas; *en las mujeres*, piel, mama, bronquios y pulmón, cuello uterino, colon, cuerpo uterino, ovario, linfomas, glándula tiroides y páncreas.⁹

La Atención Primaria de Salud en Cuba, a partir del fortalecimiento que plantea la nueva estrategia sanitaria cubana, tiene el reto de perfeccionar su sistema gerencial, de modo tal que permita el logro de los objetivos que se propone el sistema para elevar la salud de la población cubana.

Los problemas de la salud susceptibles a ser investigados con perspectiva de género, para la aplicación de acciones destinadas a alcanzar la equidad, deben considerar 3 aspectos que se interrelacionan: las causas específicas de enfermedad y muerte, las etapas de la vida y las condiciones de vida.

La OPS ha propuesto para la región la utilización de un grupo de indicadores que deben ser considerados en las estadísticas de todos los países, que son los que pueden manifestar con más claridad las diferencias de género.¹⁴

Los indicadores se han clasificado en los que miden la situación de salud que están relacionados con la **morbilidad, la mortalidad y la salud reproductiva**; los de atención de la salud que contemplan la cobertura, la calidad y la utilización de los servicios de salud; los de financiamiento de la atención y los de gestión de la salud que expresan la participación, el reconocimiento y la distribución de beneficios del sector salud.

Si mujeres y hombres son biológicamente distintos y están sujetos a desiguales construcciones de género en diferentes culturas, niveles socioeconómicos, etnias y generaciones, se puede asumir que tendrán distintas necesidades en salud, las cuales serán identificadas para responder de manera equitativa y eficiente, desde el reconocimiento de que el origen de esas diferencias se deriva de la interacción de lo biológico y lo psicosocial.

Las diferencias biológicas y las ligadas al género, denominadas perfiles de género, pueden ser:

- Exclusivas de uno de los sexos

- **En las mujeres**: embarazo, aborto, mortalidad materna, cáncer cervico uterino y menopausia (con sus posibles consecuencias como anemia, infecciones ginecológicas, prolapso uterino e incontinencia urinaria, por citar algunas); en los hombres, cáncer de próstata y hemofilia, entre otras.^{26,27}

- Más prevalentes en uno de los sexos

- La anemia por deficiencia de hierro, ligada a la mayor pérdida de hierro por causa de la menstruación, del embarazo y la lactancia, así como la ocasionada por determinadas prácticas culturales que privilegian al hombre en la distribución intrafamiliar de los alimentos ricos en proteínas.

- La osteoporosis asociada con factores biológicos, con estilos de vida, diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, es más frecuentes en mujeres, pero también en grupos de menores ingresos.

- La depresión es 2 o 3 veces más frecuente en mujeres en todas las etapas de la vida, relacionada con estilos de personalidad y experiencias ligadas a tipos de socialización y a oportunidades diferenciales de hombres y mujeres.
- La violencia sexual en la niñez, la adolescencia y la adultez.
- La sobremortalidad por cáncer durante la adultez es menos asociada con la letalidad de los cánceres propios de la mujer que con el acceso limitado a tecnologías médicas de detección temprana y tratamiento precoz; várices, incontinencia urinaria, artritis y enfermedades del sistema inmunitario, entre otras, son algunos ejemplos.
- **En los hombres:** cirrosis hepática (asociada con el abuso en el consumo de alcohol), esquizofrenia, cáncer de pulmón (asociado con el tabaquismo), la sobremortalidad por accidentes y la violencia, incluyendo homicidio y suicidio (visible desde la niñez y relacionada con estereotipos masculinos, tales como: agresividad, intrepidez, osadía e ingestión excesiva de alcohol), además de silicosis causada por trabajo en minas, hernias y enfermedad arterial coronaria, esta última causante de mayor mortalidad durante las edades productivas, así como mayor incidencia de dislexia, hiperactividad y tartamudez en la niñez.²⁸
- Con características diferentes en mujeres y hombres: se ha reconocido la presencia de alteraciones respiratorias y cardiovasculares crónicas, provocadas por condiciones adversas donde las mujeres con menor recurso desarrollan las actividades domésticas.²⁷⁻³³
- El riesgo de contraer esquistosomiasis es más frecuente en la mujer cuando en su rol en el lavado de ropa, tiene contacto con aguas infectadas.
- Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son asintomáticas por más tiempo en las mujeres y tienen consecuencias más graves como la esterilidad e incluso, la muerte en caso de inflamación pélvica.
- Las deficiencias nutricionales pueden causar muerte durante el parto.
- El alcoholismo y el tabaquismo tienen consecuencias diferentes para la salud de las mujeres, particularmente en caso de embarazo.
- La violencia sexual para estas puede significar embarazos no deseados e ITS.
- La malaria durante el embarazo es una causa importante de mortalidad materna, aborto espontáneo y mortalidad fetal, a la vez que contribuye significativamente al desarrollo de anemia crónica.
- Las muertes por armas de fuego (suicidio u homicidio) son más características en los hombres que en las mujeres.
- En crímenes violentos, las mujeres tienden a ser víctimas con mucha mayor frecuencia que los hombres.
- La disfunción sexual genera una sanción social más negativa cuando se trata de un varón.
- La falta de conexión de agua en el domicilio afecta más a las mujeres que a los hombres, pues son las mayores consumidoras y también son ellas (con hijos e hijas) quienes se encargan de su almacenamiento.
- La desfiguración por leishmaniasis, esquistosomiasis y lepra, entre otras, genera un rechazo social más agudo hacia las mujeres, dado por el énfasis en cuanto a la belleza física que se pone en relación con su valía.
- Las mujeres son las más afectadas por los accidentes que ocurren en el hogar debido a su mayor contacto con los factores de riesgo relacionados con el trabajo doméstico en el espacio privado.³⁴

- Los hombres sufren más por los accidentes asociados con actitudes y conductas estereotipadamente masculinas, lo cual provoca que la mortalidad prematura, la incapacidad por accidentes del trabajo, del tránsito y de los ocasionados por deportes peligrosos sean elevados en ese sexo.^{29-31,34,35}

Se ha descrito que mujeres y hombres no solicitan atención médica por los mismos motivos y que la demanda es también diferente por especialidad. Así, la condición distintiva de la mujer de embarazarse, parir y amamantar a los hijos hace que acudan a los servicios de salud para recibir atención en cuanto a la función reproductiva con más frecuencia que los hombres.

Por otra parte, el acceso y control de los recursos dedicados a la salud son diferentes para ambos sexos, unas veces desfavorables para el masculino y otras para el femenino, aunque este último tiene más posibilidades en todo lo relativo a la salud reproductiva.^{18,29} Las mujeres son afectadas en muchos países por tener menos participación en la fuerza de trabajo remunerada, mayor desempleo y concentración en ocupaciones de bajos ingresos, ocupación de plazas no cubiertas por la seguridad social, pocas posibilidades de promover a cargos mejor pagados y discontinuidad en el trabajo por la gestación y el cuidado de los hijos.

De la misma manera, consumen de 3 a 4 veces más analgésicos que los hombres, utilizan mayoritariamente los psicofármacos y se automedican con más frecuencia, a fin de disminuir los malestares de la cotidianeidad y la depresión, sin asistir a las instituciones de salud para tratar de actuar sobre los factores sociológicos y psicológicos que la producen.^{2, 13}

De hecho, la perspectiva de que todas las situaciones en salud tienen un componente de género, a pesar de que pueden ser exclusivas de un sexo y parecieran no estar influenciadas por factores sociales o de género, es vital para un adecuado análisis. Tal influencia se haría evidente si se examinara, por ejemplo, cómo, cuándo y por quién, las enfermedades son diagnosticadas y cómo aquellas personas que presentan síntomas de la enfermedad lo autoperciben y son percibidas por los demás.

También desde el aspecto preventivo, la perspectiva de género ayuda a anticipar la probabilidad de que un hombre o una mujer se enfermen y mueran de una enfermedad específica.

La infección por VIH/sida permite ejemplificar esta afirmación. En la realidad epidemiológica actual, este virus tiene mayor prevalencia entre los hombres; sin embargo, el número de mujeres infectadas que crece con mayor rapidez. Hoy día, la cifra alcanza 75 % de los nuevos casos infectados en el mundo. La perspectiva de género ayuda a esclarecer el porqué de esta dinámica y da pautas para el diseño de intervenciones que respondan adecuadamente a las necesidades específicas de salud a mujeres y hombres, al tener en cuenta que existen diferentes factores de riesgo, grados de severidad de las consecuencias, respuestas de mujeres y hombres, del sector salud en particular y de la sociedad en general, según el sexo.

La perspectiva biológica indica que las mujeres son más vulnerables por ser el semen altamente infectante y la mucosa vaginal más vulnerable, sobre todo en edades extremas (adolescencia y posmenopausia), tanto por sufrir más que los hombres de infecciones de transmisión sexual, hecho que aumenta el riesgo de VIH, como por el hecho de que muchas veces estas son asintomáticas lo que impide su detección temprana y el tratamiento oportuno.

La perspectiva de género indica que a pesar de las diferencias biológicas en cuanto a la vulnerabilidad al VIH, estas no explican el hecho de que las mujeres ahora constituyan el mayor porcentaje de los casos nuevos infectados, por lo es imprescindible considerar la interacción entre factores psicosociales y biológicos, es decir, de género.

El análisis de la situación de salud debe ser realizado con un enfoque de género que ponga de manifiesto la situación diferenciada de hombres y mujeres, para poder actuar en correspondencia en cada sexo y tratar de disminuir al máximo las inequidades.

De la misma forma, en la ejecución y el control de las acciones de salud, el decisor de salud puede conocer a través de los indicadores cómo se alcanzan avances en la solución de los problemas, y si se disminuyeron las brechas existentes entre mujeres y hombres. Estas son las herramientas que pueden detectar las diferencias entre los sexos en las variables relacionadas con salud, como la mortalidad, la morbilidad, el consumo de medicamentos, el descanso y la recreación, e incluso, aquellas que influyen en la pérdida de la salud, es decir, las relacionadas con los roles y el acceso y control a los recursos. Los indicadores tienen que poseer características deseables, o sea, deben poseer atributos de calidad para que sean confiables y puedan ser utilizados con la seguridad de que midan eficazmente los objetos de estudio.

Un ejemplo de utilización de la información proveniente de los sistemas estadísticos de información puede ser la que aparece en el Anuario Estadístico del MINSAP.

Conclusiones

El tratamiento del género en un aspecto específico de la gestión en salud que permite identificar los factores que provocan diferencias entre mujeres y hombres y los daños relacionados con su sexo. En tal sentido, posibilita el trazado de acciones de salud en función de las necesidades de cada uno.

Las diferencias y desventajas de género en el campo de la salud se manifiestan no solamente en la forma en que se distribuye la enfermedad en una población, sino también en la manera en que se promueve la salud, se previene y controla la enfermedad, se cuida a los enfermos y en los modelos empleados para estructurar sistemas de salud y seguridad social. Sin la influencia de las relaciones de género en el proceso salud-enfermedad, resulta imposible la atención adecuada de ciertos subgrupos e individuos y responder adecuadamente a las necesidades sanitarias de la población. Desde el aspecto preventivo, la perspectiva de género ayuda a anticipar la probabilidad de que un hombre o una mujer se enfermen y mueran de una enfermedad específica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Bernal Zoe, Presno Labrador María Clarivel. Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Mar 14]; 29(2): 228-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200014&lng=es.
2. Martínez Calvo Silvia. Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 1998 Jun [citado 2013 Mar 30]; 24(1): 19-22. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000100003&lng=es .
3. Artiles Visbal L, Alfonso Rodríguez A. Género. Bases para su aplicación en el sector de la salud. OPS/OMS, Cuba; 2011.
 4. Sansó Soberats Félix J. Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2003 Sep [citado 2013 Mar 30] ; 29(3): 260-267. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300010&lng=es.
 5. Gaba M. las organizaciones generizadas. In: Tájer D, editor. Género y salud. 1a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012. p. 103- 18.
 6. Presno Labrador C, Castañeda Abascal I. Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en la APS. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003;19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 7. Martínez Calvo Silvia. Equidad y situación de salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2013 Mar 30] ; 33(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300006&lng=es .
 8. Sosa Lorenzo Irma, Rodríguez Salvá Armando, Abreu González Irideysi, Guerra Chang Mayda, Lefevre Pierre, De Vos Pol. Percepción sobre el análisis de situación de salud en un Consejo Popular de Centro Habana. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2013 Abr 01] ; 49(2): 183-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200005&lng=es .
 9. Tájer D GM, Reid G, Lo Russo A, Attardo C, Fontela M, et al. ¿Cómo medir la integralidad y la equidad de género? Una propuesta posible. . In: Tájer D, editor. Género y salud. 1a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012. p. 49- 64.
 10. OPS/OMS. Atención a las enfermedades transmitidas sexualmente. Washington, DC: OPS/OMS, 2001:1-6.
 11. Salud sexual y reproductiva. Factores que influyen sobre la salud sexual y reproductiva. Washington, DC: OPS/OMS, 2001:10-6.
 12. Fernández Pacheco R, Guerrero Borrero R, Socarrás de la Fuente S. Sexualidad y adolescencia. La Habana: Editorial Científico- Técnica, 2000:12-5.
 13. Peláez Mendoza J, Rodríguez Pons O, Bermúdez Sánchez R. Varón adolescente. Responsabilidad sexual y anticoncepción. Sexología y Sociedad 2002;(8):24-8.
 14. Del Río C, Uribe ZP. Prevención de las enfermedades de transmisión sexual y Sida mediante el condón. Salud Pública México 2001:42.
 15. González Hernández A, Castellanos Simons B. Sexualidad y género. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2003: 16- 9.

Título: ENVEJECIMIENTO ACTIVO: TAI CHI CHUAN EN ESPACIOS MARINOS DE ESTADOS INSULARES: EXPERIENCIAS Y NUEVAS PROYECCIONES.

Autores:

- Dr. C. Juan Eligio López García. juaneligiolopez51@gmail.com
Universidad de Cienfuegos, Cuba.
- M. Sc. Yoisell López Bestard ybestard@gmail.com, Doctorando en Ciencias Sociales por la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul (PUCRS).
- Dra. C. María C. Bestard González. mbestardgonzalez@gmail.com,
Universidad de Cienfuegos, Cuba

Resumen:

Se exponen argumentos experienciales en torno a la posibilidad de desarrollar un envejecimiento activo mediante la práctica sistemática de actividad física, utilizando como alternativas, la caminata y un programa de ejercicios físicos con el Tai Chi Chuan, preferiblemente junto al mar. Las experiencias fueron desarrolladas en la cubana ciudad de Cienfuegos y se realizaron de forma concatenada gracias a la interrelación que existió entre ellas producto de la comunicación entre los beneficiarios. En el proceso investigativo primó el empleo de la observación, el análisis hermenéutico, el dialogo y la reflexión.

Palabras clave: Tai Chi Chuan, envejecimiento activo, mar.

Introducción:

Las islas son, por lo general porciones pequeñas de la superficie terrestre. La extensión reducida, el área bien determinada y la separación del resto de las tierras constituyen los caracteres esenciales de la insularidad. (Massip, 2009). En los territorios insulares el tamaño de la población es determinante: las islas están expuestas al éxodo y al envejecimiento de la población. (Conferencia, 2003) Cuba es uno de esos territorios insulares que se ubica entre los países con transición avanzada al envejecimiento poblacional, con una población con edad de 60 o más años por encima del 15 %. En ella, Cienfuegos es una ciudad costera, de las más envejecidas de Cuba, goza del privilegio de contar con una hermosa e importante bahía. Los autores desarrollaron sus intervenciones comunitarias en dicha ciudad, obteniendo experiencias benéficas para una parte de su población en los primeros años del Siglo XXI.

Dado que el estado de la salud y el bienestar del adulto mayor ha pasado a constituir el foco central del análisis para muchos especialistas, entre ellos los que estudian los problemas del envejecimiento, los que tienen responsabilidad con la formación e instrumentación de políticas relacionadas con el impacto socioeconómico de esta parte de la población, en el plano social, los autores, iniciaron las actividades comunitarias a partir del llamado del *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento* (UNESCO, 2002) respecto a la necesidad de realizar acciones concentradas en las siguientes tres direcciones prioritarias:

- *Las personas mayores y el desarrollo.*
- *Promocionar la salud y el bienestar de las personas mayores.*
- *Asegurar contextos de habilitación y de apoyo.*

Desde esta perspectiva se asumió la segunda dirección prioritaria de “promocionar la salud y el bienestar de las personas mayores” a través de la estimulación a la práctica de actividad física sistemática y el disfrute de espacios públicos cargados de significación, como lugares de práctica.

La finalidad de la comunicación es exponer argumentos experienciales en torno a la necesidad de práctica sistemática de actividad física, utilizando como alternativas, la caminata y un programa de ejercicios físicos con el Tai Chi Chuan, preferiblemente junto al mar.

Desarrollo:

1. Envejecimiento poblacional: preocupaciones y ocupaciones.

Se considera al envejecimiento poblacional como un importante desafío en las islas y con ello, el afán de *promocionar mayores oportunidades para las personas mayores, de manera que puedan realizarse plenamente y participar en todos los aspectos de la vida. (...) Este desafío plantea a los investigadores la prioridad de realizar estudios (...) en áreas relacionadas con el envejecimiento en los cuales las conclusiones impliquen aplicaciones prácticas y realistas.* Envejecimiento, UNESCO. 2002. Uno de esos estudios está necesariamente relacionado con la necesidad de propiciar un envejecimiento activo a los adultos mayores en Cuba, contextualizando en este caso a la realidad de la ciudad de Cienfuegos. Las experiencias desarrolladas permiten afirmar que los adultos mayores aceptan con beneplácito las propuestas de práctica de Tai Chi Chuan como alternativa de actividad física. Esta afirmación

fue posible obtenerla desde el análisis hermenéutico a los comentarios reflexivos ofrecidos dialógicamente por los participantes, respecto al estado de satisfacción por las prácticas realizadas. (López Bestard, Programa de actividades físicas de Tai Chi Chuan para adultos mayores con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la Comunidad Pastorita Obourque, Cienfuegos., 2009), (López García JE, 2012)

Las experiencias desarrolladas con adultos mayores se resumen a continuación en una tabla que denota la sistematicidad del trabajo de los autores con respecto a la aplicación de formas de práctica de Tai Chi Chuan. Las experiencias se organizan en la tabla que sigue de forma que pueda apreciarse la concatenación de los diferentes proyectos desarrollados y a la vez, cómo desde una inicial experiencia con jóvenes estudiantes universitarios que, impedidos de practicar la Educación Física, se acogen a la práctica del Tai Chi Chuan y dado su satisfacción por la práctica aprendida, llegan a promover este conocimiento en sus familiares y amigos del barrio. Esta acción dio lugar a una sucesión de proyectos comunitarios que se desarrollaron en diferentes barrios de la ciudad de Cienfuegos durante los años del 2004 al 2012, gracias a las solicitudes de la comunidad a la Universidad para obtener beneficios para la salud de este grupo etareo.

Tabla N° 1 Resumen de experiencias desarrolladas por realización de proyectos. Elaboración propia.

EXPERIENCIAS DESARROLLADAS POR PROYECTOS		
2004 - 2006	Proyecto extensionista: Programa de Tai Chi Chuan como alternativa participativa para estudiantes universitarios impedidos de practicar Educación Física.	38 estudiantes de diferentes carreras
2006 - 2009	Programa de actividades físicas de Tai Chi Chuan para adultos mayores en la comunidad Pastorita O'Bourque. Cienfuegos	11 adultas mayores, con Enfermedades Crónicas No Transmisibles
2009 - 2011	Proyecto de intervención comunitaria intersectorial. Tai Chi Chuan como actividad física y mental para la sustentabilidad del desarrollo. Cienfuegos	4 barrios de la ciudad de Cienfuegos, con un total de 62 participantes
2011 - 2012	Programa de asignatura de Tai Chi Chuan para dos semestres de la carrera de Ingeniería Mecánica y un Curso facultativo para las restantes carreras incluida la de Licenciatura en Cultura Física	32 estudiantes de la carrera de Ingeniería Mecánica

	Proyecto de capacitación: Formación de monitores de Tai Chi Chuan para la atención de salud de adultos mayores en municipios de la provincia de Cienfuegos	16 participantes (de los 8 municipios de la provincia de Cienfuegos)
--	--	--

Un sencillo análisis a los resultados de la tabla pone al descubierto que al menos más de 150 personas, en el plazo de prácticamente 8 años, fueron beneficiadas con el conocimiento y práctica del Tai Chi Chuan como modalidad de actividad física. La mayoría de los beneficiados fueron adultos mayores y la propia satisfacción por la práctica recibida dio lugar a la necesidad de formación de recursos humanos para la extensión del conocimiento y práctica de este arte marcial milenario en Cienfuegos.

Desde el punto de vista de los beneficios de crecimiento profesional de los autores durante la realización de los diferentes proyectos, puede informarse que de los datos expuestos en la tabla, los dos primeros proyectos fueron resultados de investigación para optar por títulos de Licenciatura en Cultura Física y Maestría en actividad física en la comunidad, respectivamente, de uno de los autores. El tercer proyecto constituyó un Proyecto aprobado por el Consejo científico de la Universidad de Cienfuegos y financiado por el CITMA en dicha provincia. La necesidad de multiplicar el conocimiento y extenderlo a otros espacios de la provincia, dio lugar a la organización de un curso de diplomado como parte de la formación de recursos humanos, mientras que el programa de asignatura pasó a enriquecer el curriculum desde la disciplina de Educación Física para las carreras universitarias en la Universidad de Cienfuegos.

Un detalle de especial importancia resalta a la luz de la inclusión educativa, porque desde el primer proyecto, se logra la inclusión de estudiantes a la práctica de actividad física, cuando estaban excluidos de realizar Educación Física. Posteriormente la inclusión de adultos mayores hacia los beneficios que aporta esta práctica como parte de un estilo saludable de vida, que antes no conocían.

Desde las experiencias y recomendaciones analizadas de cada uno de los proyectos, pudo conocerse que:

- los jóvenes estudiantes universitarios participantes del primer proyecto, decidieron que una vez aprendidos los movimientos de Tai Chi Chuan, querían practicarlos en espacios públicos.

- En el proyecto realizado con las adultas mayores de Pastorita, una recomendación fue practicar el Tai Chi Chuan en espacios relacionados con la naturaleza, de ahí que pensaron en espacios de césped verde, plazas, parques.
- Los participantes del proyecto barrial, específicamente los beneficiarios del Círculo de abuelos de Punta Gorda, dada su cercanía al mar, se observó que preferían caminar hasta la zona ubicada frente al mar para sus prácticas.

Estas apreciaciones favorecieron a los autores el planteamiento de nuevas proyecciones, esta vez pensando en las características del envejecimiento activo y las potencialidades de espacios públicos marinos de alta significación para los adultos mayores en la ciudad de Cienfuegos.

2. Desde el envejecimiento activo: Tai Chi Chuan en espacios públicos marinos de ciudades costeras.

De la tabla N°1 antes presentada, el tercer proyecto desarrollado durante 2009 - 2011: “Proyecto de intervención comunitaria intersectorial. Tai Chi Chuan como actividad física y mental para la sustentabilidad del desarrollo. Cienfuegos”, incluyó un barrio con una Casa de Abuelos que su ubicación es muy cercana al mar en el barrio de Punta Gorda. Las decisiones de los participantes fueron realizar su actividad física frente al mar, junto al muro de malecón cerca de su Casa de abuelos. Los participantes sentían una satisfacción mayor al disfrutar de la brisa y el paisaje marino, a lo que los autores sumaron sus indagaciones sobre los beneficios de la talasoterapia.

2.1. El envejecimiento activo: concepto asumido.

Se asume el envejecimiento activo como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Este concepto fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales del siglo XX con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable”. El vocablo “activo” hace referencia a una implicación continua en cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas, que no excluye a personas que estén enfermas o tengan limitaciones físicas para seguir viviendo activamente. (Pugliese, 2014) P.70.

Desde las concepciones teóricas del envejecimiento planteadas por Zolotow, D., Baltes y Baltes, citados por Pugliese, L. (2014:71) en cuanto a *los mecanismos de Selección, Optimización y Compensación (SOC)*, se toma como punto de referencia en la comunicación a la *selección como la reformulación de las metas de desarrollo y el establecimiento de preferencias*, en cuanto a la *prospección, elección y formulación de metas y campos de acción*. P.71. Desde esta perspectiva se defiende la idea de que los ciudadanos, sobre todo los adultos mayores, tienen a la edad de la vejez, (conceptualizada como “un mérito, una distinción, espacio donde la vida cobra un nuevo sentido”.P.61 (Martínez Perez, González Aragón, Castellón León, & González Aguiar, 2018) la posibilidad de reformular su vida y descubrir en sus espacios de vida, aquellas oportunidades de realizar actividad física disfrutando de los espacios públicos cargados de significación.

2.1.1. Para la reformulación de metas y establecimiento de preferencias: ¿De qué adultos mayores hablamos específicamente?

Se conoce que la población cubana de más de 60 años, en esta primera quincena de años del siglo XXI, puede caracterizarse, sin temor a equivocación, que es una buena parte de la población crecida en los beneficios de una formación integral basada en una cultura general que proporcionó la política educacional y de salud cubana después de 1959.

Es una población que al menos tiene 12 grados, y que en su mayoría tiene realizado estudios universitarios y muchos hasta de mayor nivel. Es una población que se ha desarrollado en el conocimiento e influencia de los diferentes programas nacionales de salud, como el de lucha contra drogas, entre las que se incluyen las “portero” como el consumo de café, cigarros, y bebidas alcohólicas. Es una población preparada en el conocimiento de la necesidad de no auto medicarse ni mezclar medicamentos cuyas reacciones sean inadecuadas.

Sin embargo, es una población que creció responsablemente en los fuertes avatares de impulsar rápidamente a Cuba hacia el desarrollo, y por tanto asumió estudiar y trabajar a la vez, y luego actualizarse constantemente como parte de su formación continuada.

Es una población que creció también en los fuertes embates del bloqueo estadounidense, y fundamentalmente, en los del Periodo especial, y aun,

cuando conociera desde un inicio que el deporte es un derecho del pueblo, prácticamente no todos ponían atención al cuidado de dedicar tiempo para la práctica de la actividad física sistemática, y qué decir de la preocupación por una constante alimentación sana. La apurada vida de los años 90, y los inicios del Siglo XXI, hicieron mella en el consumo de una dieta no totalmente sana en una buena parte de esta población que hoy ya frisa los 60 años y más.

Esta situación, aunque alude de forma específica a Cuba, en realidad, en muchos países del mundo, no está lejos de tener un comportamiento parecido, aunque los contextos y motivos sean bien diferentes. Tanto en países desarrollados como los en vías de desarrollo, en las sociedades cada vez más enriquecidas, y en las cada vez más empobrecidas, también han estado presentes las consecuencias de factores de riesgo como la inactividad física y el consumo de sustancias tóxicas (sobre todo café, tabaco y bebidas alcohólicas). Son apreciables por ejemplo, desde la influencia de los adelantos tecnológicos, como el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, los que por un lado son beneficiosos, pero por otro perjudican, si no se atiende a sus riesgos, porque inducen al sedentarismo, y a la alimentación malsana, sea o no de forma consciente.

Pero, como dijera el poeta, *¿quién dijo que todo está perdido?* La actividad física es el instrumento que el hombre ha descubierto para de forma preventiva, preparar al ser humano para enfrentar los procesos naturales de envejecimiento, además, cuando se ha llegado a la adultez se aplica para el mejoramiento de esta etapa de la vida. *En el contexto de los ejercicios que son de un valor incalculable para ser aplicados se incluye en la actualidad a los ejercicios de Tai – Chi.* (Arias Rojas, 2005). Y si se saben aprovechar los recursos que la naturaleza pone a disposición, en este caso de las ciudades costeras de los estados insulares, las enfermedades crónicas no transmisibles pueden recibir su compensación aunque no desaparezcan, dada su cronicidad.

3, Tai Chi Chuan

El Tai Chi Chuan es un ejercicio físico que se puede practicar toda la vida y por todas las edades. Su función es mejorar la salud y fortalecer el cuerpo. Facilita la relajación mental, favorece la concentración y contribuye a la eliminación del stress. Su práctica requiere relajación, suavidad y cierta perfección. La respiración debe ser ligera y acompañando a los movimientos. (López Bestard,

2006). Tiene la característica de poder ajustarse a diferentes estados de salud, estructuras corporales, tiempo disponible para la práctica, estado mental y hasta personalidad del practicante. Los principios de su práctica guardan relación con el medio ambiente porque requieren de la conexión con el suelo, una respiración lenta y tranquila, donde el movimiento transcurre lentamente a partir de la relajación y concentración, por tanto requiere de momentos muy específicos del día para su ejecución, deseablemente: al amanecer o al atardecer, evitando condiciones adversas del clima. Tales argumentos relacionan la práctica del Tai Chi Chuan con el entorno natural, preferiblemente al aire libre, en un medio ambiente limpio, lleno de naturaleza viva y despojada de cualquier tipo de contaminación. Estos requerimientos llevan de la mano a la posibilidad de seleccionar en la ciudad, espacios de práctica cargados de significación, que aprovechando la insularidad cubana, puedan realizarse junto al mar. Así, la práctica tendrá por escenario el disfrute de un entorno natural escogido, portador de limpieza, salubridad, condiciones para una respiración descontaminada, una visualidad estética agradable, libre de contaminación acústica. La práctica de este arte marcial regularmente promueve el conocimiento de una cultura alimentaria y estilos de vida sana, que aportarán evidencias efectivas en el mejoramiento de la calidad de vida y la incorporación, cada vez más activa y acorde a sus posibilidades, de las personas practicantes a la sociedad.

3.1. Los espacios públicos marinos, lugares de práctica de actividad física con Tai Chi Chuan: salud como recurso de calidad de vida.

Las personas conciben la actividad física de diversas maneras, y sus formas de práctica más tradicionales, a veces hacen pensar a muchas de ellas, sobre todo a los adultos mayores, en que a una determinada edad ya no están aptos para realizarla. De ahí la idea de que las personas, adultos mayores, puedan seleccionar su propio espacio de práctica, realizar los ejercicios del Tai Chi Chuan acorde a sus posibilidades físicas, a su ritmo. En relación a la selección de espacios públicos junto al mar, la idea cobra el incentivo de que además, la persona, “salga” de su casa, a caminar.

Con relación a este incentivo a caminar, ya en Cuba y específicamente en Cienfuegos se aprecia como tendencia la utilización de los parques, plazas, parques dentro de los edificios multifamiliares cubanos ubicados en los

barrios, en las diferentes circunscripciones, son espacios convenientes para los encuentros de práctica de actividad física y de conversaciones reflexivas de los adultos mayores. De igual forma aquellos adultos mayores que viven muy cerca de la costa tienen por costumbre caminar hasta las zonas con muros de “malecón” en horas tempranas de la mañana.

3.1.1. Al andar se hace camino: vida, salud, disfrute... cerca del mar.

Desde el punto de vista físico el cuerpo humano es un sistema diseñado para el movimiento. Caminar es una actividad física saludable, de intensidad ligera, casi libre de lesiones. Se camina por una variedad de motivos: placer, interacción social, reducir el impacto de condiciones crónicas de salud... Caminar, sobre todo, en un entorno placentero, y con otras personas, ofrece muchas oportunidades para relajarse y tener tratos sociales.

El mar ofrece serenidad con su espejo de agua en días de tiempo tranquilo, sobre todo al amanecer y al atardecer. Es impresionante disfrutar de la salida o puesta de sol junto al mar, y el disfrute es mayor si se practica Tai Chi Chuan en esos momentos. Muchas personas gustan de sentarse frente al mar para reflexionar, *dejar salir* sus preocupaciones, o pensar en detalles agradables. Descubrir y adentrarse en el silencio del movimiento cíclico de las olas, su ida y regreso bajo un compás armonioso.

La respiración frente al mar, permite la entrada a nuestros pulmones de un aire puro, cargado del olor marino al chocar de las olas unas contra otra, contra los muros de la costa, aunque el mar esté tranquilo y el movimiento del mar es provocado por la entrada o salida de una embarcación. El aire marino de las zonas costeras se presenta en varias formas: de suave brisa, de viento moderado o fuerte. Todo éste aire se encuentra cargado de iodo, sales y demás partículas minúsculas que se hallan en la superficie del mar, las cuales se convierten en agentes terapéuticos que van a depositarse sobre la piel del cuerpo humano favoreciendo los intercambios térmicos en el organismo. (Fuentes Pardo, 2009)

Conclusiones:

El carácter sociocultural de la actividad física en los adultos mayores contribuye a la inclusión de las personas en la actividad física, la elevación de su participación, autoestima empoderamiento, disfrute de espacios, en fin reformularse nuevas metas de vida en beneficio de su salud. El Tai Chi Chuan

constituye una alternativa para desarrollar un envejecimiento activo. Para ello hay que redescubrir la ciudad por las posibilidades que tiene para *la generación de espacios amables y útiles para mejorar, en sentido amplio, la calidad de vida de todos los ciudadanos y ciudadanas*. (Calvo, 2008). Las ciudades costeras son de incalculable valor en este sentido.

Referencias Bibliográficas

- Calvo, S. M. (2008). Bases para una ciudad sostenible en Andalucía: La ciudad de las personas desde el territorio. *La ciudad viva.*, 18 - 25.
- Conferencia. (2003). *Estudio de las regiones insulares ultra periféricas*. Bruselas: http://www.europa.eu.int.com/regional_policy/sources/docgener/studies/study_fr.htm.
- Fuentes Pardo, M. (2009). *Propuesta para la creación de un centro de talasoterapia en el Cantón General Villamil. Tesis de grado en opción al título Licenciatura en Turismo*. Guayaquil, Ecuador.: Escuela Superior Politécnica del litoral. Facultad de ingeniería marítima y Ciencias del Mar.
- López Bestard, Y. (2006). Proyecto extensionista: Tai Chi Chuan como alternativa participativa para estudiantes universitarios impedidos de practicar Educación Física. . *6to Congreso provincial Educación Superior, Universidad 2006*. Cienfuegos: Universo Sur.
- López Bestard, Y. (2009). *Programa de actividades físicas de Tai Chi Chuan para adultos mayores con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la Comunidad Pastorita Obourque, Cienfuegos*. Cienfuegos: Universidad de Cienfuegos, Facultad de Ciencias de la Cultura Física. Tesis en opción al título de Maestría en Actividad física en la comunidad.
- López García JE, L. B. (2012). *Tai Chi Chuan: alternativa saludable educativa medioambiental de actividad física y mental por la sustentabilidad del desarrollo*. Ciudad de La Habana: Congreso Internacional de Educación Superior: Universidad 2012, XI Taller Internacional de Extensión Universitaria.
- Martínez Perez, T., González Aragón, C., Castellón León, G., & González Aguiar, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? . *Revista FINLAY (revista en internet) Vol 8, Nº 1*, 59- 65.
- Massip, S. (2009). Factores geográficos de la cubanidad. Conferencia pronunciada en Anfiteatro Varona, Universidad de La Habana, 1939. *CATAURO Nº 19*, 180 - 187.
- Pugliese, L. (2014). El envejecimiento activo: aproximaciones conceptuales y ejemplos de programas que lo promueven. *Comentarios de seguridad social. Nº 44*.
- UNESCO. (2002). *Asamblea Mundial sobre el envejecimiento*. <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/social-transformations/most-programme/regional-priorities/europe-and-north-america-ageing/>.

TÍTULO: ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA.

Autor: Dr. MsC. Manuel Castillo Frías. Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos, Cuba. Email: manuel.castillo@gal.sld.cu. Vicedirector Medios Diagnósticos y Aseguramientos Médicos. Máster en Educación. Máster en Urgencias Médicas.

Coautores: Lic. Gretta Pérez Muñiz. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba. Email: manuelcf@jagua.cfg.sld.cu. Jefa enfermera de la sala 10A del servicio de Geriátrica; Dra. Teresa Amparo Fonseca Fernández Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba. Email: teresa.fonseca@gal.sld.cu. Jefe médico de la sala 10B del servicio de Medicina Interna; Dra. MsC. Maribel Misas Menéndez. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba. Email: Maribel.misas@gal.sld.cu. Especialista Medicina Interna. Máster en Ciencias de la Educación

RESUMEN

Fundamentos: La cirrosis hepática es una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En Cuba representa la décima causa de muerte.

Objetivo: Determinar la frecuencia con que aparecen alteraciones del estado nutricional en pacientes con cirrosis hepática y su relación con la etiología, el estadio de severidad y las complicaciones de la enfermedad. **Material y Método:**

Estudio observacional, prospectivo con diseño descriptivo- correlacional, de una serie de casos, de 340 pacientes con cirrosis hepática de diferentes causas, desde el primero de mayo de 2012 hasta el 31 de mayo de 2014. Se utilizaron variables como edad, sexo, etiología de la cirrosis hepática, complicaciones, estado de severidad de la enfermedad y evaluación nutricional. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

Resultados: Predominaron el sexo masculino, el grupo de edad de 50 a 59 años y la etiología alcohólica. La mayoría de los enfermos se agruparon en la clase B de la clasificación de Child Pugh. El 43,0% de los cirróticos se encontraban desnutridos. Los alcohólicos (66,4%) mostraron el mayor porcentaje de desnutrición. La ascitis fue la complicación más frecuente en los desnutridos (30,1%). **Conclusiones:** La desnutrición fue frecuente en los pacientes con cirrosis hepática y presentó una mayor relación con el grado de insuficiencia hepática y la etiología alcohólica que con el sexo. A mayor progresión de la enfermedad, mayor fue el riesgo de desnutrición.

Palabras claves: Cirrosis, alcoholismo, Child Pugh, complicaciones, estado nutricional

INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática representa una importante causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y en Cuba. Es una enfermedad crónica, difusa, progresiva y generalmente irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de necrosis, fibrosis y nódulos de regeneración, que condicionan una alteración de la arquitectura vascular intrahepática y reducción de la función del hígado o de la masa funcional, trayendo como consecuencia el desarrollo de hipertensión portal e insuficiencia hepática.¹

Una muestra evidente de la magnitud de la enfermedad es que desde hace varias décadas, se encuentran entre las diez primeras causas de defunciones en el país junto a otras enfermedades crónicas del hígado, con una tasa de mortalidad que oscila en los últimos 10 años, según el Anuario Estadístico de Salud de Cuba, entre 9 y 11 por cada 100 000 habitantes, siendo la del año 2013 de 12,1; ocupando el

décimo lugar entre las 35 primeras causas de muerte en esta nación. Las tasas más elevadas se reportan en las edades comprendidas entre los 40 y 60 años, con una mayor prevalencia en el sexo masculino. La provincia de Cienfuegos presentó una tasa de 13,7; cifra que se encuentra por encima de la media nacional.²

La desnutrición calórico-proteica es frecuente en enfermos con cirrosis hepática de diferente etiología y con distintos grados de insuficiencia hepatocelular. La malnutrición puede aparecer en etapas precoces de la enfermedad. Se ha descrito en el 60 al 100 por ciento de los enfermos con cirrosis descompensada y en al menos el 20 por ciento de sujetos con cirrosis compensada. Es más prevalente en enfermos alcohólicos y empeora el pronóstico de la enfermedad lo que se traduce en una disminución de la supervivencia, prolongación de la estancia hospitalaria, mayor morbilidad postrasplante y empeoramiento de la calidad de vida.³

En la provincia Cienfuegos no se ha estudiado con amplitud el tema de la cirrosis hepática como problema de salud a pesar que representa un objetivo de trabajo priorizado de la institución hospitalaria. Existe el antecedente de una investigación realizada en el año 2012, en el servicio de medicina interna que caracterizó el comportamiento clínico, bioquímico e imagenológico de los pacientes cirróticos pero no se cuenta con suficiente información en relación al estado nutricional de estos sujetos.

La inexistencia de estudios que hayan evaluado nutricionalmente a pacientes cirróticos en la provincia, fue lo que motivó a realizar la presente investigación, teniendo como objetivo determinar la frecuencia con que aparecen alteraciones del estado nutricional en pacientes con cirrosis hepática y su relación con la etiología, el estadio de severidad y las complicaciones de la enfermedad.

DESARROLLO

1. 1 MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, prospectivo con diseño descriptivo-correlacional, de una serie de casos, en el Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de la provincia Cienfuegos desde el primero de mayo del 2012 hasta el 31 de mayo de 2014. El universo estuvo constituido por 340 pacientes con cirrosis hepática de diferentes causas, atendidos en la consulta multidisciplinaria del servicio de Gastroenterología y en las salas de hospitalización de la institución, en el periodo de estudio señalado. La selección del universo se realizó de forma secuencial según fueron asistiendo a la consulta o estuvieran hospitalizados. Se consideró como caso al paciente conocido con diagnóstico de cirrosis hepática.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuesto se incluyeron las variables siguientes:

1.- Edad: Según años cumplidos en el momento de la investigación, a partir de la cual se clasificaron los sujetos en seis grupos previamente definidos.

2.- Sexo: Según sexo biológico del paciente cirrótico (Masculino o femenino).

3.- Etiología: Se agrupó en 4 grupos:

- Alcohólica: Se utilizó la clasificación de Marconi (Criterios basados en la cantidad y frecuencia de consumo).⁴

- Viral: Se señaló cuando existió el antecedente de hepatitis B o hepatitis C o fue confirmada por AgsHB y anti-VHC.

- Mixta: Cuando se cumplieron los dos criterios anteriores.

- Otras: Se tuvieron en cuenta aquellos pacientes con antecedentes de cirrosis criptogenética, hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria, enfermedad de Wilson, hemocromatosis, esteatosis

hepática no alcohólica y otras etiologías menos frecuentes referidas por el paciente.

4.-Complicaciones: ^{5, 6} Se consideraron las principales complicaciones que desarrollan los pacientes cirróticos (Anexo 2).

5.- Estado de severidad de la enfermedad: ⁷ Se determinó mediante la aplicación del modelo Child – Pugh en la que se definen tres categorías:

Clase A: Cirrótico compensado; Clase B: Cirrótico moderadamente descompensado y Clase C: Cirrótico severamente descompensado

6.- Evaluación nutricional integral: Se determinó mediante la combinación entre los componentes de la evaluación nutricional subjetiva y la valoración antropométrica. Para la evaluación nutricional subjetiva fue utilizado un instrumento ya existente en la literatura científica; la Evaluación Subjetiva Global del estado nutricional en pacientes hospitalizados según Destky, modificada y validada para pacientes con cirrosis hepática por especialistas del Instituto de Gastroenterología de Ciudad de la Habana (ESG-CH). El instrumento consta de siete secciones, las cuales miden la historia de los cambios en el peso, síntomas gastrointestinales, estado de los ingresos alimentarios, autonomía o validismo del paciente, complicaciones de la enfermedad cirrótica en los últimos 6 meses, estrés metabólico, estado de la dinámica y masa muscular, así como el estado del tejido adiposo. ⁵

A cada paciente se le realizó una valoración antropométrica. Esta incluyó la medición de la estatura (E) en cm, peso (P) en Kg, $IMC=P/E^2$ (kg/m²), circunferencia del brazo (CB) en cm, así como pliegue cutáneo tricipital (PCT), pliegue cutáneo subescapular (PCSEC) en mm y Circunferencia Muscular del Brazo (CMB) = CB - (0,314 x PCT) en cm.

La clasificación final del estado nutricional se realizó con la evaluación nutricional integral conmutando los resultados de la ESG-CH y los indicadores antropométricos. Esta evaluación integró los resultados de la ESG - CH con dos de los indicadores antropométricos por debajo de los puntos de corte definidos (CB+ PCT) ó (CB + PCSE), así como se efectuó a la captación del paciente en el estudio.

Se clasificó al paciente como:

Bien nutrido: ESG - CH categoría A + indicadores antropométricos normales o ESG - CH categoría A y solo uno de los indicadores antropométricos anormal (CB, PCT o PCSE)

Desnutrido: ESG - CH categoría A + (CB + PCT) o (CB + PCSE) anormales; ESG categoría B o C con o sin indicadores antropométricos anormales.

El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. Se consideró un nivel de significación del 5% en todos los análisis que se realizaron y se adoptó un intervalo de confianza (IC) al 95%. La fuerza de la asociación se estableció mediante técnicas de análisis de tablas de contingencia basadas en la distribución ji-cuadrado. En los casos que fueron necesarios, se calculó el riesgo relativo (RR) y las razones de disparidad (OR) correspondientes. La información de los resultados obtenidos se presentó en texto, tablas y gráficos diseñados al efecto. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas.

La fuente de información fueron las historias clínicas individuales de los pacientes.

Dada las características del estudio no fue necesario realizar consideraciones bioéticas particulares. De igual modo se cumplió con los principios de beneficencia, respeto y confidencialidad. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Científica y por el Consejo Científico de la institución, así como se contó con la aprobación de los pacientes para participar en el mismo.

1.2 RESULTADOS

En la tabla 1, se aprecia que en el sexo masculino predominó el grupo de 50 a 59 años de edad y para el femenino predominaron los grupos de edad de 50 a 59 y 60 a 69 años. La causa más frecuente de cirrosis hepática para ambos sexo en el estudio fue la alcohólica. El mayor porcentaje de hombres y mujeres se ubicaron en la categoría B de la clasificación de Child Pugh. El estado de desnutrición resultó ser similar en hombres y mujeres.

La distribución de pacientes desnutridos según grupos de causas se representa en la tabla 2, apreciándose que los pacientes alcohólicos tienen 4,6 veces más riesgo de estar desnutridos que el resto de los pacientes con cirrosis hepática.

En la tabla 3, se observa que hubo una mayor frecuencia de desnutrición en los estadios más avanzados de la enfermedad. Los pacientes en estadio C de la clasificación de Child Pugh tienen 4,0 veces más riesgo de estar desnutridos que los cirróticos que se encuentran en los estadios A y B.

La ascitis fue la complicación más frecuente en los pacientes desnutridos como se observa en la tabla 4, Se comprobó una asociación significativa entre la ocurrencia global de complicaciones y la desnutrición. De los 202 pacientes complicados, 128 estaban desnutridos que representa el 63,4%, (OR: 12,0 [(IC: 95% 6,7-21)] χ^2 : 85.7, $p < 0,001$). El riesgo de presentar ascitis, sangrado digestivo alto, síndrome hepatorenal y peritonitis bacteriana espontánea resultó ser mayor en los pacientes desnutridos.

1.3 DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio son similares a lo descrito en la literatura médica revisada. En la cual se señala que la edad promedio en que se presenta la cirrosis hepática es entre los 40 y 60 años de edad,^{8, 9} esta variabilidad pudiera estar en relación a la heterogeneidad de los grupos de edades seleccionados en los diferentes estudios.

Varias investigaciones que han estudiado el comportamiento sociodemográfico de la cirrosis hepática en el mundo, encontraron que entre el 60 y 70% de los casos eran del sexo masculino y un 20 - 30% pertenecían al femenino.¹⁰⁻¹³ Resultados que coinciden con los obtenidos en esta investigación. En Cuba, el análisis del comportamiento epidemiológico de la enfermedad revela que la misma se presenta con una mayor frecuencia en sujetos del sexo masculino.¹⁴⁻¹⁷ La cirrosis hepática aparece con mayor frecuencia en los hombres, probablemente porque la infección por virus hepatotropos y el etilismo son más frecuentes en el sexo masculino; ambos factores etiológicos se han identificado entre las primeras causas de la enfermedad en el mundo.^{9, 18, 19}

Las principales causas de cirrosis hepática en el estudio fueron la alcohólica y la viral. Aproximadamente, entre el 40 y 60% de los casos de cirrosis hepática en Europa y Norteamérica son debidos al abuso de alcohol, mientras que el 25-30% es el resultado de la hepatitis crónica vírica.²⁰ Otros autores consideran que el predominio de etiología alcohólica o viral en las diferentes series de cirróticos estudiadas pueden variar entre ellas en dependencia del área geográfica donde sea realizada la investigación.^{21, 22}

En Cuba, al establecer comparaciones en este sentido, varios estudios señalan que la principal causa de cirrosis hepática es la alcohólica, seguida por la etiología viral;¹⁴⁻¹⁷ aunque en dos series de cirróticos estudiadas se encontraron un predominio de la etiología viral, pero al observar la muestra utilizada en estas investigaciones se constata que no son representativa de la población de cirróticos del país, ya que se circunscribe a pacientes atendidos en centros especializados de atención terciaria de Ciudad de La Habana.^{5, 6}

A juicio del autor, los resultados del presente estudio se corresponden con lo descrito en la literatura médica revisada. En la mayoría de los estudios publicados se puede apreciar que las principales causas de cirrosis hepática son la alcohólica, seguida por la infección provocada por virus hepatotropos.^{9, 14-17, 18, 20} El predominio de la etiología alcohólica pudiese estar relacionado con los patrones sociales que han prevalecido durante muchos años en Cuba. A lo largo de la historia de este país el consumo de alcohol es parte integral de la vida sociocultural de los cubanos correspondiéndose con uno de los factores de riesgo de mayor incidencia en la población. La sociedad cubana acepta y alienta el consumo de alcohol, justificándolo con cualquier motivo: acontecimientos familiares importantes (bodas, cumpleaños) u ocasiones triviales (lavar el carro, pintar la casa, jugar softball, viajar a la playa, etc.). El principal desencadenante del alcoholismo está relacionado con el género, porque en Cuba se acepta que el consumo frecuente y habitual de alcohol es una práctica masculina, aunque en los últimos años ha habido un progresivo aumento del consumo de alcohol en las mujeres.²³

En lo que se refiere al estadio de progresión de la cirrosis hepática y el sexo los resultados de la presente investigación coinciden con los obtenidos por Lebroc Pérez, Mejías Cabrera y Fajardo González. En sus estudios el mayor porcentaje de hombres y mujeres se ubicaron en la clase B.^{15, 24, 25} En otras series de casos publicados se observa un predominio de la clase A de la clasificación de Child Pugh, seguida por las categorías B y C en ese orden de frecuencia.^{5, 26}

Los pacientes con cirrosis hepática secundaria a alcohol y virus de la hepatitis B y C, usualmente registran tasas de descompensación anuales mucho mayores que el resto de las causas. Éstas se han reportado en el 3% para el VHC y 10% para el VHB y en el caso específico de los alcohólicos varían en dependencia de la presencia o no de abstinencia.²⁷

La desnutrición constituye un hallazgo común en las enfermedades hepáticas crónicas, particularmente la cirrosis hepática. Esta enfermedad constituye la máxima expresión del deterioro e insuficiencia del hígado, órgano responsable de los procesos fisiológicos esenciales para mantener un buen estado nutricional.²⁸ La desnutrición global encontrada en la presente investigación fue inferior a las reportadas en algunos estudios nacionales e internacionales que utilizaron métodos análogos para la determinación del estado nutricional,^{5, 29} pero similar a los resultados encontrados en otros estudios que han detectado una frecuencia de desnutrición que se aproxima al 45%.^{20, 29} La literatura reporta además disímiles cifras que van, en el caso de la cirrosis alcohólica, de 34 a 82% y en la no alcohólica de 27 a 87%.⁵ Ello lleva al autor a plantear que existen diferentes frecuencias de desnutrición según los métodos de valoración nutricional empleados,²⁹ así como también en dependencia de la causa que produzca la enfermedad.³⁰ Esto trae como consecuencias dificultades para comparar poblaciones de cirróticos atendidas en diferentes latitudes geográficas con sus propias características idiosincrásicas, estilos de vida, conductas asociadas al género, características demográficas de la población, entre otras.⁵

Reportes en Cuba, señalan que la desnutrición es una condición frecuente de la enfermedad cirrótica con un valor predictivo trascendental. Los hombres presentan aproximadamente el doble de riesgo de desnutrición respecto a las mujeres, este comportamiento resulta ser constante en los cirróticos, pero no en esta serie de

cirróticos estudiada, en la que los resultados obtenidos no se corresponden con lo reportado en otras investigaciones.^{20, 29}

La similitud encontrada en la frecuencia de aparición de la desnutrición en hombres y mujeres, se infiere que pudiera estar en relación a que en el presente estudio la principal causa de cirrosis hepática tanto para el sexo masculino como femenino fue la alcohólica. Los pacientes con cirrosis alcohólica presentan un mayor grado de desnutrición en relación a otras etiologías.^{30, 31}

En el caso específico de la enfermedad hepática alcohólica es conocido que los trastornos nutricionales comienzan desde etapas tempranas, y el defecto nutricional empeora cuando se añaden las alteraciones de la enfermedad cirrótica.⁵

En diferentes subpoblaciones de cirróticos estudiadas en los últimos años se ha reportado que existe una tendencia al incremento de las tasas de desnutrición a medida que progresa el estadio de severidad de la enfermedad,⁶ siendo ésta mucho más frecuente en los estadios B o C de de la clasificación de Child Pugh.³² Aunque probablemente lo más relevante sea que la desnutrición muy presente en las hepatopatías descompensadas, se inicia en fases relativamente tempranas de la enfermedad, en pacientes compensados y con buena reserva hepática definida por la clasificación de Child-Pugh, incluso se ha llegado a informar que hasta una cuarta parte de los pacientes Child-Pugh estadio A están desnutridos.³²

En un estudio realizado por Samada Suárez sobre factores pronósticos de supervivencia en pacientes con cirrosis hepática evaluados para trasplante hepático se observa que la principal complicación que presentaron los pacientes cirróticos fue la ascitis, seguida en orden de frecuencia por el sangrado digestivo y la encefalopatía hepática, coincidiendo estos resultados con los de la presente investigación.⁶ Mejías Cabrera en su trabajo de tesis también encontró similares resultados.²⁴

Castellanos Fernández reportó en su estudio que las principales complicaciones presentadas en su investigación por los cirróticos fueron la ascitis, el sangrado digestivo alto, la peritonitis bacteriana espontánea primaria y la encefalopatía hepática, en ese orden.⁵

A juicio del autor existen resultados similares entre la mayoría de las series estudiadas y los resultados del presente estudio, en cuanto a las principales complicaciones que se presentan en los pacientes cirróticos.

La ascitis, el sangrado digestivo alto, el síndrome hepatorenal y la peritonitis bacteriana espontánea fueron las complicaciones que más se relacionaron con este estado nutricional. Se ha encontrado en los pacientes con cirrosis hepática y desnutrición un riesgo hasta 4 veces mayor de desarrollar complicaciones como encefalopatía hepática recurrente, sangrado de tubo digestivo, ascitis e infecciones en comparación con aquéllos sin desnutrición.³²

CONCLUSIONES

La desnutrición fue frecuente en los pacientes con cirrosis hepática y presentó una mayor relación con el grado de insuficiencia hepática y la etiología alcohólica que con el sexo. A mayor progresión de la enfermedad, mayor fue el riesgo de desnutrición. El riesgo de presentar ascitis, sangrado digestivo alto, síndrome hepatorenal y peritonitis bacteriana espontánea primaria resultó ser mayor en los pacientes desnutridos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Córdoba Cardona J. Relación entre encefalopatía hepática, calidad de vida y proteínas de la dieta en pacientes con cirrosis hepática. Tesis para la obtención del título de Doctor en Medicina. 2011. Universidad Autónoma de Barcelona.

2. Bess Constantén S. Anuario Estadístico de Salud 2013[Libro en Internet]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2014. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>. Fecha de último acceso: 1 de junio de 2014.
3. Jurado García J, Costán Rodero G, Calañas Continente A. Importancia de la nutrición en enfermos con encefalopatía hepática. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):372-381.
4. Del Sol Padrón LG, Álvarez Fernández OM, Rivero Berovides J de D. Consumo de alcohol. El ABC en el manejo de algunas Enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo. *Rev Finlay* 2005;10:61-65.
5. Castellanos Fernández MI. Importancia de la desnutrición en el pronóstico del paciente con cirrosis hepática. [Trabajo para optar por el grado de Doctor en Ciencias Médicas] 2010. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García": La Habana.
6. Samada Suárez M. Factores pronósticos de supervivencia en pacientes con cirrosis hepática evaluados para trasplante hepático. [Tesis de doctorado]. La Habana: Facultad Ciencias Médicas "Victoria de Girón"; 2008.
7. D' Amico G, Garcia- Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: A systematic review of 118 studies. *Journal of Hepatology* 2006; 44:217-31.
8. García Jardon M, Blanco Blanco E, Stepien A, Paton N. Cirrosis hepática en la infancia. Hallazgos en un caso de autopsia [Internet] University of Transkei/Nelson Mandela Ac. Hospital república sudafricana. 2005 [actualizado 29 de sep de 2005; citado 18 de julio de 2009]; Disponible en: http://www.conganat.Org/7congreso/final/vistalImpresion.asp?id_trabajo=174
9. Lefton HB, Rosa A, Cohen M. Diagnosis and epidemiology of cirrhosis. *Med Clin North Am*. 2009;93:787-99.
10. Rodríguez Magallán A, Valencia Romero HS, Trinidad Altamirano J. Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex*.2008;75(4):247-56.
11. Huertas Cuaresma J, Méndez Perles C, Medina Mirón M, González Gallardo M. Cirrosis hepática en el hospital clínico San Carlos. En: Piédrola G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*.Madrid;2007.p.1-17.
12. Bustíos C, Dávalos M, Román, R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Rev Gastroenterol Perú*. [Internet]. 2004 [citado 30 mayo 2014]; 27 (3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292007000300003&script=sci_arttext
13. Ginés Gibert P, Arroyo Pérez V. Cirrosis hepática. En: Farreras Valentí P, Rozman C, Cardellach López F, editores. *Medicina Interna*. 17nd ed. Parte II Barcelona: Elsevier; 2012.p.314-319.
14. Hierro González A, Hano García OM, González Fabián L. Evaluación nutricional de pacientes cirróticos compensados. *Rev cubana med* 2012;3 vol.51 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012.
15. Fajardo González MH, Arce Núñez M, Medina Garrido Y, Esteva Carral L, MF Osorio Pagola. Comportamiento de la cirrosis hepática en el hospital "Arnaldo Milián Castro" de julio de 2007 a marzo de 2009; *Medisur* 2010; 8(4).

16. Torreblanca Xiques A, Fonseca Chong L. Caracterización de los pacientes con cirrosis hepática atendidos en Las Tunas. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*;2014;39 (12).
17. Castellanos Suárez J, Infante Velásquez M, Pérez Lorenzo M, Umpiérrez García I, Fernández Báez A. Caracterización clínica de pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz, de Matanzas. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2012 Nov-Dic [citado: fecha de acceso];34(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol6%202012/tema01.htm>
18. Mandayam S, Jamal MM, Morgan TR. Epidemiology of Alcoholic Liver Disease. *Seminars in Liver Disease*. 2004;24 (3):217-28.
19. Norton R, Batey R, Dwyer T, MacMahon S. Alcohol consumption and the risk of alcohol related cirrhosis in women. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987; 11;295(6590):80-2.
20. García M, Astencio AG, Santana S, Barreto J, Martínez C, Espinosa A. Estado nutricional de los pacientes con cirrosis hepática de causa viral. Influencia sobre la evolución natural de la enfermedad hepática y la respuesta al trasplante. *Rev Nutr Clin*. 2007;16(1):12-25.
21. Dehesa Violante M, Nuñez Nateras R. Epidemiology of Hepatitis Virus B and C. *Archives of Medical Research*. 2007; 38:606-11.
22. Fattovich G, Bortolotti F, Donato F. Natural history of chronic hepatitis B: Special emphasis on disease progression and prognostic factors. *Journal of Hepatology*.2008; 48:335–52.
23. Sarmiento Ducónger R, Carbonell García IC, Plasencia Asorey CC, Ducónger Castellanos R. Patrones de consumo de alcohol en una población masculina de El Caney. *MEDISAN* 2011; 15(4):495.
24. Mejías Cabrera Yamilka. Caracterización de los pacientes con cirrosis hepática en el servicio de medicina interna. [Tesis de especialidad]. Cienfuegos: Universidad Ciencias Médicas “Raúl Dorticos Torrado”; 2012.
25. Toledo C. Cirrosis Hepática: Medidas preventivas de algunas de sus complicaciones. *Rev. clin. condes*. 2010; 21(5) 757-763.
26. Jaysoom Abarca R, Peña Herrera OV, Cristina Garcés V, Córdova A, Carrillo LM, Roque Sáenz F. Etiología, sobrevida, complicaciones y mortalidad en cirrosis hepática en el Ecuador. Evaluación retrospectiva de 15 años (1989-2003). *Gastr Latinoam* 2006; 17(1): 29-34.
27. Schuppan D, Afdhal NH. Liver cirrhosis. *Lancet*. 2008;371(9615):838-51.
28. Bernal V, Bosch J. Cirrosis hepática. En: Montoro MA; García Pagán JC editores. *Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica*. 2nd ed. Barcelona: Elsevier Science; 2012.p.867-890.
29. Castellanos Fernández M, Santana Porbén S, García Jordá E, Rodríguez de Miranda A, Barreto Penié J, López Díaz Y, Martínez González C. Influencia de la desnutrición en la aparición de complicaciones y mortalidad en pacientes cirróticos. *Nutr. Hosp* 2008; 23(1).
30. Tai MLS, Goh KL, Mohd Taib SH, Rampal S, Mahadeva S. Anthropometric, biochemical and clinical assessment of malnutrition in Malaysian patients with advanced cirrhosis. *Nutr J* 2010; 9: 27-33.
31. Caregaro L, Alberino F, Amodio P, Merkel C, Bolognesi M, Angeli P et al. Malnutrition in alcoholic and virus-related cirrhosis. *Am J Clin Nutr*.1996;63:602-9.
32. Rivera Irigoín R, Abilésb J. Soporte nutricional en el paciente con cirrosis hepática. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35(8):594-601.

ANEXO 1. Tablas

Tabla 1. Características generales de los pacientes con cirrosis hepática según grupo de edades, etiología, severidad de la enfermedad, estado nutricional integral y sexo.

Características generales	Masculino n=245	Femenino n=95	Total n=340
Grupos de edades			
Menores de 30	2/0,8	0/0,0	2/0,6
30-39	10/4,1	2/2,2	12/3,5
40-49	69/28,2	18/18,9	87/25,6
50-59	85/34,7	27/28,4	112/32,9
60-69	51/20,8	27/28,4	78/22,9
Mayores de 70	28/11,4	21/22,1	49/14,5
Etiología			
Alcohólica	140/57,1	53/55,8	193/56,8
Viral	72/29,4	22/23,1	94/27,7
Mixta	8/3,3	1/1,1	9/2,6
Otras	25/10,2	19/20,0	44/12,9
Estadio de severidad			
Clase A	99/40,4	33/34,8	132/38,8
Clase B	110/44,9	46/48,4	156/45,9
Clase C	36/14,7	16/16,8	52/15,3
Estado nutricional integral			
Desnutrido	108/44,1	38/40,0	146/43,0
No desnutrido	137/55,9	57/60,0	194/57,0

Tabla 2. Distribución de los pacientes cirróticos según grupos de causas y estado nutricional integral.

Etiología	Estado nutricional			
	Desnutridos		No desnutridos	
	No.	%	No.	%
Alcohólica	97	66,4	96	49,5
Viral	34	23,3	60	30,9
Mixta	5	3,4	4	2,1
Otras	10	6,8	34	17,5
Total	146	100,0	194	100,0

OR: Alcohólica: 4,6 [(IC: 95% 3,0-7,1)], X^2 : 51,5, P=0,001.

Tabla 3. Distribución de los pacientes cirróticos según estadios de severidad de la clasificación de Child Pugh y estado nutricional integral.

Estadios de severidad	Estado nutricional			
	Desnutridos		No desnutridos	
	No.	%	No.	%
Clase A	29	19,9	103	53,1
Clase B	80	54,8	76	39,2
Clase C	37	25,3	15	7,7
Total	146	100,0	194	100,0

OR: Child Pugh A: 0,2 [(IC: 95% 0,1-0,3)], X^2 : 38,7, P=0,001; Child Pugh B: 1,8 [(IC: 95% 1,2-2,9)], X^2 : 8,18, P=0,004; Child Pugh C: 4,0[(IC: 95% 2,1-7,7)], X^2 : 19,9, P=0,001.

Tabla 4. Distribución de los pacientes cirróticos según complicaciones y estado nutricional.

Complicación	Desnutridos	No desnutridos	OR (IC:95%)P n=202
Ascitis	61 (30,1%)	40 (19,7%)	2,7(1,7-4,4)<0,001*
SDA	28 (13,9%)	13 (6,4%)	3,3(1,6-6,6)<0,0005*
EH	17 (8,4%)	16 (7,9%)	1,4(0,7-3,0) <0,0295
SHR	13 (6,7%)	3/(1,5%)	6,2(1,7-22,2)<0,001*
SHP	0 (0,0)	1 (0,5%)	-
PBE	9 (4,4%)	1 (0,5%)	12,6(1,5-10,1)<0,002*

SDA: Sangrado digestivo alto; EH: Encefalopatía hepática; SHR: Síndrome hepatorenal; SHP: Síndrome hepatopulmonar y PBE: Peritonitis bacteriana espontánea primaria. OR: odds ratio, * Significativo.

Anexo 2. Complicaciones

- Ascitis: presencia de líquido en la cavidad abdominal por examen físico y/o ultrasonido abdominal. Se determinó la presencia de esta complicación durante el tiempo que demorara la investigación.
- Encefalopatía hepática: se definió al aparecer alteraciones de la conciencia y conducta, cambios de la personalidad y signos neurológicos fluctuantes, asterixis o temblor aleteante, no atribuibles a otra enfermedad orgánica demostrable.
- Sangramiento digestivo alto: presencia de hematemesis o melena relacionada con várices esofágicas y/o gastropatía portal. Se valoró esta complicación por el interrogatorio al inicio del estudio o durante el ingreso hospitalario.
- Síndrome hepatopulmonar: se definió por una tríada clínica consistente en: disfunción hepática, hipoxemia, determinada por una presión arterial de oxígeno (PaO₂) menor que 80 mmHg, disnea y/o cianosis.
- Síndrome hepatorenal: Se definió mediante los criterios de cirrosis hepática con ascitis, creatinina sérica mayor de 133 $\mu\text{mol/l}$, ausencia de shock, no mejoría evidente de la creatinina sérica después de dos o más días de suspenderse los diuréticos y usar expansores plasmáticos (albúmina 1gramo/Kg/día), no uso actual o previo de nefrotóxicos y ausencia de enfermedad renal parenquimatosa (proteinuria inferior a 0,5 gramo/día, no microhematuria y ultrasonido renal normal).
- Peritonitis bacteriana espontánea: infección bacteriana del líquido ascítico en ausencia de foco infeccioso intrabdominal. El diagnóstico se realizó por el recuento de neutrófilos en líquido ascítico mayor que 250/mm³.

Titulo: Estado Periodontal en un grupo de embarazadas.Palacio de La maternidad Cienfuegos 2017

Lourde Ochoa Jiménez, ⁽¹⁾Maite del Carmen Fernández Fernández, ⁽²⁾ Lic. Yanelis Araña Hernández, ⁽³⁾ Marisel Ochoa jimenez. ⁽⁴⁾

¹ Ms. C. Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Master en Salud Bucal Comunitaria. Profesor instructor ² Especialista de I grado en Estomatología General Integral. ³ Lic. En atención estomatológica. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Profesor instructor ⁴.

Lourde Ochoa Jiménez

Dirección Provincial de Salud Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Dirección Electrónica: ochoa.gtm@infomed.sld.cu

Resumen

Fundamento: La enfermedad del Periodonto es ubicua, todos los adultos del género humano se hallan afectados al menos a nivel celular. Esta enfermedad, detectable clínicamente se halla muy difundida y sus consecuencias son muy diversas, destruye las fibras gingivales y progresa en dirección apical aproximadamente a la raíz del diente produciendo bolsas y causando la destrucción del tejido subyacente, lo que puede llevar a la pérdida de los dientes, incluso en edades muy tempranas de la vida. **Objetivo:** Determinar el estado periodontal en relación con la higiene bucal en las embarazadas del Palacio de la maternidad municipio Cienfuegos durante el período de enero julio 2017. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo – transversal para determinar la salud periodontal en un grupo de embarazadas del palacio de la maternidad del municipio Cienfuegos en el periodo desde enero – julio de

2017. El universo de trabajo estuvo integrado por 250 embarazadas tomándose como muestra 50 de ellas (25%), estas fueron seleccionadas por el método aleatorio simple, escogiendo 50 de ellas al azar en la medida de que acudían a la consulta de Estomatología. **Resultados:** se aprecia en la provincia una alta incidencia de embarazos en edades tempranas, en las 50 embarazadas examinadas predominó la higiene bucal deficiente correspondiéndose con la necesidad de tratamiento periodontal. **Conclusiones:** se evidencia que el embarazo no generó enfermedad periodontal en embarazadas que presentaran higiene bucal adecuada, sin embargo se desarrolló la enfermedad o agravó los signos ya existentes en aquellas que presentaron una higiene bucal deficiente.

Palabras claves: Embarazo, enfermedad periodontal.

Introducción

La enfermedad del Periodonto es ubicua, todos los adultos del género humano se hallan afectados al menos a nivel celular. Esta enfermedad, detectable clínicamente se halla muy difundida y sus consecuencias son muy diversas, destruye las fibras gingivales y progresa en dirección apical aproximadamente a la raíz del diente produciendo bolsas y causando la destrucción del tejido subyacente, lo que puede llevar a la pérdida de los dientes, incluso en edades muy tempranas de la vida.¹

La Enfermedad Periodontal puede afectar solamente a las encías o puede invadir las formaciones más profundas dando como origen a bolsas entre los dientes y la encía, y destruyendo incluso al hueso alveolar lo que se denomina como Periodontitis. La prevalencia y gravedad de las Periodontopatías varía en

función de factores geográficos sociales, locales y generales, así como de las costumbres referentes a la cavidad bucal.²

En la época actual se han identificado factores de riesgo para las enfermedades gingivales y Periodontales. La placa dentobacteriana y el microbiota del surco gingival están fuertemente relacionados con el origen y el ulterior desarrollo de la Gingivitis, la que puede evolucionar hacia la Periodontitis que es más destructible y crónica.³

Durante el embarazo la secreción de hormonas como estrógenos aumenta 30 veces más que lo normal y la progesterona 10 veces en comparación con lo que ocurre normalmente en el ciclo sexual de la mujer. Estos actúan intensificando las respuestas inflamatorias de los tejidos y un aumento en la permeabilidad capilar además de provocar la destrucción de mastocitos gingivales y la consiguiente liberación de histaminas que puedan también exagerar las respuestas inflamatorias ante los irritantes locales.^{4, 5}

Es importante conocer que la enfermedad periodontal guarda relación con el parto pretérmino y bajo peso al nacer, se piensa que este problema radica en las infecciones maternas (entre ellas las alteraciones bacteriológicas periodontales) producen perturbaciones en la gestación regulada por hormonas lo que provoca la ruptura prematura de las membranas. Se ha planteado que estas patologías pueden ser un riesgo independiente para el bajo peso al nacer, los mecanismos postulados incluyen translucación de microorganismos patógenos periodontales a la unidad placentaria y la acción de un depósito periodontal de lipopolisacáridos impulsor de mediadores inflamatorios. Educados y formados bajo el criterio del hombre como ser Bio- psico-social y teniendo en cuenta que el proceso salud-enfermedad se produce por la

interrelación de factores biológicos y sociales, El Sistema Nacional de Salud ha definido su estrategia de trabajo con la realización de varios programas básicos de atención dentro de los cuales se incluye el de la embarazada para lo cual se realizan acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud con el objetivo de lograr salud para la madre y el niño.

Se ha observado en la atención primaria a la población una alta incidencia de embarazadas con enfermedad periodontal unas veces incipientes otra en estado más avanzado lo que ha motivado realizar esta investigación la que permitirá determinar el estado periodontal de las embarazadas del Palacio de la maternidad del municipio Cienfuegos en relación con la higiene bucal. Su aporte práctico radica en que se podrá encaminar la labor de promoción y de prevención de esta enfermedad en las embarazadas y sobre todo fortalecer estas acciones en torno a los factores de riesgo que si generan la enfermedad periodontal durante el embarazo; la cual traería consecuencias impredecibles no solo para la salud de la madre sino en la del propio niño. La novedad científica consiste en que es el primer trabajo investigativo que se realiza en el palacio de la maternidad, donde se aborda a las Periodontopatías como problema de salud que afecta en gran medida a las embarazadas.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo - transversal para determinar la salud periodontal en un grupo de embarazadas perteneciente al palacio de la maternidad del municipio de Cienfuegos, cuya captación se corresponde al periodo desde enero – julio de 2017. El universo de trabajo estuvo integrado por 250 embarazadas tomándose como muestra 50 de ellas (25%), estas fueron seleccionadas por el método aleatorio simple, escogiendo 50 de ellas al

azar en la medida de que acudían a la consulta de Estomatología a realizarse su chequeo bucal.

Criterio de inclusión: Embarazadas comprendidas entre 14 y 46 años, las cuales presentaron más de dos sextantes dentarios a examinar, se incluyeron solamente aquellas que estaban dispuestas a participar en el estudio y las que estaban aptas mentalmente.

Criterio de exclusión: Se excluyeron aquellas que no cumplían con el criterio de inclusión.

Se le proporcionó al paciente el tiempo suficiente y la oportunidad de preguntar acerca de los detalles de la investigación para que decidiera su participación o no en ella. El paciente conservó un ejemplar del modelo del consentimiento informado con o sin la firma del investigador y la fecha en la que se otorgó la aprobación de participación. **(Anexo 1)**

Resultados

Concluida la recolección, computación y análisis de los datos se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla # 1

Caracterización de la población objeto de estudio según grupo de edades.
Palacio de la maternidad Cienfuegos 2017.

Grupo de edades	Embarazadas	
	No.	%
14 – 24	28	56

25 – 35	15	30
36 -46	7	14
TOTAL	50	100

Los resultados de la tabla # 1 le dan salida al objetivo # 1, en la misma se realiza la caracterización de la población objeto de estudio, según grupos de edades donde se observó que de las 50 gestantes estudiadas (100%) el mayor número se registró en el grupo de 14 - 24 años de edad con 28 embarazadas que representan el 56%.

Estos resultados evidencian que en el municipio existe una alta incidencia de embarazos en edades tempranas.

Investigaciones realizadas por López, Rodríguez⁶ en Ciudad de la Habana para conocer la relación del embarazo con la salud bucal en el año 2003 demostraron la prevalencia de la mujer embarazada trabajadora con un 55%, en este arroja un 40%.

La tabla # 2 cumplimenta al objetivo # 1, donde se caracteriza la población objeto de estudio, según nivel de escolaridad, apreciándose que de las 50 embarazadas (100%), las del nivel técnico medio predominan con 16 gestantes para un 32 % y solamente en los niveles de primaria y secundaria se registraron 1 y 3 respectivamente equivalente a un 2 y 20%.

Tabla # 2.

Caracterización de la población objeto de estudio, según nivel de escolaridad.
Palacio de la maternidad Cienfuegos 2017.

Nivel escolaridad	Embarazadas	
	No.	%
Primaria	1	2
Secundaria	10	20
Preuniversitario	10	20
Técnico medio	16	32
universitario	13	26
TOTAL	50	100

Los resultados de la tabla # 3 satisfacen al segundo objetivo, aquí se analiza la población objeto de estudio, en cuanto al nivel de higiene bucal, según grupo de edades, reflejándose que de 50 embarazadas examinadas (100%) prevaleció en el estudio el nivel higiene bucal deficiente, con 40 pacientes para un 80 % evidenciándose que en el grupo de 14 – 24 años de edad fue el de mayor afectación con 23 pacientes para un 40%.

Tomas y Santana, Rodríguez encontraron prevalencia de la higiene bucal deficiente con 60 % y 63 % respectivamente. Flores⁷ obtiene un 80% en las embarazadas examinadas, donde las de niveles de educación universitario y técnico medio representaron un 24% de higiene bucal deficiente guardando similitud con este estudio donde prevalece la higiene bucal deficiente con un 80 %, siendo el nivel técnico medio el resultado más alto

Tabla # 3.

Nivel de higiene bucal según grupo de edades. Palacio de la maternidad Cienfuegos 2017.

Grupo de edades	Embarazadas				TOTAL	
	Higiene bucal					
	Buena		Deficiente			
	No.	%	No.	%	No.	%
14 - 24	5	10	23	40	28	56
25 - 35	3	6	12	20	15	30
36 -46	2	4	5	10	7	14
TOTAL	10	20	40	80	50	100

Tabla # 4.

Nivel de higiene bucal según nivel de escolaridad. Palacio de la maternidad Cienfuegos 2017.

Nivel de escolaridad	Embarazadas				TOTAL	
	Higiene bucal					
	Buena		Deficiente			
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	0	0	1	2	1	2
Secundaria		0	10	20	10	20
Preuniversitario	3	2	7	14	10	20
Técnico medio	3	20	12	24	15	30
Universitario	4	26	10	20	14	28
TOTAL	10	20	40	80	50	100

En la tabla # 4 donde se analizó el nivel de higiene bucal de la población objeto de estudio según nivel de escolaridad, reflejó que de 50 embarazadas examinadas, la categoría de higiene bucal deficiente fue la predominante con

40 gestantes para un 80%, siendo las gestantes del nivel técnico medio las que aportaron el dato más relevante con 12 gestantes para un 24%, es lamentable que con el nivel educacional que poseen estas gestantes poseen hábitos de higiene bucal deficientes cuando debía de ser lo contrario, teniendo en cuenta las acciones de promoción y prevención que los servicios de salud llevan no solo cuando acuden a la consulta, sino, en su centro de trabajo, estudio, hogares etc., donde se les explica la importancia de mantener la higiene bucal adecuada para evitar la instalación de enfermedades bucales.

El sistema nacional de salud le confiere a este grupo la categoría de priorizado en el que uno de sus propósitos fundamentales, es que la gestante mantenga durante todo su embarazo una salud bucal óptima, lo cual repercutirá no solo en su salud individual, sino en la del propio niño. A pesar de ser este dato el más relevante, no son menos importantes las cifras obtenidas en los otros grupos, tal es el caso del nivel universitario donde de 10 gestantes, 14 presentaron deficiente higiene bucal, ello demuestra que a pesar de poseer los conocimientos no lo llevan a la práctica, la falta de conciencia y autorresponsabilidad se hace evidente en estos datos, lo que indica que la labor del profesional de la salud, en este aspecto ha sido insuficiente.

Los resultados de la tabla # 5 satisfacen al tercer objetivo en cuanto a la necesidad de tratamiento periodontal según grupo de edades, donde se observa que de las 50 embarazadas (100%) estudiadas 40 presentaban necesidad de tratamiento periodontal, lo que representa un 80%, predominando en el grupo de 14 – 24 años de edad con un total de 23 pacientes para un 46%.

En grupo de 36 – 46 años de edad es donde se observa el menor número de pacientes con necesidad de este tratamiento con 5 pacientes para un 10%.

Tabla # 5.

Necesidad de tratamiento Periodontal según grupo de edades. Palacio de la maternidad Cienfuegos 2017.

Grupo de edades	Examinados	Embarazadas	
		Necesidad de tratamiento Periodontal	
		No.	%
14 - 24	28	23	46
25 - 35	15	12	24
36 -46	7	5	10
TOTAL	50	40	80

En la tabla # 6 donde se analiza la necesidad de tratamiento periodontal, con el nivel de escolaridad, se observa que de un total de 50 embarazadas (100%), 40 presentaron necesidad de tratamiento periodontal para un 80 % predominado el nivel técnico medio con 14 gestantes con necesidad de tratamiento periodontal para un 28%, le sigue el nivel universitario con 11 gestantes para un 22%; las gestantes correspondiente al nivel educacional de primaria, secundaria y preuniversitario también reflejaron datos alarmantes, pues casi en su totalidad las examinadas presentaron necesidad de tratamiento periodontal, lo que corrobora que de forma general estas gestantes no tienen

una conciencia real de las consecuencias que puede traer esta enfermedad en su estado.

Las investigaciones realizadas por Portella y Betancour en un policlínico de Ciudad de la Habana en el año 1987 plantearon una necesidad de tratamiento periodontal del 50% correspondiéndose a las pacientes más jóvenes de 14 – 24 años de edad. Torres obtuvo como resultado un 40% de pacientes comprendidos en este grupo de edad, con necesidad de tratamiento periodontal, esto guarda similitud con los resultados presentados anteriormente donde se obtiene en el grupo de 14 – 24 años de edad una necesidad de tratamiento periodontal de un 40%.

Como plantean estudios cubanos ya en el segundo decenio de la vida, lo cual incluye gran parte de este grupo etario, son evidentes signos característicos de la enfermedad periodontal asociados en primer lugar a irritantes locales presentes en la cavidad bucal debido a la poca madurez y falta de responsabilidad que caracteriza a la adolescencia, etapa de la vida, que para muchos autores, se extiende hasta los 20 años de edad. Unido a ello no solo el problema del embarazo sino además toda una etapa de crecimiento y de desarrollo, así como procesos de cambios en el organismo; donde este no se encuentra antes de los 20 años de edad apto ni físico ni mentalmente para la concepción, o simplemente para adoptar aptitudes responsables que propicien salud.

Silva⁸ encuentra un 60% de necesidad de tratamiento periodontal en un grupo de embarazadas examinadas en una población rural Sr Lanca comprendida en el grupo de 15-30 años de edad. Proaño⁵⁶ en su estudio realizado a un grupo

de gestante de 10 - 19 años de edad obtuvo que el 53% de estas presentaban signos y síntomas de inflamación gingival encontrándose los casos mas graves en pacientes jóvenes, donde ya algunas reflejaban movilidad dentaria.⁹

Los reportes estadísticos con relación a la prevalencia de la enfermedad periodontal en el embarazo, incluyen porcentajes que oscilan entre el 30% y el 100% en grados diversos. Estudios como los Ziskin y Coll¹⁰ que estudiaron 416 gestantes, identificaron que un 38.9% tenían alguna forma de Gingivitis. Loe³ (1965) encontró que 100% de las mujeres tenían signos de inflamación gingival, otros investigadores como Arafat encontró 76.7% de prevalencia, Bernard describe que el 36.6% de las gestantes estudiadas presentaba Gingivitis que oscilaba de moderada a leve.¹¹

Yacer, Toirac¹² arroja una prevalencia de enfermedad periodontal de un 71% en una muestra de estudio de 100 gestantes coincidiendo con un 68% de higiene bucal deficiente lo cual reafirma el anterior planteamiento de que el embarazo, independientemente de que vuelve a la mujer mas vulnerable a padecer de la enfermedad periodontal, se precisa además de la presencia de los irritantes locales como generadores de esta entidad clínica, en su investigación las gestantes de más bajo nivel educacional fueron las que obtuvieron una mayor necesidad de tratamiento periodontal, no coincidiendo de cierta forma con esta investigación, en el que el nivel técnico medio a pesar de ser un nivel elevado fue el que reportó mayor necesidad de tratamiento periodontal, pero la autora de la investigación considera que esto se basa más bien en la cantidad de embarazadas encontradas en este grupo y no al nivel propiamente dicho, pues al valorar los niveles inferiores, la totalidad de las gestantes presentaron necesidad de este tratamiento; el nivel universitario

también aportó cifras significativas todo lo cual demuestra que las acciones de promoción y prevención de enfermedades dentobucuales no han sido satisfactorias, y el tratamiento de las Caries sigue el siendo el prioritario dejando a un segundo plano el tratamiento periodontal, teniendo en cuenta que muchas embarazadas concluyen su tratamiento curativo respecto a las Caries y no al de las Periodontopatías.

Tabla # 6.

Necesidad de tratamiento Periodontal según nivel de escolaridad. Palacio de la maternidad 2017.

Nivel de escolaridad	Examinados	Embarazadas	
		Necesidad de tratamiento Periodontal	
		No.	%
Primaria	1	1	2
Secundaria	10	6	12
Preuniversitario	10	8	16
Técnico medio	15	14	28
Universitario	14	11	22
TOTAL	50	40	80

Todas estas investigaciones conducen a resaltar el papel de la prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal incluyendo dentro de estas actividades el tratamiento estomatológico de la gestante que no solo se limite al

de las caries sino a la evaluación del estado parodontal de la futura mamá, logrando una verdadera atención integral a la embarazada. ¹³

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Martínez. J. L. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal. 2004.
Disponible en <http://www.odontología-online.com/>
- 2- Llerandi, Almarales y Castilloc. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados, Revista cubana estomatología 2004; 39 (3).
- 3- Llanes del Valle. M. C, Rodríguez. G, Almarales. C. Guías prácticas de Estomatología. Editorial. Ciencias Médicas, La Habana, 2004. P. 195 – 260.
- 4- O'Rourke. J. T. the relation of the physical character of the diet to the health of the periodontal tissues. Amer. I. Orthodont. 1947
- 5- Katzs. Simon. Odontologiapreventive en acción/ SimonKatzs, Janes Mc Donald. 3 edc. C. Habana Edic. Científico Técnica 1984
- 6- López Santana Rodríguez. El embarazo, su relación con la salud bucal. Rev. Cubana Estomatol. – Vol 4 Agosto 2003
- 7- Flores. E: Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer (Tesis de Bachiller en Medicina) UNT. 2004.
- 8- Silva M. periodontal diseases status during pregnancy and 3 months post-partum, in a rural population of Sri Lankan women. J ClinPeriodontol 2005, 27: 787-92.
- 9- Proaño. D. Picasso M. Caries dental e inflamación gingival en gestante de 10 a 19 años, y su relación con el estado nutricional .Rev. Estomatológica. Herediana 2003, 5,26- 30.

- 10- Hiskin S. Embarazo y gingivitis 2004. Disponible en <http://www.sergiskin.com.ar/avo4.htm>
- 11- Simon K. Mc Donald. I. Stookey. G. Odontología Preventiva en acción. C. Habana. Edición Ciencia y Técnica 2006
- 12- Llacer. Toirac. "Terapia de proboro en embarazadas con Gingivitis". Trabajo para optar por el título de especialista en Estomatología General Integral. 2006
- 13- Dudak O. Eberhardt M. U. Person. U. M periodontitis a marker of risk pregnancy for preterm birth J clin periodontal 32, 45 – 52, 2005

“ESTADO Y PERMANENCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE EN NIÑOS DE 12 AÑOS.MUNICIPIO CRUCES.2015-1017.”

Dra. Cleidy Toledo Toledo.*¹

Dra. Diana María Villa Fernández*²

* Especialista en Primer Grado de Estomatología General Integral.

1 PMST de las FAR,Cuba

2 Policlínico de Palmira,Cuba

RESUMEN:

Introducción: Los primeros molares permanentes constituyen “la llave de la oclusión”, sin embargo numerosos estudios realizados a nivel mundial demuestran que el incremento en la incidencia y prevalencia de caries y mortalidad dental en este molar constituye un problema estomatológico común que debe ser considerado por el Estomatólogo General Integral. **Objetivo:** Identificar el estado clínico del primer molar permanente en niños de 12 años de edad del Consultorio 12, municipio Cruces. **Diseño metodológico:** estudio observacional descriptivo de corte trasversal en el período comprendido entre noviembre de 2015 hasta junio de 2016.El estudio abarcó el universo definido en la investigación, quienes fueron visitados previamente en los hogares y luego valorados en consulta. Se efectuó el examen clínico utilizando como instrumentos: la historia clínica individual, planilla de recolección de datos, encuesta de conocimiento sobre salud bucodental. Se analizaron variables como: sexo, factores de riesgo, conocimiento sobre salud bucodental, estado y permanencia del primer molar permanente, ubicación en los maxilares, grado de la caries, clasificación de la restauración. Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis porcentual y los resultados obtenidos fueron expuestos mediante tablas y gráficos. **Resultados:** Predominó el sexo femenino en la población objeto de estudio.Los primeros molares permanentes se observaron en mayor número restaurados, predominando las restauraciones simples. Los factores de riesgo de la caries dental mayormente encontrados fueron los antecedentes de caries y la higiene bucal deficiente respectivamente. El nivel de conocimientos sobre salud bucodental mayoritario fue “mal”. **Conclusiones:** A pesar de los esfuerzos realizados para preservar la salud del primer molar permanente persiste la afectación por caries en este molar por lo que se hace necesario diseñar un sistema de acciones educativas para contribuir a la salud del primer molar permanente.

Palabras claves: caries dental, primer molar permanente, factores de riesgo, estado y permanencia.

INTRODUCCIÓN: La dentición en los seres humanos se desarrolla en dos formas: la temporal, decidua o primaria y la permanente o secundaria. La dentición temporal, debe conservarse íntegra hasta el momento del recambio, porque mantiene el espacio que necesitarán los dientes permanentes para hacer erupción (1,2)

los primeros molares permanentes inician su calcificación alrededor de las 25 semanas de vida intrauterina y la completan aproximadamente a los 9 años. Erupcionan por detrás del segundo molar temporal y no tiene predecesor (3,4).

El promedio de erupción de los primeros molares permanentes varía entre los 5 y 7 años de edad; erupcionan primero los inferiores con una inclinación coronal hacia distal y vestibular, mientras que los superiores lo hacen generalmente a los 6 años de edad con una inclinación coronal hacia mesial y palatino buscando el contacto con el molar antagonista. (5)

La caries dental es una enfermedad ampliamente extendida en el mundo. Se presenta como la enfermedad crónica más frecuente del hombre moderno. (5,6) La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha catalogado como la tercera calamidad sanitaria, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer; ya que el 95 % de la población la padece.. Esta patología es un problema de salud pública importante entre los niños de los países latinoamericanos. (3,5,7)

El primer molar permanente constituye una de las estructuras dentarias más importantes para el desarrollo de una adecuada función masticatoria; es por esto que desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de una oclusión dentaria apropiada(8,9).Es un diente muy susceptible a la caries dental después de su erupción ya sea por su anatomía o por estar expuesto al ambiente ácido bucal antes que los otros dientes (10).La anatomía compleja del primer molar permanente con cinco caras, cúspides, numerosas fosas y surcos, hace que este diente esté sometido a factores de riesgo y sea más susceptible al inicio y avance de la caries dental con la consecuente destrucción y pérdida temprana(11,12).

En Europa las caries en el primer molar permanente constituyen un problema de salud según los informes publicados en Suecia (13), España (13,14). Así también se comporta en países africanos y asiáticos (2,4,11,15,16,17). Esta patología es la enfermedad más común entre los niños de la Región de la América (14,15, 18); aproximadamente 90% de los escolares (5 a 17 años) tienen caries dental. Sin embargo, gracias a la intervención temprana, la caries dental puede evitarse o tratarse a un costo reducido.

En el consultorio odontológico con mucha frecuencia se observa cantidad de niños, jóvenes y adultos afectados por la ausencia del PMP, por distintas causas, entre las más comunes se cita a la caries dental. Dicha pérdida produce en las arcadas dentarias, diferentes alteraciones (13,14,19) que afectan el correcto funcionamiento del aparato estomatognático.

Entre las consecuencias que provoca la pérdida prematura del primer molar permanente se manifiestan (20, 21,22):

- La disminución de la función local: La ausencia del primer molar inferior permanente trae como consecuencia la disminución de hasta el 50% en la eficacia de la masticación
- La erupción continuada de los dientes antagonistas En consecuencia a la ausencia de uno de estos molares, su antagonista erupciona con mayor velocidad que los dientes adyacentes y a medida que continúa su erupción queda extruido.
- La desviación de los dientes y/o la maloclusión: Como consecuencia del movimiento dental producido por la pérdida de alguno de los primeros molares permanentes se puede mencionar también la desviación de la línea media dental.(14,20,21,22)

Debido a la edad en que este molar erupciona y la circunstancia en que aparece en la boca sin eliminarse ningún diente temporal, facilita que los padres muchas veces, desconozcan que es un diente permanente; algunos autores plantean que la salud oral es responsabilidad familiar y que el estado de los dientes es parte íntegra y completa de la salud general del individuo. Muchos padres no le dan la necesaria importancia y de modo lamentable, el primer ejemplar de la dentición permanente, tiene muy poco tiempo de vida sana en la boca de un niño (4,23).

El análisis de la pérdida de los dientes constituye un indicador incuestionable referente a la atención estomatológica que ha recibido la población, a la par que permite medir la efectividad de los métodos preventivo-curativos utilizados, lo cual servirá indudablemente para planificar la futura atención sobre bases más científicas (24,25)

Las acciones preventivas y curativas desempeñadas tempranamente por el Estomatólogo General Integral minimizan la pérdida de los primeros molares permanentes lo cual constituye un problema de salud inminente que causa desarmonías en el equilibrio bucodental de la población escolar. Es por ello que nuestro estudio persigue mediante el análisis de los resultados la elaboración de estrategias intervencionistas encaminadas a incrementar la permanencia saludable del primer molar permanente en la cavidad oral en un futuro. (26)

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte trasversal para identificar el estado y permanencia del primer molar permanente en niños de 12 años de edad en el Consultorio 12 del municipio Cruces, de la provincia de Cienfuegos en el período comprendido entre noviembre de 2015 hasta junio de 2017.

El universo y muestra fueron todos los escolares de 12 años del Consultorio 12, quienes se visitaron previamente en los hogares y posteriormente fueron valorados en consulta.

Por la extrema y exhaustiva importancia que le concede nuestro gobierno al programa de atención estomatológica al menor de 19 años, se investigó la salud bucal de los escolares y con especial énfasis en la afectación por caries dental en el primer molar permanente.

Criterios de inclusión: -Se incluyó en la investigación a todos los escolares de 12 años del Consultorio 12 del municipio Cruces previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Se excluyó de la investigación a: Escolares con aparatología de ortodoncia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Al realizar la distribución de pacientes examinados según sexo, del total de pacientes, el 55,8 % correspondió al sexo femenino y el 44,2 % al masculino. En la mayoría de los países del planeta la población de las mujeres es mayor a la de los hombres, aunque en unos pocos países como Andorra, Albania, China, Costa Rica, Filipinas, India, la mayor parte de los países de Oriente Medio, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Venezuela y entre otros, se estima con una población masculina mayoritaria. (Tabla No. 1) Los resultados son similares con el estudio realizado en el seminario Proyecto Anaco en Venezuela, donde de un total de 142 escolares informan que el 52 % fue del sexo femenino y el 48 % del masculino. (13,25,27)

Entre los factores de riesgo que se evaluaron en dicho estudio pudimos ver que los antecedentes de caries fueron los que predominaron con un 71,1%, seguido por la deficiente higiene bucal y la dieta cariogénica, con valores de 67,3% y 55,8% respectivamente. (Tabla No.2)

El estilo de vida de una comunidad se ve influenciado por el nivel de conocimientos de educación para la salud que presenta la población. (Tabla No 3) , donde el 55,8% de la población presenta un nivel de conocimientos sobre salud buco-dental de "Mal", seguido de los que poseen solo conocimientos "regulares" representados por el 25% de la población, quedando así representada con la categoría de "bien" solo el 19,2% de la población estudiada. La mayoría de los entrevistados posee un nivel de información insuficiente coincidente con otros estudios nacionales. Estos hallazgos también son consistentes con reportes de la literatura internacional (13,14,17).

La situación clínica de los molares que más predominó en dicho estudio fueron los restaurados con un 32,2%, el molar con menos frecuencia de afectación fue el primer molar superior derecho. (Tabla No. 4) Aunque los molares perdidos fueron los menos frecuentes, es considerable la cifra de 22 para un 10,6% de esta población con pérdida de este molar. La pérdida de estos molares prematuramente ha sido un tema muy importante y altamente alarmante por las consecuencias tan graves que acarrearán y que ya se ha descrito. (13,14,28)

En cuanto a la prevalencia de las pérdidas del primer molar permanente según su ubicación; el primer molar permanente inferior izquierdo resultó el de mayor

prevalencia, seguido del primer molar permanente inferior derecho; coincidiendo esto con numeroso autores que plantean la pérdida de los molares inferiores por encima de la de los superiores(29)

Pupo informa un 73,6 % de caries en la arcada inferior y expone que estos molares permanentes son los primeros en erupcionar, llevan más tiempo de exposición al medio bucal y a los agentes agresores externos, como son los traumas y los alimentos ricos en azúcares y carbohidratos.

Existió un predominio de los primeros molares mandibulares afectados por encima de la cifra obtenida en los molares correspondientes al maxilar;(Tabla No. 5) esta diferencia estuvo marcada principalmente por el incremento de los molares perdidos, cuya diferencia fue de 12 entre un maxilar y otro, siendo la mandíbula la más susceptible.(27,29,30)

El predominio del 3er grado de la caries dental , coincide con autores como Yilian y Filiberto que plantean que en el adulto joven la caries dental progresa con una mayor rapidez y presenta una mayor sintomatología.(17,26)(Tabla No.6)

Del total de restauraciones presentes en los primeros molares permanentes , las restauraciones simples fueron las que predominaron con un valor de 36 representando un 53,7%, y las menos encontradas fueron las complejas con un 12%, representadas por 8 restauraciones.(Tabla No. 7) A pesar que el total de las restauraciones presentes en dicha población constituye una cifra ligeramente elevada, a su vez representa un dato positivo que la mayoría de estas solo involucren una superficie dentaria.

CONCLUSIONES:En dicha investigación predominó el sexo femenino sobre el masculino, sin embargo este último tuvo un incremento con respecto al otro sexo de mal nivel de conocimiento sobre salud bucodental. Los antecedentes de caries dental y la deficiente higiene bucal constituyeron los principales factores de riesgos de la caries dental identificados en nuestro estudio. A pesar de los esfuerzos realizados para preservar la salud del primer molar permanente persiste la afectación por caries, predominando la de dentina profunda. Se observó un predominio de molares restaurados, constituyendo las restauraciones simples las más encontradas. De manera general los primeros molares inferiores presentaron mayor prevalencia de la enfermedad y mayor mortalidad dentaria por dicha causa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1-González J, Manrique R, Carballo A, Carbonell M, Córdova L, Coronel G, et al. Estudio epidemiológico sobre la pérdida prematura del primer molar permanente en niños con edades comprendidas entre 6 y 10 años. Acta OdontolVenez [Internet]. 2001 [citado 15 Abril 2008]; 39(2): [aprox. 14 p.]. Disponible en:http://www.actaodontologica.com/39_2_2001/estudio_epidemiologico_perdida_prematura_primer_molar_permanente.asp

2-Discacciati-de-Lértora MS, Lértora MF. Primer Molar Permanente: riesgo y afecciones en sus primeros años. Corrientes, Argentina: Universidad Nacional del Nordeste; 2004. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-030.pdf>.

3- Antelo Vázquez L. Prevalencia de la pérdida del primer molar permanente en niños de 12 a 14 años de edad atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral Los Godos, Maturín, Estado de Monaga, Venezuela [tesis]. Ciego de Ávila: Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”; 2011

4- Medina-Solís CE, Avila-Burgos L, Hjar-Medina M, Segovia-Villanueva A. Factors influencing the use of dental health services by preschool children in Mexico. *Pediatr Dent* 2008; 28: 285-92.

5-Gómez Porcegué Y, Loyarte Becerri F. Comportamiento de la caries dental en el primer molar permanente en niños de 8, 10 y 12 años de los Consultorios Médicos de Familia 13, 14 y 15 de las Paredes, Sancti Spiritus. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2008 [Internet]. 2011 [citado 15 Ene 2012]; 10(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.binass.sa.cr/revista/ays/aya4-5n1-2art12.pdf>

6-Álvarez MC. Pérdida prematura de PMP. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2011. Disponible en: <http://www.slideshare.net/UACOCienciaOdontologica/perdida-prematura-de-primer-molar-permanente>

7-Lemoine C, Reyes P. Visión de la ortodoncia ante la ausencia de los primeros molares permanentes. *Rev Latinoam Ortod Odontopediatr* [Internet]. 2008 [citado 23 Feb 2011]; 2(15): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws>

8-Angarita N, Cedeño C, Pomonty D, Quilique L, Maza P, Jurisic AM, et al. Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en un grupo de alumnos de la Escuela Básica San José de Cahual, con edades entre los 10 y 15 años. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*. [Serie Internet] sept 2009. Disponible en:

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art19.asp>

9- Medina-Solís CE, Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Maupomé G, Avila Burgos L. Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche, México. [Citado marzo 2014]; Disponible en: http://www.actaodontologica.com/39_2_2004/42_3_2004.

10- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La salud oral en los Estados Unidos: Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud. Citado marzo 2014, Disponible en: <http://www.odontologiapreventiva.com/>

11-Wheeler NN. Anatomía dental, fisiología y oclusión. 7 ed. México: McGraw Hill; 1995.

- 12- González J, Manrique R, Carballo A, Carbonell M, Córdova L, Coronel G, Figuera A, Figueroa N, Nuñez J, Rojas H, Sánchez B, Villalobos N. Proyecto ANACO-UCV estudio epidemiológico sobre la pérdida prematura del primer molar permanente en niños con edades comprendidas entre 6 y 10 años. [Citado abril 2014]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/39_2_2001/208.asp
- 13-MINSAP. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. 2011. Ciudad de la Habana
- 14-Glez Naya. G, Montero del Castillo me, Estomatología General Integral, editorial ciencias medicas, habana 2013, pág. 303-317
- 15-Álvarez Valdés.R , Manual de Odontopediatría ,Cap 2 prevención en odontopediatría, pág.18-26,42-49, Editorial Ciencias Médicas, la Habana, Cuba, 2011.2da. Ed. Barcelona: Masson; 2001.
- 16- Mirabal Peón MS, Tabares Alonso Y, Duque Reyes MV, Alfonso Biart B, ReyesMartín B, Villegas Rojas I. Urgencias por caries dental en pacientes de 4 a 12 años.Municipio Píritu, Venezuela. 2011. RevMéd Electrón [Internet]. 2014 [citado 11Nov 2010];36(1). Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol1%202014/tema04.htm>
- 17- OMS, FDI, IADR. Consulta Global sobre la Salud Bucodental mediante el Fluoruro. Ginebra (Suiza)/Ferney-Voltaire (Francia), 17-19 de Noviembre de 2006.[citado 2013 Mayo 11]http://www.fdiworldental.org/public_health/assets/Fluoride_Consultation/Fluoride_Declaration_SP.pdf
- 18-Henostroza, G. (2007). Caries Dental. Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Ripano.
- 19-Guedes, e. a. (2011). *Odontopediatría*. Sao Pablo: Santos.
- 20-Zaror S. et al. (2011). Estudio clínico del primer molar permanente en niños de 6 años de edad de la comuna de Cabulco, Chile. *Acta Odontológica Venezolana*, 49 (3),1-8.
- 21-Mirabal Peón MS, Tabares Alonso Y, Duque Reyes MV, Alfonso Biart B, Reyes Martín B, Villegas Rojas I. Urgencias por caries dental en pacientes de 4 a 12 años. Municipio Píritu, Venezuela. 2011. RevMéd Electrón [Internet]. 2014 [citado 11 Nov 2010];36(1). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol1%202014/tema04.htm>
- 22- Cuyac Lantigua M, Reyes Martín B, Rodríguez Ramos SL, Sánchez Alvarado Y. Comportamiento de la caries dental en la escuela primaria Antonio López Coloma. Consejo Popular México. Colón, Matanzas. Mar.-jun, 2009. RevMéd

Electrón [Internet]. 2012 [citado 11 Nov 2010];34(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol2%202012/tema05.htm>

23- Pupo Arias D, Batista Zaldivar XB, Nápoles González IJ, Rivero Pérez O. Pérdida del primer molar permanente en niños de 7 a 13 años. AMC. 2008;12(5). [citado 2013 Mayo 11] Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc08508.htm>

24- Perez MA, Dias de Oliveira Latorre MR, Sheiham A, Glazer Peres K, Barros FC, Gonzales Hernandez P, Nunes Maas AM, Romano AR, Gomes Victora C. Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years Community Dent. Oral Epidemiol. 2005;33(1):53-63.

25-González J, Manrique R, Carballo A, Carbonell M, Córdova L, Coronel G, Figuera A, Figueroa N, Nuñez J, Rojas H, Sánchez B, Villalobos N. Proyecto ANACO-UCV estudio epidemiológico sobre la pérdida prematura del primer molar permanente en niños con edades comprendidas entre 6 y 10 años. [en internet] 2001. [Citado dic 2006]; 39 [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/39_2_2001/208.asp.

26-Piovano S, Bordoni N, Doño R, Argentieri AB, Cohen AS, Klemonsks GI, et al. Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista de la Facultad de Odontología (UBA). 2008;[citado 2013 Mayo 11]23(54/55). <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=520130&indexSearch=ID>

27-. [Introducción a la demografía, Massimo Livi Bacci, Ariel Historia, 1993-2007, ISBN 978-84-344-6573-9, pág. 9](#)

28-. Cerda J, Vera C, Rada G. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. Rev Méd Chile [revista en Internet]. 2013 [citado 1 Ene 2016];141(10):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000014

29- Sánchez Monter. D, Pons López Y, Betancourt García A, Santateresa Marchante A. Pérdida del primer molar permanente: factores de riesgo y salud bucodental en adolescentes. Rev. Finlay [Internet]. 2017 Mar [citado 2017 Sep 27]; 7(1): 17-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000100004&lng=es.

30-. Vargas V, Krause C, Díaz VP. Estimación del valor promedio del indicador COP-D Chile, 2012. Salud Uninorte, Barranquilla [revista en Internet]. 2015 [citado 1 Ene 2016];31(2):[aprox. 7p]. Disponible en:

ANEXOS:

Tabla 1: Distribución de la población examinada según sexo. Consultorio #12.Cruces. 2017.

Sexo	No	
	%	
Masculino	23	44,2
Femenino	29	55.8
Total	52	100

Fuente: Historia de Salud Bucal Individual.

Tabla 2: Distribución de los factores de riesgo de la caries dental en la población examinada

<i>Factores de riesgo</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
Maloclusión	6	11,5
Fosas y fisuras profundas.	17	32,7
Dieta cariogénica	29	55,8
Trastornos endocrinos	4	7,7
Higiene Bucal Deficiente	35	67,3
Antecedentes de caries	37	71,1

Fuente: Historia de Salud Bucal Individual y Planilla para recolección de información.

Tabla 3: Distribución del nivel de conocimiento de la población examinada sobre salud bucodental según sexo.

Resultados	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	7	24,1	3	13,0	10	19,2
Regular	10	34,5	3	13,0	13	25,0
Mal	12	41,4	17	74,0	29	55,8

Fuente: Encuesta de conocimientos sobre salud buco-dental

Tabla 4: Distribución del estado clínico del primer molar permanente en la población examinada según posición que ocupa en las arcadas dentales.

Estado clínico	Número molar								Total	
	16		26		36		46			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Sano	18	34,6	16	30,8	15	28,9	13	25,0	62	29,8
Restaurado	15	28,8	21	40,4	14	26,9	17	32,7	67	32,2
Cariado	16	30,8	13	25,0	13	25,0	16	30,8	58	27,9
Perdido	3	5,8	2	3,8	10	19,2	7	13,5	22	10,6

Fuente: Historia de Salud Bucal Individual y Planilla para recolección de información.

Tabla 5: Distribución del grado de afectación del primer molar permanente en la población examinada según localización en maxilar o mandíbula.

Grado de afectación	Primer molar permanente			
	Superior		Inferior	
	No.	%	No.	%
cariados	29	41,4	29	37,6
restaurados	36	51,4	31	40,3
perdidos	5	7,2	17	22,1
Total	70	100	77	100

Tabla 6: Distribución de las lesiones cariosas en el primer molar permanente según su profundidad.

Grado de la caries	No	%
Grado 1	3	5,2
Grado 2	19	32,8
Grado 3	28	48,3
Grado 4	6	10,3
Grado 5	2	3,4
Total	58	100

Fuente: Historia de Salud Bucal Individual y Planilla para recolección de información.

Tabla 7: Distribución de las restauraciones según número de superficies dentales.

Clasificación de las restauraciones	No	%
Simples	36	53,7
Compuestas	23	34,3
Complejas	8	12,0
Total	67	100

Fuente: Historia de Salud Bucal Individual

Estética Dental en restauraciones del sector posterior de la Cavity Bucal **Autores: Beatriz María Borrell Fuster¹, Ana Belkys Hernández Millán², Beatriz María Fuster Cabrera³, Emma Gil Ojeda⁴, Nora Sexto Delgado⁵, Luis Miguel Coto Valladares⁶**

¹Estudiante de quinto año de Estomatología. Alumno Ayudante de Estomatología General Integral, beatrizfc@jagua.cfg.sld.cu. ²Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. MSc. en Urgencias Estomatológicas. Msc. en Educación Médica. Investigadora Agregada. Profesora Asistente. ³Licenciada en Gestión de la Información. MSc. en Educación Médica. Profesora Asistente. ⁴Especialista II Grado en Estomatología General Integral, Especialista en I grado en Administración de Salud. Profesora Asistente. ⁵Especialista en II grado en Estomatología General Integral. Msc. en Ciencias de la Educación. Profesor Auxiliar. ⁶Estudiante de quinto año de Estomatología. Alumno Ayudante de Estomatología General Integral.

Correspondencia:

Est. Beatriz María Borrell Fuster.
Universidad de Ciencias médicas.
Calle 51 a y Ave 5 de Septiembre.
Cienfuegos.
CP: 55 100.
Dirección electrónica: beatrizfc@jagua.cfg.sld.cu

Resumen

Con el objetivo de describir el material ideal de uso estético en la actualidad para restauraciones en el sector posterior de la cavidad bucal se realizó la siguiente revisión bibliográfica donde se analizaron temas como las características de los sistemas adhesivos, las restauraciones de porcelana de cobertura completa, las resinas acrílicas y los composites. Obteniéndose como resultado fundamental que los avances en materia de odontología estética han propiciado el desarrollo de materiales dentales más duraderos y funcionales y que los Composites son considerados los materiales estéticos ideales. Para lo cual se utilizaron 25 bibliografías comprendidas entre libros, artículos y revistas.

Palabras clave: material ideal, estética, sector posterior

Introducción

La búsqueda de la belleza se remonta a las primeras civilizaciones y desde ese entonces, el arte dental ha formado parte del anhelo de mejorar el aspecto estético de los dientes y la boca. Durante el imperio romano, solo las clases pudientes podían acceder al tratamiento estético. Hasta el siglo XVIII no se reconoció la odontología como una disciplina individualizada y se establecieron sus diferentes ramas.¹

En el continente americano los mayas fueron de los primeros en abrazar las técnicas estéticas. Estos se embellecían limando los bordes incisales de sus dientes anteriores con diferentes formas y diseños. También colocaban tapones de pirita ferrosa, obsidina y jade en las superficies labiales de los dientes anteriores superiores. Esta práctica era corriente en ambos sexos^{1,2}

En el siglo XIX se patentó la técnica para montar dientes artificiales sobre oro o platino fundido con un cuerpo gingival continuo de color rosado, hecho de porcelana. Para conseguir efectos odontológicos se usaban la autoplastia, la gutapercha coloreada, la parkesina, un material parecido al celuloide, la queoplastia, una aleación de estaño, plata y bismuto, la perla rosada, el colodión, la hecolita rosa e incluso conchas de tortuga.¹⁻³

En 1904 resurgió una versión modificada que revolucionó la odontología operatoria. La ingeniosa combinación de vidrios solubles en ácido mezclados con un líquido que contenía ácido fosfórico dando origen al primer material restaurador verdaderamente traslucido. Las modificaciones continuaron hasta 1938, año en el que la American Dental Association (ADA) publicó su primera especificación definitiva de aceptación.¹

En la década de 1930 se desarrollaron las resinas acrílicas activadas por medios químicos. En la década de 1940 se generalizó el uso de carillas y veneers acrílicos. En la década de 1970 los composites prácticamente desbancaron a las resinas acrílicas y a los cementos de silicato como restauraciones permanentes.¹⁻³

El grabado ácido, que a menudo recibe el nombre de adhesión, cambió radicalmente la preparación de las cavidades, mejorando la conservación de la estructura dental. También permitió las numerosas técnicas de veneers desarrolladas en los años setenta¹⁻⁵

El papel de la estética en el sector de la salud y en el subsistema de Estomatología específicamente es fundamental. Se precisa que este tema deba tratarse con un enfoque multidisciplinario. Se trata de ubicar el trabajo dental estético en la medicina social que ha evolucionado enfatizando los factores sociales del proceso salud- enfermedad.

En estos días el trabajo dental estético se facilita y a la vez se hace más exigente por la introducción de nuevos materiales y técnicas. La preocupación y responsabilidad del Estomatólogo General Integral incluye los recursos para mejorar la estética del individuo, lo cual fomenta el bienestar emocional y social.

Por lo cual basados en las nuevas tendencias relacionadas con la estética dental y con su insuficiente uso en el sector posterior, se propone el siguiente objetivo describir el material ideal de uso estético en la actualidad para restauraciones en el sector posterior de la cavidad bucal.

Material y Método

Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo comprendido entre Enero y Marzo del 2016. Se consultaron libros, revistas, tesis artículos, en formato digital como impreso. y las bases de datos de sistemas referativos MEDLINE, PubMed y SciELO. Se empleó la estrategia de búsqueda avanzada y la vía de los descriptores del MeSH y el DeCS empleando términos como: estética, materiales restaurativos. Se consultaron alrededor de 50 artículos y se seleccionaron para el estudio 25 artículos por su relevancia e impacto.

Desarrollo

El desarrollo de los nuevos materiales y técnicas en el campo de la odontología ha obligado a los profesionales bien informados a desarrollar nuevas

habilidades artísticas. El odontólogo restaurador manipula la luz, el color, la ilusión, la forma y el aspecto para poder conseguir un resultado más estético.

Fundamentos de estética

Luces y sombras
Principios del color
Metamerismo
Opacidad
Traslucidez
Profundidad
Percepción
Ilusión
Ley de la cara

Sistemas adhesivos

La evolución de los Sistemas Adhesivos ha venido impulsada por los estudios de la composición y micro anatomía de los tejidos duros así como de la fisiología del complejo dentino-pulpar que han perfeccionado la unión del material restaurador al diente.⁴⁻⁶

El adhesivo dentinario ideal debe conseguir adherirse a la dentina con una fuerza igual o mayor que la de un composite al esmalte grabado. Alcanzar rápidamente la máxima fuerza de adhesión para permitir las manipulaciones de acabado y pulido, así como el restablecimiento funcional post- operatorio del paciente en un plazo de tiempo razonable. Ser biocompatible y no irritar el tejido pulpar. Prevenir las micro filtraciones. Demostrar una estabilidad prolongada en el medio oral. Ser fácil de aplicar y clínicamente indulgente.⁵⁻⁸

Técnica operatoria

1. Examinar la zona para determinar la extensión de la lesión cariosa y valorar la salud periodontal.
2. Administrar un anestésico local si es necesario.
3. Aislar la lesión con el dique de goma.
4. Limpiar la superficie dental con polvo de piedra pómez para poder valorar bien el color
5. Preparar la cavidad según el método convencional,
6. En las preparaciones cavitarias profundas aplicar una base de hidróxido de calcio resistente a los ácidos o una base de resina- ionómero para proteger los tejidos pulpares.
7. Aplicar el gel grabador sobre toda la preparación cavitaria durante 15-20 segundos.
8. Enjuagar el gel grabador con un pulverizador de aire/ agua durante 20 segundos.
9. Asegúrese que la dentina quede húmeda.
10. Aplicar el preparador a todas las superficies con un pincel o un aplicador pequeño, añadiendo más preparador durante el proceso, durante 20 segundos con suaves movimientos de agitación. No restregar nunca con fuerza.
11. Evaporar suavemente los disolventes con un chorro de aire muy flojo.
12. Aplicar el adhesivo a toda la preparación por segunda vez; se debe usar un chorro de aire muy flojo para evaporar los disolventes durante 15 segundos.

13. Aplicar una capa fina de resina adhesiva y eliminar el exceso con una esponjilla o un aplicador.
14. Fotopolimerizar la resina con una lámpara fotopolimerizadora durante 15-20 segundos.
15. Restaurar la preparación cavitaria con los composites restauradores elegidos.
16. Acabar y pulir la restauración con fresas de carburo y discos de pulir.

Restauraciones de porcelana de cobertura completa

La tecnología actual de la cerámica odontológica avanza hacia nuevos materiales para la restauración de dientes aislados. Los sistemas exclusivamente cerámicos han despertado un interés enorme ya que ofrecen unas posibilidades estéticas que sería difícil conseguir con los antiguos sistemas ceramo metálicos.^{1,10,11}

Fundas de Porcelana: se han desarrollado sistemas cerámicos más resistentes, se ha descubierto la posibilidad de grabar el interior de las restauraciones, aumentando su retención al diente y limitando la propagación de las grietas dentro de la corona, se han conseguido cementos mejores y se han logrado resultados estéticos más realistas. Las técnicas de estos materiales han mejorado el diseño de las preparaciones dentales, el control de los tejidos blandos y las técnicas de restauración provisional.^{1,7-11}

In-Ceram: estas cerámicas de infiltración fueron creadas para solucionar las limitaciones de resistencia de los sistemas cerámicos. La infiltración vítrea proporciona un muñón muy resistente que forma la sub estructura para la reconstrucción de porcelana. La restauración resultante puede producir un efecto opaco este resulta favorable cuando se quiere bloquear o enmascarar colores subyacentes indeseables. Este material posee una gran resistencia en unidades aisladas tanto anteriores como posteriores cuando el material alcanza un espesor apropiado.¹⁰⁻¹²

Instrumental:

- Explorador
- Espéculo bucal
- Sonda periodontal
- Anestesia adecuada
- Pieza de mano de alta y baja velocidad
- Fresas de diamantes
- Fresas troncocónicas alargadas
- Fresa de reducción cingular
- Fresas de reducción oclusal
- Puntasblancas para pulir
- Hilo de protección
- Hilo de desviación/ retracción
- Protector de las encías
- Tijeras
- Pinzas de algodón

Técnica operatoria:

Preparación posterior:

1. Colocar el hilo protector
2. Reducir el diente como mínimo:

- a) 1,0-1,5mm en sentido axial
- b) 1.5- 2.0mm en sentido oclusal para poder aplicar suficiente material para soportar las fuerzas de tracción (laterales)
- c) La reducción axial en las superficies bucal y lingual sigue dos planos

Composites

Las resinas compuestas se han introducido en el campo de la Odontología conservadora para minimizar los defectos de las resinas acrílicas que hacia los años 40 habían reemplazado a los cementos de silicato, hasta entonces los únicos materiales estéticos disponibles.¹³⁻¹⁸

Composites condensables (macrorrelleno): son resinas compuestas con alto porcentaje de relleno. Sus ventajas son la posibilidad de ser condensadas (como la amalgama de plata), mayor facilidad para obtener un buen punto de contacto y una mejor reproducción de la anatomía oclusal. Su comportamiento físico-mecánico es similar al de la amalgama de plata, superando a las de los composites híbridos. Su principal indicación radica en la restauración de cavidades de clase II con el fin de lograr, gracias a la técnica de condensación, un mejor punto de contacto.¹⁹⁻²²

Composites fluidos (microrrelleno): Son resinas compuestas de baja viscosidad lo que las hace más fluidas que la resina compuesta convencional. En ellas está disminuido el porcentaje de relleno inorgánico cuyo principal objetivo es mejorar las características de manipulación. Poseen alta flexibilidad por lo que tiene menos posibilidad de desalajo en áreas de concentración de estrés (procesos consuntivos cervicales y áreas dentinales socavadas). Son radiopacas y se encuentran disponibles en diferentes colores. Se indican en restauraciones oclusales mínimas o bien como materiales de base en cavidades de clase I o II en zonas con esmalte socavado. También se utiliza para el cambio de color y forma de los dientes y para el tratamiento de defectos dentales congénitos.^{21, 22}

Resinas compuestas híbridas: como su nombre lo indica es una mezcla de microrrelleno y macrorrelleno, tratando de sumar las ventajas de cada una de las resinas anteriores, pudiendo el odontólogo con un solo tipo de material hacer obturaciones en dientes anteriores y posteriores. Estos materiales se caracterizan por disponer de gran variedad de colores y capacidad de mimetización con la estructura dental, menor contracción de polimerización, baja absorción de agua, excelentes características de pulido y texturización, abrasión y desgaste muy similar al experimentado por las estructuras dentarias, coeficiente de expansión térmica similar a la del diente, fórmulas de uso universal tanto en el sector anterior como en el posterior, diferentes grados de opacidad y translucidez en diferentes matices y fluorescencia.²⁰⁻²²

Resinas compuestas con nanorrelleno: en el año 2003 se introdujo en el mercado un nuevo tipo de resina Feltek Supreme con un relleno inorgánico diferente, manométrico que podía tener la resistencia de la resina híbrida y la facilidad de pulimento de las de microrrelleno. Posee nanopartículas de Zirconio y Silica entre 5 y 75 nm. Estos materiales se utilizan en obturación directa e indirecta para dientes anteriores o posteriores, cementación, sellante de fosas y fisuras, reconstructor de muñones y muchos otros ya que cada día

salen nuevos materiales en beneficio de las necesidades nuestras y de los pacientes. ²¹⁻²⁵

Instrumental

- Explorador
- Especulo bucal
- Pinzas para algodón
- Anestesia (si es necesario)
- Instrumental para la colocación del dique de goma
- Pieza de mano de baja y alta velocidad
- ✓ Fresas de carburo
- ✓ Puntas de diamante de grano grueso y medio
- ✓ Ácido fosfórico al 37 %
- ✓ Instrumentos para aplicar y tallar el material
- ✓ Revestimiento apropiado
- ✓ Base apropiada
- ✓ Papel o cera de articular
- ✓ Composite radiopaco o resina de micro relleno para usar en zonas posteriores.
- ✓ Piedra pomez sin aceite
- ✓ Desinfectante cavitario
- ✓ Jeringa para aplicar composite
- ✓ Gel de glicerina
- ✓ Instrumentos para el acabado
- ✓ Instrumentos para el pulido
- ✓ Materiales para aplicar la pasta de pulir
- ✓ Tira para matrices de Mylar, una matriz segmentada y un anillo Bitine o un sistema matriz sin retenedores que puede cargarse con bandas
- ✓ Cuña reflectante o una cuña de sicomoro contorneada
- ✓ Composite radio opaco o resina de micro relleno para restauraciones posteriores

Técnica de restauraciones de composite Clase I y Clase II

1. Limpiar el diente con piedra pomez.
2. Valorar el color dental (en el tercio medio del diente) antes de proceder a su aislamiento.
3. Utilizar papel de articular para determinar la posición de los contactos oclusales y poder evitarlos si es posible durante la preparación
4. Administrar un anestésico local si es necesario.
5. Aislar la zona con un dique de goma
6. Aplicar un revestimiento o base apropiados si es necesario.
7. Grabar con ácido el esmalte y la dentina durante 15 segundos.
8. Lavar con agua y/o pulverizar con agua/ aire durante 10 segundos para eliminar los líquidos grabadores.
9. Secar con aire el esmalte y secar ligeramente la dentina, manteniendo algo de humedad. Se puede desinfectar la cavidad eliminando el exceso con aire y una torunda de algodón.
10. Repetir el proceso si el esmalte no presenta aspecto blanquecino y escarchado después de secarlo con aire. Si la dentina está seca, volver a humedecerla.

11. Aplicar el adhesivo para dentina –esmalte de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
12. Aplicar con una jeringa una pequeña cantidad de composite posterior de color dentinario sobre el suelo pulpar y una de las cúspides bucales. Fotopolimerizar durante 40 segundos a través de la cúspide. Modelar del mismo modo con las demás cúspides. De esta forma se crean las fisuras
13. Aplicar colorantes y barnices opacos. Utilizar colorantes marrones y ocreos en las fosas y fisuras y barnices opacos blancos en la cresta de los rebordes triangulares.
14. Aplicar una capa de composite de esmalte para modelar el contorno definitivo.
15. Aplicar glicerina para reducir la capa inhibida por el aire. Fotopolimerizar durante 40 segundos
16. Acabar la restauración
17. Pulir la restauración
18. Se debe sellar y pos polimerizar del modo siguiente:
 - Enjuagar con agua los restos del pulido y secar con aire
 - Grabar con ácido durante 15 segundos
 - Enjuagar con agua durante un tiempo mínimo de 10 segundos
 - Secar con aire la superficie
 - Aplicar el sellador
 - Extender con aire
 - Fotopolimerizar durante 40 segundos

Conclusiones

Los avances en materia de odontología estética han propiciado el desarrollo de materiales dentales más duraderos y funcionales. Es evidente que una vez realizada esta revisión bibliográfica que el material ideal para las restauraciones estéticas del sector posterior de la Cavidad Bucal son los Composites.

Referencias Bibliográficas

1. Aschheim KW, Dale BG. Odontología Estética [2da]. Madrid: Ediciones Harcourt; 2002.
2. Asbell MB. Dentistry: a historical perspective. Pittsburgh, Dorrance & Co, 1988.
3. Prinz H. Dental chronology. A record of more important historic events in the evolution of dentistry. Philadelphia. Lea & Febiger. 1945.
4. Afroz S, Rath S, Geeta R, AbdurRahamanS.. Dental Esthetics and Its Impact on Psycho-Social Well-Being [Electrónico]. 2013. Disponible en <http://Indian Prosthodontic Society>. Estados Unidos.
5. Alanguía Fernández SM. Adhesión a dentina. Odontología - operatoria dental [Electrónico]. Chile: 2010. Disponible en: <http://www.monografias.com/.../adhesion-dentina.shtml>.
6. Padrós Fradera DE. Ideas, detalles, materiales y técnicas para superar dificultades y titubeos en el ejercicio de la práctica clínica. [Electrónico]. España: 2011. Disponible en: <http://www.monografias.com/.../adhesion-dentina2.shtml>.
7. Santa Cruz. Sistemas adhesivos o Bonding [Electrónico]. 2013. Disponible en www.geocities.com/.../ag-aplicador-adhe3.jpg. Bolivia

8. Albaladejo Martínez A.. Métodos de investigación in vitro de los factores que afectan la durabilidad de la adhesión a dentina [Electrónico]. 2009. Disponible en <http://www.avances@arrakis.es>. Madrid
9. Alanguía Fernández SM. Adhesión a dentina. Odontología - operatoria dental [Electrónico]. Chile: 2010. Disponible en: <http://www.monografias.com/.../adhesion-dentina.shtml>.
10. Celanza V, Lennon CA. Restauraciones de porcelana de cobertura completa. Odontología Estética. 2da. España: Harcourt; 2002.
11. Beltrn-Aguilar E, Barker L, Dye B. Prevalence and severity of dental fluorosis in the united states. NCHS data brief. 2010; (53):1–8. 2004
12. BailonBeltran K. Propiedades físicas y mecánicas de los materiales dentales [Electrónico]. 2013. Disponible en <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD001830&lib=COC>
13. Jorquera C. Ceromeros y resinas [Electrónico]. 2010. Disponible en: <http://www.materialesdentales.cl/main.htm>. Chile.
14. Riverón Ocaña M, de la Hoz Rojas L. Materiales dentales restaurativos. La Haban: Ciencias Médicas; 2011.
15. Soler JI, Ezquerro JL. Materiales Estéticos [Electrónico]. 2012. Disponible en www.monografias.com/.../materialesesteticos.shtml. España
16. Tachibana A, Castanho GM, Vieira SN, Matos AB. Influence of blood contamination on bond strength of a self-etching adhesive to dental tissues. J AdhesiveDent; 13:349-58. 2011
17. O' Brien W, Ryge G. Materiales dentales y su selección. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
18. Ariño Rubiato P. Restauraciones adhesivas estéticas del sector posterior. Cienfuegos: 2001.
19. Hervás García A, Martínez Lozano MA, Carbanes Vila J, Barajau Escribano A, FosGalve P. Resinas Compuestas [Electrónico]. 2012. Disponible en <http://www.materialesdentales.cl/main.htm>. Valencia.
20. DiazSolórazano D, Gonzalez Nava G, Abreu Correa JM, Gutierrez Marorrell S, Cabañas Lores C, Flores Morales E.. Guías prácticas clínicas de caries dental. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2013.
21. Romero E, Basilio J, Giner L. Estudio comparativo de la microdureza superficial entre ormocera y composite. RevOperDentEndod; 5:45. 2006
22. Criado Montoya VE, Mendez Rodulfo MA. Uso de materiales de ultima generación en odontología [Electrónico]. 2015. Disponible en <http://www.actaodontologica.com>. Venezuela:
23. Odontoclínica.Casos Clínicos, Composites Posteriores [Electrónico]. 2014. Disponible en <http://www.odontoclinica.cl/main.htm>. : España.
24. Villa Verde F, Kose C. Restauración Posterior- Caso Clínico.. FGM News [Internet]. 2010; vol 3:[aprox. 103 p.] Disponible en: www.FGM.IND.BR
25. Aguilar Galvez D. Colage Dental (Restauraciones Biológicas) en una Molar Decidua 8.5 (Segunda Molar Decidua Inferior). FGMNew [Internet]. 2010; vol.3: [aprox. 103 p.]. Disponible en: www.FGM.IND.BR

ESTÉTICA DENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rachel Mojena Bisset, estrm970121@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de 3er año de Estomatología, Alumno ayudante de Periodoncia.

Amanda Hernández Figueroa, estahf970720@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de 3er año de Estomatología, Alumno ayudante de Anatomía.

Grethel Torres Leiva, estgtl971031@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de 3er año de Estomatología, Alumno ayudante de Estomatología General Integral.

Luis Angel Caballero Legarda, estlacl960115@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de 3er año de Estomatología, Alumno ayudante de Estomatología General Integral.

Resumen:

Se realizó la presentación del caso de un paciente masculino de M.C.A de 14 años de edad que acudió a la Consulta de Estomatología General Integral de la Clínica de Especialidades del Municipio de Cienfuegos, estudiante de Secundaria Básica, de raza blanca, por presentar problemas estéticos y de oclusión lo que ocasiona disfunción masticatoria. Durante la anamnesis y el examen físico se observaron pequeñas facetas de desgastes oclusales. Se realizó la discusión del caso y el tratamiento seguido para su rehabilitación estética con el uso de resinas fotopolimerizables de última generación. El resultado final fue la restauración de la estética y la función.

Palabras clave: estética, desarmonía y disfunción.

Introducción

La estética facial asociada con los dientes ha preocupado a la sociedad desde la antigüedad. El temor al rechazo social por cambios de forma, color o posiciones dentales, puede producir un gran impacto psicológico en los pacientes. Con el objetivo de valorar la repercusión psicosocial de las alteraciones estéticas faciales, de determinar el nivel de prioridad que ocupan los tratamientos estéticos dentales y demostrar así la necesidad de intensificar nuestra labor educativa encaminada a evitar aquellas afecciones estéticas que más inciden en nuestra población está dirigido este trabajo.(1)

Desde civilizaciones antiguas, 3 700 años a. n. e., los egipcios practicaban prótesis dentales con sentido estético que trataban de reponer las piezas perdidas. Se han descubierto momias con rasgos de haber recibido tratamientos dentales como incrustaciones en los dientes utilizando oro, plata y diamantes, lo que constituía un signo de poder y belleza. (2)

Esta tendencia continuó usándose en la antigüedad ya no solo por estética, sino como tratamiento para las afecciones bucales, de ahí que comenzaran a valorarse en este campo conceptos de belleza y estética dental como sinónimo de bienestar y salud bucal. (3)

El papel de la estética en el sector de la salud y en el subsistema de estomatología específicamente, es fundamental. Tanto la forma del tratamiento como la forma de comunicarnos y el trato que se le ofrezca al paciente son elementos de gran importancia para lograr el bienestar biopsicosocial del individuo o de las poblaciones a las cuales brindamos nuestros servicios. (4)

Precisamos que este tema debe tratarse con un enfoque multidisciplinario. Se trata de ubicar el tratamiento dental estético en la medicina social que ha evolucionado enfatizando los factores sociales del proceso salud-enfermedad. (5)

En nuestros días el tratamiento dental estético se facilita y a la vez se hace más exigido por la introducción de nuevos materiales y técnicas. La preocupación y responsabilidad del estomatólogo general integral incluye los recursos para mejorar el aspecto dental del paciente, lo cual fomenta el bienestar emocional y social del individuo. (6)

En el mundo civilizado moderno estéticamente consciente, generalmente los dientes blancos, contorneados y alineados fijan el estándar de belleza. Esto no solo se juzga atractivo, sino que también señala la salud nutricional, la autoestimación, el orgullo higiénico, la situación económica y la sexualidad.

Es por ello que cada una de nuestras especialidades estomatológicas busca soluciones a los inconvenientes estéticos de algunos de nuestros procederes. Así tenemos que por ejemplo para la ortodoncia, tradicionalmente se emplea aparatología de metal, en la actualidad se han creado soportes transparentes y del color de los dientes. Para la cirugía maxilofacial se perfeccionan los materiales que permitan mantener los principios estéticos a la par con los funcionales evitando cicatrices antiestéticas. (7)

Es ya sabido que la mayoría de los pacientes que acuden al consultorio no solo van en busca de conseguir un buen funcionamiento de su boca, sino también con el propósito de obtener una estética adecuada; pero la estética surge mediante la validez consensual y la belleza siempre radica en el ojo de quien la mira. Aunque todos los pacientes desean una correcta restauración de su boca y una belleza impecable, esta última no es igual en todas las mentes o conciencias. Los valores estéticos para cada individuo cambian y son muy relativos, estos pueden variar en dependencia de factores como la edad, el sexo, el nivel cultural o las condiciones socioeconómicas. (8)

Teniendo en cuenta todo lo referente a la estética dental descrito hasta aquí traemos a propósito la presentación de un caso que asistió a nuestra consulta demandando el servicio estético y restaurador al Servicio de Estomatología General Integral.

Objetivos: Restaurar el diente en cuestión; en cuanto a estética, estructura y función.

Desarrollo

Presentación del caso.

Se presenta un paciente masculino, M.C.A de 14 años de edad, raza blanca, ojos pardos, de 1.51 de estatura que acude a consulta preocupado por los problemas estéticos y las dificultades masticatorias que presentaba refiriendo que sus dientes laterales tienen “formas afiladas” y que no se corresponden armónicamente con el resto de sus dientes anteriores.

Durante el interrogatorio se comprobó que el paciente estaba ansioso por resolver su problema que para él afectaba grandemente su estética, refiriendo que hasta que este no se solucionara no iría a la escuela, expresando una y otra vez que estaba en la consulta por su cuenta, es decir ,solo, porque sus padres no le prestaban atención, además refiere que hacía más de dos años había notado que presentaba desgaste de los dientes posteriores, cayendo en la cuenta al final de la anamnesis que era causado por el estrés al que estaba sometido al no gustarle la forma “afilada” de sus dientes y no poder presumir como él quería.

El examen físico intrabucal permitió observar pequeñas facetas de desgaste oclusales en diente posteriores como, 16, 26, 36,46.Observamos también que no presentaba ninguna restauración ni cavidades patológicas ,no tenía maloclusiones ya que durante el interrogatorio pudimos apreciar que no practica ningún hábito deformante ,con una relación de molares en neutroclusión para una Clase I de Angle ,con un cierre bilabial competente ,ni padecía de ninguna anomalía, además presenta todos sus dientes permanentes los cuales al interrogatorio refirió que los tenía desde los 12 años de edad .No se observaron diastemas ni inserciones frénicas bajas ,pero si nos pudimos percatar que la línea media inferior estaba desviada aproximadamente 1 mm hacia la izquierda, además, efectivamente los laterales superiores tenían formas conoides y eran más estrechos en su ancho meso-distal y pequeños en su altura cervico-incisal.

Discusión del caso y tratamiento indicado:

Frente a este problema estético al cual nos encontramos debemos hacer una restauración de los laterales superiores del pacientes con preparaciones previas, dándole la forma ideal para que sean lo más parecido posible a los inferiores, los cuales no sufren de este problema anatómico .Para esta reconstrucción tuvimos en cuenta los Principios Básicos de la estética los cuales son:

- Luz y Sombra
- Forma
- Color
- Traslucidez
- Opacidad
- Metamerismo
- Profundidad
- Ilusión

La combinación perfecta de cada uno de estos aspectos es necesarios para lograr la rehabilitación estética y para este proceder utilizamos resinas fotopolimerizables y otros materiales a elección como son:

Carillas de composite: que poseen varias ventajas dentro de las que están:

- Coloración imposible de solucionar mediante técnica de blanqueamiento
- Malposiciones de piezas dentarías.
- Problemas moderados en la posición dentaria.

No se recomienda:

- Dientes muy oscuros.
- Casos extremos de deformación.

Se llevaron a cabo toda una serie de procederes y técnicas sumamente delicadas, a continuación describimos los pasos para lograr la restauración, utilizando un material restaurador estético de la marca 3M:

- *Limpieza con piedra pómez y tira abrasiva en zonas proximales.*
- *Determinar el color del diente (humedecidos con saliva y teniendo en cuenta iluminación adecuada)*
- *Anestesiarse en caso necesario*
- *Aislamiento absoluto o relativo*
- *Preparación de la superficie del diente.*
- *Grabado ácido de la superficie dental (gel grabador ácido ortofosfórico 37%) debe aplicarse tanto al esmalte durante 15-30 segundos como a la dentina dejándolo actuar únicamente durante 10-15 segundos.*
- *Lavar con agua.*
- *Secado del esmalte y mantener húmeda la dentina*
- *Aplicación del adhesivo dentinario estratificando por capas (con un pincel o la punta de un aplicador de forma continua durante 15-20 segundos)*

Para lograr un trabajo exitoso y ante todo estético seguimos una serie de pasos muy útiles para no cometer errores en cuanto a la aplicación de los adhesivos dentinarios, los cuales enumeraremos a continuación:

- Utilizar fresas para preparar ranuras, surcos y puntos de retención para mejorar la retención mecánica, es aconsejable preparar un bisel en el esmalte.
- Secado suave:
Asegurarnos de que la dentina quede húmeda (no empapada) secando con una esponja, un aplicador seco o una torunda de algodón
- Aplicar el adhesivo a todas las superficies con un pincel o un aplicador pequeño, añadiendo más durante el proceso (por 20 segundos con un suave movimiento de agitación). No restregar nunca con fuerza.

Su utilización nos asegura un 95% de éxito por presentar varias ventajas las cuales son:

- Su capacidad de adherencia y resistencia a la fricción hace de las carillas de composite un tratamiento duradero.(5- 10 años)
- Tratamiento de escasa agresividad.(no tallado con fresas)
- No hay que variar hábitos alimentarios.
- Fácil manipulación ya que no pasan por el laboratorio
- Requiere experiencia del odontólogo por ser artesanal.

Aunque de no seguir las indicaciones que nos surgieren el proceder puede convertirse en un fracaso por causado por:

- No eliminar el barrillo dentinario.
- Limpiar el diente con pasta fluorada.
- Uso de peróxido de hidrógeno en tratamientos anteriores.
- Uso de compuestos con eugenol.
- Secado excesivo de la dentina.
- Restos de ácido por insuficiente lavado.
- Poca polimerización.
- Excesivo grosor de la base cavitaria.

Al terminar el tratamiento el cual tuvo una duración de 1 hora el adolescente quedó complacido ya que sus dientes tomaron una forma anatómica normal restaurándose la estética dental y facial.

A continuación les presentamos fotos de los dientes conoides del paciente antes y después del tratamiento:

Antes



Después



Conclusiones

Mediante este caso se logró constituir la estética, estructura y función del diente tratado utilizando resinas fotopolimerizables de última generación con resultados satisfactorios

Referencias bibliográficas

1. Furtado A, Shiniko A, Felepe RJ, Rocha R, Nogueira R. Condições de Saúde Bucal da população Brasileira. 2002-2003. Brasil: EDITORAMS. A coleção Institucional do Ministério da Saúde Brasi (en línea). 2004 [consultado 30 Abr 2008]; 2004 Disponible en: <http://www.saude.gov.br/bvs>
2. Calleja Martínez YM, González Heredia E, Del Valle Llagostera G, Castañeda Deroncelé M, Lao Salas O. Estudio de salud bucal de cinco consultorios del municipio Mella. Santiago de Cuba. Rev Cubana Estomatol. 2006 Jul-Sep [citado 12 Mar 2008];43(3). Disponible en: http://www.bvs.cu/revistas/est/vol43_3_06/est01306.htm
3. Foster Page LA, Thomson WM. Malocclusion and uptake of orthodontic treatment in Taranaki 12-13-year-olds. N Z Dent J. 2005;101(4):98-105.
4. Toledo Reyes L, Machado Martínez M, Martínez Herrada Y, Muñoz Medina M. Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años. Rev Cubana de Estomatol. [en línea]. 2004 [citado 5 Sep 2008];41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034-750720040003&lng=es&nrm=iso
5. Castrejón DM. Necesidad de tratamiento ortodóntico en jóvenes de 12-15 años de edad de Culiacán, Sinaloa [tesis]. México, DF: Universidad Autónoma de Sinaloa; 2009.
6. Proffit W, Fields H Jr, Sarver D. Ortodoncia Contemporánea. 4ta ed. Madrid: Editora Elsevier; 2008. p. 16-22.

7. Contreras R, Bulnes AF, Carranza D, López GS. Observaciones clínicas de oclusión en la dentición temporal de preescolares de la ciudad de Toluca, Estado de México. México, DF: Centro de Investigación y Estudios Avanzados, Facultad de Odontología, UAEM [citado 21 May 2008]. Disponible en: http://www.odontologia.com.mx/noticias/viii_encuentro/p01.htmP01
8. Grippaudo C, Poalantonio EG, Deli R, La Torre G. Orthodontic treatment need in the Italian child population. Eur J Paediatr Dent. 2008 Jun; 9(2):71-5.

ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS, ESTADO PREVALENTE EN PACIENTES REHABILITADOS PROTÉSICAMENTE.ÁREA III.CIENFUEGOS.2015-2016

Autora: Dra. Daily Caridad Bermúdez Morales

tered27@nauta.cu, Policlínico de Cruces, Cuba, Residente de primer año en la especialidad de Estomatología General Integral.

Fundamento: La Estomatitis Subprótesis, es una de las alteraciones que con más frecuencia se diagnostica dentro de la Patología Bucal.**Objetivo:** Caracterizar la población portadora de estomatitis subprótesis perteneciente a la Clínica “Leonardo Fernández”, Área III de noviembre de 2015 hasta enero de 2016. **Diseño Metodológico:** estudio observacional descriptivo transversal de noviembre de 2015 hasta enero de 2016 en la Clínica Estomatológica, Área III, Cienfuegos, en un universo de 160 pacientes se seleccionó muestra no probabilística a conveniencia de 37 pacientes con la lesión.**Resultados fundamentales:** La mayor cantidad de casos se registraron en el sexo femenino, tipo de prótesis más común fue la total, hábito perjudicial prevalente la higiene bucal deficiente, la mayor cantidad de pacientes afectados se encontraban entre 60 a 74 años y usaban continuamente las prótesis, el grado de mayor prevalencia resultó el grado II y la ubicación de la lesión se encontró con frecuencia en la zona media, el mayor porcentaje de pacientes afectados portaban prótesis desajustadas. **Conclusión:** La estomatitis subprótesis constituye indudablemente una lesión de etiología multifactorial prevalente en los pacientes portadores de prótesis estomatológica.

Palabras clave: Estomatitis Subprótesis, prótesis, Cándida albicans.

Con la edad, la mucosa oral experimenta modificaciones similares a las que afectan a la mucosa de otras partes del organismo, pero factores locales adquiridos a lo largo de la vida (dieta, prótesis, entre otros), pueden influir en dichos cambios, provocando alteraciones en la mucosa, puesto que se relaciona más directamente con la prótesis dental y sobre ella se asienta. La acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye para el tejido una agresión mecánica, no fisiológica; los efectos de presión, tracción y empuje que se producen pueden causar acciones irritantes. ⁽¹⁾

La mucosa bucal tiene un número limitado de respuestas patológicas. ⁽²⁾ Dentro de todas estas alteraciones la estomatitis subprotésis, muestra una alta prevalencia tanto en Cuba como en el resto del mundo, constituyendo una enfermedad muy frecuente y dependiendo del autor, sus reportes en el nivel de afectación, oscilan entre un 11 y un 67 %.⁽³⁾ Estudios epidemiológicos realizados en Dinamarca describen entre un 40 y un 60 % en la población examinada. En Chile un 40 % y un 43 % en Japón. En Cuba se reporta una frecuencia de un 46.8 %.⁽³⁾ En un estudio realizado en Cuba, esta enfermedad se presentó con una frecuencia de 46,1%, cifra que coincide con la encontrada en países desarrollados como Japón, Bélgica, Finlandia e Inglaterra. También este estudio cubano evidenció el predominio del sexo femenino coincidiendo con los reportados en otros países. ⁽⁴⁾

La Estomatitis Protésica se define como un proceso inflamatorio de la mucosa oral relacionado con una prótesis removible. Es una de las alteraciones más comúnmente diagnosticadas en cavidad oral, debido al uso frecuente de prótesis mucosoportadas en la población adulta. La mayoría de los pacientes desconocen la existencia de la lesión durante mucho tiempo, es por lo general asintomático aunque puede estar presentasen algunas ocasiones síntomas entre los cuales podemos citar ardor, calor, edema, sabor metálico, dolor y halitosis. ⁽⁵⁾

Tradicionalmente ha existido controversia con respecto a la definición más adecuada para esta enfermedad. La primera fue realizada por Cahn en 1936 quien la denominó "Denture sore mouth" ⁽⁶⁾, lo que puede ser traducido como llaga o herida. También Pryor en 1936 la denominó "Chronic denture palatitis" ⁽⁷⁾, término con el cual hacía referencia a la cronicidad del proceso y a su ubicación anatómica. No es hasta 1963 cuando Cawson la denomina "Denture Stomatitis", esta definición es el término más aceptado en la lengua inglesa. ⁽⁵⁾

Etiología: trauma protésico, higiene bucal deficiente, reacciones alérgicas e irritación, infección candidiásica y factores sistémicos predisponentes. ⁽⁸⁾

La clasificación más usada es la descrita por Newton en 1962 ⁽⁹⁾ quien agrupó la Estomatitis Protésica en tres grados dependiendo la severidad y la extensión de la inflamación. ⁽⁵⁾

Grado I: Estomatitis Protésica localizada simple. ^(5,9)

Grado II: Estomatitis Protésica difusa simple. ^(5,9)

Grado III: Estomatitis Protésica granular o de hiperplasia granular ^(5,9)

Existe una modificación de la clasificación de Newton, descrita en el estudio de Kabawat y col ⁽¹⁰⁾ en la cual se presenta una subdivisión de la tipo I. ⁽⁵⁾

En Cuba, la mayor frecuencia de estomatitis subprótesis en estadios leves es debido a las actividades de educación para la salud que se realiza en estomatología. ⁽¹¹⁾

La estomatitis subprótesis, es un trastorno que resulta cada vez más preocupante, pues además de los problemas propios de la enfermedad, en su terapéutica debe contemplarse el reemplazo de las prótesis y, por consiguiente, la planificación y el empleo de recursos adicionales, por lo que los autores se proponen realizar esta investigación sobre el comportamiento de esta lesión porque a pesar de ser una entidad estudiada, actualmente se desconoce la magnitud y severidad de la misma, y continúa formando parte de los problemas de salud bucal en los pacientes rehabilitados con prótesis. Además constituye un factor de riesgo para la aparición de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal.

Problema científico: ¿Cómo se comporta la estomatitis subprótesis en la población portadora de prótesis dental?

Objetivo General: caracterizar la población portadora de estomatitis subprótesis perteneciente a la Clínica Estomatológica, Área III en el período de noviembre de 2015 hasta enero de 2016.

Diseño Metodológico: investigación observacional descriptiva transversal, con universo de 160 pacientes quienes fueron examinados en la consulta de clasificación para prótesis estomatológica en la Clínica del Área III, Cienfuegos. Se seleccionó una

muestra no probabilística a conveniencia conformando de 37 pacientes con estomatitis subprótesis para lo que se realizó el examen clínico a cada paciente. Este estudio se efectuó en el período comprendido desde noviembre de 2015 hasta enero de 2016.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 35 años, de ambos sexos, portadores de prótesis con presencia de estomatitis subprótesis que estén dispuestos a colaborar para la participación en el estudio.

Variabes utilizadas: edad, sexo, tiempo de uso de la prótesis, estado técnico de la prótesis, grados de la estomatitis subprótesis, localización de la estomatitis subprótesis, hábito de uso del aparato protésico, tipo de prótesis y hábitos perjudiciales.

Ética: previamente al examen clínico, a los pacientes se les explicó la realización de este examen, el cual no conllevaría a agresiones ni lesiones a su integridad, y a continuación se solicitó el consentimiento informado para su inclusión en el estudio.

Se examinaron los pacientes que acudieron a la consulta de clasificación para prótesis dental en el período noviembre de 2015 hasta enero de 2016. Los pacientes portadores de estomatitis subprótesis se diagnosticaron según las características de la lesión en sus diferentes grados. Luego de ser examinados se les indicó la retirada total de la prótesis y la aplicación de MNT dándosele seguimiento y brindando rehabilitación protésica tras la mejoría de la lesión. Se interconsultó y remitió al servicio de Cirugía Maxilofacial 1 caso que presentaba estomatitis subprotésica grado III. Además se interrogó sobre el tiempo de uso del aparato protésico, hábitos de uso del mismo, hábitos perjudiciales, además comprobó el estado técnico de las prótesis. Para comprobar el estado técnico del aparato protésico se realizaron pruebas mecánicas de retención y estabilidad. Para la medición de la higiene bucal se utilizó el Índice de Higiene Bucal de Love. Para el análisis o interpretación de los resultados se empleó el análisis porcentual.

Tabla 1. Distribución según edad y sexo. Área III. Cienfuegos 2015-2016.

Grupos etarios	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%

35-59	6	75	2	25	8	21.6
60-74	16	66.7	8	33.3	24	64.9
≥75 años	4	80	1	20	5	13.5
Total	26	70.3	11	29.7	37	100

Fuente: Historia Clínica Individual

En el estudio se examinaron 37 pacientes, correspondiendo al sexo masculino el 29,7% y al sexo femenino 70,3%, por lo que el sexo predominante resultó el sexo femenino. El mayor porcentaje de pacientes se agrupa en las edades de 60-74 años con un 64,9% seguido del grupo de 35 a 59 años con el 21,6%.

Tabla 2. Distribución según tipo de prótesis. Área III. Cienfuegos 2015-2016.

Tipo de Prótesis	Nº	%
Total	27	73
Parcial	10	27

Fuente: Historia Clínica Individual

En la tabla 2 se presenta la distribución de la muestra según tipo de prótesis siendo la más común la prótesis total para un 73 %.

Tabla 3. Distribución según el hábito de uso del aparato protésico. Área III. Cienfuegos 2015-2016.

Hábito de uso	Nº	%
Continuo	29	78.4
Discontinuo	8	21.6

Fuente: Historia Clínica Individual

El incremento de la lesión se observó en los individuos que usaban continuamente las prótesis, factor que se presentó en el 78,4% de los pacientes.

Tabla 4. Distribución de los grados de la lesión según el tiempo de uso de la prótesis. Área III. Cienfuegos 2015-2016.

Grados de la lesión	Tiempo de uso de las prótesis (años)									
	Hasta 5		6-10		11-20		21 y más		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grado I	2	14.3	2	14.3	8	57.1	2	14.3	14	37.8
Grado II	1	4.6	2	9.1	10	45.5	9	40.9	22	59.5
Grado III	0	0	0	0	1	100	0	0	1	2.7
Total	3	8.1	4	10.8	19	51.4	11	29.7	37	100

Fuente: Historia Clínica Individual

Se percibe que el grado II apareció con mayor frecuencia con un 59,5% principalmente en pacientes que usaban prótesis de 11 a 20 años con un 45,5%, y en pacientes que usaban prótesis de 21 años y más con un 40,9%. La mayor cantidad de lesiones se encontraron entre los 11 y 20 años de uso de la prótesis con un 51,4 %.

Tabla 5. Distribución de la muestra según la ubicación de la lesión. Área III. Cienfuegos 2015-2016.

Zona de ubicación	Nº	%
Anterior	3	8.1
Media	16	43.2
Posterior	5	13.5
Mixta	13	35.1

Fuente: Historia Clínica Individual

La ubicación de la lesión se destacó preferentemente en la zona media representando un 43,2 % seguido del 35,1 % en la zona mixta.

Tabla 6. Distribución según la presencia de hábitos perjudiciales. Área III. Cienfuegos 2015-2016.

Hábitos perjudiciales	Nº	%
Alimentos calientes	9	24.3
Fumar	20	54
Higiene bucal deficiente	25	67.6
Uso de sustancias irritantes	5	13.5

Ingesta elevada de carbohidratos	23	62.2
----------------------------------	----	------

Fuente: Historia Clínica Individual

De los hábitos perjudiciales encontrados, los de mayor frecuencia fueron: la higiene bucal deficiente con un 67,6% seguido del hábito de fumar con un 54 % y el consumo de alimentos calientes estuvo presente en el 24,3%.

Tabla 7. Distribución según el estado técnico de las prótesis. Área III. Cienfuegos 2015-2016.

Estado técnico de las prótesis	Nº	%
Ajustadas	17	46
Desajustadas	20	54.1

Fuente: Historia Clínica Individual

El mayor porcentaje de pacientes con estomatitis subprótesis presentaban prótesis desajustadas con un 54,1%.

Discusión: en cuanto a la prevalencia del sexo femenino, la investigación coincide con Gutiérrez C. y colaboradores ⁽¹²⁾. Las causas son atribuidas a que las mujeres poseen características como el frecuente aumento de la fragilidad capilar a partir de la tercera década de la vida y de alteraciones psicosomáticas, tanto las que se producen por estrés, como las que aparecen durante y después del período menopáusico, con influencia sobre los tejidos bucales, al alterar la irrigación, el flujo de salivación y los anticuerpos circulantes. Además también su mayor preocupación por la estética hace que acudan con mayor frecuencia a solicitar tratamientos rehabilitadores. Todo lo anterior coincide con lo planteado por Noguera ⁽¹³⁾ citado por Silva Contreras y col. ⁽¹¹⁾ donde sugiere que el sexo femenino con mayor frecuencia sufre de estomatitis subprótesis porque utilizan sus prótesis por períodos más prolongados que los hombres debido a no aceptar ser vistas sin ellas. Otros de los resultados de Silva Contreras ⁽¹¹⁾ que coinciden con esta investigación son que los pacientes más afectados por la estomatitis subprótesis corresponden a los mayores de 60 años y la misma se presenta

con mayor frecuencia en pacientes que usaban continuamente las prótesis. La práctica de usar la prótesis, incluso durante el sueño, provoca degeneración de las glándulas salivales y, a su vez, bloqueo mecánico de sus conductos excretores, lo cual disminuye la secreción salival y su pH, debido a que también disminuye la función buffer de la saliva; ésta se torna viscosa y favorece la acumulación de placa dentobacteriana y por tanto acúmulo de microorganismos como la *Candida Albicans*.⁽¹¹⁾ En cuanto al tipo de prótesis en el presente estudio la más común fue la total lo que difiere de Gutiérrez Segura y col⁽¹⁴⁾ Al analizar la distribución de la estomatitis subprótesis según grado de severidad de la lesión se observa un predominio del grado II resultado que difiere de Espasandín González⁽³⁾ donde el grado I fue representado por un 48,65%, con García Rodríguez⁽¹⁵⁾ con un 51,5% y con Ley Sifontes⁽¹⁶⁾ con un 24.8%. La estomatitis subprótesis aumentó con el transcurso del tiempo en los portadores de prótesis coincidiendo con lo arrojado por Gutiérrez Segura y col⁽¹⁴⁾ y Noguera⁽¹³⁾. Esto se debe al cambio no oportuno de las prótesis cuando se encuentran desajustadas. Según las zonas de localización la estomatitis subprótesis se destacó preferentemente en la zona media coincidiendo con Silva Contreras⁽¹¹⁾. En cuanto a la distribución de la muestra según la presencia de hábitos perjudiciales la higiene bucal deficiente fue la prevalente coincidiendo esto con Dueñas Ríos⁽⁵⁾, seguido de la ingesta elevada de carbohidratos lo cual puede ser un factor agravante, ya que los hidratos de carbono son un excelente caldo de cultivo para los microorganismos.

Conclusiones: luego de realizado el presente estudio se puede concluir que el uso de prótesis por períodos prolongados sin que sea cambiadas constituye una causa de aparición de estomatitis subprótesis, lesión que afecta a la población motivo de estudio, principalmente a los de edad avanzada y constituye un problema de salud debido a las consecuencias que provocan por lo que es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar su aparición.

Referencias bibliográficas

1. Pérez Hernández Y., Pérez Ayala D., Milians Planes E., Zeida Díaz C., Vento Blanco Y. La rehabilitación protésica en las lesiones bucales del adulto mayor. Rev Ciencias Médicas [Internet]. [en línea] 2015[citado 26 dic 2015]; 19(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942015000100005&script=sci_arttext&lng=pt

2. Rodríguez Fernández MSC. , Portillo Recio A., Lama González EM., Hernández Solís SE. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. Revista ADM 2014; 71 (5): 221-225.
3. Espasandín González S., Martínez Toledo G., Reyes Suárez VO., Díaz Viera R. Estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. [en línea] 2013[citado 26 dic 2015]; 19(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2013/cmh132i.pdf>
4. Plana- Domínguez R., Perurena-Lancha M. Tratamiento de la Estomatitis subprótesis en atletas y exatletas con Propomiel y Nistatina. Rev. Cub. Med. Dep. & Cul. Fís. [Internet]. [en línea] 2011[citado 26 dic 2015]; 6(3). Disponible en: <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/253/Tratamiento%20de%20la%20estomatitis%20subpr%C3%B3tesis%20I.pdf>
5. Ríos Dueñas MR. Estomatitis Subprótesis, prevalencia de candidiasis oral y comparación de su resolución con o sin el empleo de antimicóticos. Universidad Nacional de Colombia [Internet]. [en línea] 2014[citado 27 dic 2015]; 6(3). Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46968/1/46454405.%202014.pdf>
6. Gasparoto TH, Vieira NA, Porto VC, Campanelli AP, Lara VS. Ageing exacerbates damage of systemic and salivary neutrophils from patients presenting Candida related denture stomatitis. Immunity & ageing : I & A. 2009;6:3.
7. Anibal PC, de Cassia Orlandi Sardi J, Peixoto IT, de Carvalho Moraes JJ, Hofling JF. Conventional and alternative antifungal therapies to oral candidiasis. Brazilian journal of microbiology: [publication of the Brazilian Society for Microbiology]. 2010; 41(4):824-31.
8. Tamayo Fernández N. Consideraciones clinico-epidemiologicas de la estomatitis subprotesis. Odontologia y Estomatologia Colombia [Internet]. [en línea] 2011[citado 27 dic 2015]; 6(3). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3356/2/Consideraciones-clinico-epidemiologicas-de-la-estomatitis-subprotesis>

9. Newton AV. Denture sore mouth as possible aetiology. Br Dent J 1962; 112: 357–360.
10. Kabawat M, de Souza RF, Badaro MM, de Koninck L, Barbeau J, Rompre P, et al. Phase 1 clinical trial on the effect of palatal brushing on denture stomatitis. The International journal of prosthodontics. 2014; 27(4):311-9.
11. Silva Contreras AM., Cardentey García J., Silva Contreras AM., Crepo Palacios CL., Paredes Suarez MC. Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al Policlínico "Raúl Sánchez". Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. [en línea] 2012 [consultado 15 de dic 2015]; 16(5). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942012000500004&script=sci_arttext
12. Gutiérrez C., Bustos Medina L., Sanchez M., Zaror Cornejo L., Zambrano ME. Estomatitis Subprotésica en Pacientes de la IX Región, Chile. Int. J. Odontostomat. [Internet]. [en línea] 2013 [consultado 15 de dic 2015]; 7(2). URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718381X2013000200008&script=sci_arttext
13. Noguera GA., Fleitas AT. Frecuencia de la estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. Rev Odontol Andes. 2006; 1:20-7.
14. Gutiérrez Segura M., Sánchez Ramírez Y., Castillo Santiesteban Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. Correo Científico Médico. [Internet]. [en línea] 2013 [consultado 24 de enero 2015]; 17(4). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156043812013000400005&script=sci_arttext
15. García Rodríguez B., Romero Junquera CR. Estomatitis subprótesis en mayores de 40 años del Hogar de ancianos Jesús Menéndez de Holguín. Correo Científico Médico. 2012; 16 (3).
16. Ley Sifontes L., Silva Martínez Y., Puig Capote E., Nápoles IJ., Díaz Gómez SM. Comportamiento de la estomatitis subprótesis. Revista Archivo Médico de Camagüey. [Internet]. [en línea] 2010 [consultado 24 de enero 2016]; 14(1). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1025-02552010000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Estrategia de atención estomatológica a personas discapacitadas física con limitación en la realización de actividades

Autor principal: Dra. Ana Belkys Hernández Millán, anab@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, especialista de segundo grado en Estomatología General Integral, máster en Atención a urgencias estomatológicas y en Educación médica, investigadora agregada, profesora auxiliar, Dra. Anay de la Caridad Núñez Herrera, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Especialista en I grado en Medicina General Integral. Msc. en enfermedades infecciosas. Profesor Asistente, Lic. Zenia Lissette Hernández Millán, licenciada en enfermería, especialista en cuidados intensivos, master en urgencias médicas, profesora asistente, Dra. Rosa María Liriano García, residente de 1er año en Estomatología General Integral.

Resumen.

La discapacidad es un problema que constituye una preocupación tanto estatal como social. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el área 7, municipio de Cienfuegos, en el período comprendido de enero a diciembre de 2017. **Objetivo:** diseñar estrategia para la atención estomatológica a personas discapacitadas físicas con limitaciones o dificultades en la realización de actividades. **Universo:** 192 pacientes discapacitados físicas que cumplieron con los criterios de inclusión. **Variables:** edad, sexo, clasificación epidemiológica, factores de riesgo, enfermedades sistémicas, discapacitados físicos con limitaciones en la realización de actividades, problemas de salud bucal, estrategia de atención estomatológica, necesidades, de atención primaria y secundaria. La información fue mediante observación directa, Historia Clínica, revisión documental. **Resultados:** el 48,43% de 192 discapacitados presentaron limitaciones moderadas o totales para la realización de las actividades cotidianas, predominó sexo femenino sobre el masculino y el grupo de edad fue el 35-59. El factor de riesgo fue la dieta cariogénica, la diabetes mellitus tipo II fue la enfermedad de mayor incidencia, sobresalieron los enfermos, la periodoncia fue la más requerida en atención primaria y la prótesis en la secundaria. Entre las causas incapacitantes estuvieron las amputaciones de miembros inferiores, accidentes vasculares encefálicos, y enfermedad del Parkinson. Las opiniones emitidas por el grupo de expertos sobre la estrategia fueron positivas. **Conclusión:** los expertos valoraron la estrategia como aceptada por su carácter científico-metodológico, su novedad y su pertinencia, al resolver los problemas de salud bucal, modificando el cuadro de salud y elevando la calidad de vida.

Palabras claves: estrategia, discapacitados físicos, atención estomatológica.

Introducción:

La discapacidad es un problema que de manera global constituye una preocupación tanto estatal como social. Puede considerarse como un fenómeno universal, que se manifiesta en las personas en algún momento de su vida, sobre todo en la ancianidad, a pesar de lo cual todavía su definición no es obra terminada, coexisten diferentes maneras de enfocarla.^{1,2} La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo, y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un

ser humano, la cual se subdivide en discapacidad visual, auditiva, intelectual y motora.³⁻⁷ Según datos de la Organización Mundial de la Salud, dos terceras partes de la población portadora de deficiencias no reciben atención bucodental alguna.⁸

El 80% de los discapacitados de todo el mundo se concentran en los países de rentas bajas, donde tienen más dificultades para superar las barreras, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). A nivel mundial, la cifra de personas que se considera discapacitada asciende a 650 millones, es decir, el 10% de la población. El 54% de los países informaron no tener instalaciones para facilitar el acceso de los discapacitados por calles y lugares abiertos, y el 43% no tenía ninguna medida en edificios cerrados.⁹

Estudios realizados revelan que el porcentaje de personas que padecen de una deficiencia física, mental o sensorial en Cuba es poco más del ocho por ciento, mientras que en naciones de América Latina y el Caribe llega hasta el 15%. Cuba no figura entre los países con una tasa elevada de niños discapacitados, puesto que los programas de salud y atención a la mujer desde el inicio de su embarazo.¹⁰ En el 2003 el total de personas con discapacidad en Cuba, ascendió a 366 864 lo que se tradujo en una tasa de prevalencia en el país de 3,26 por cada 100 habitantes, en Cienfuegos la cifra fue de 3,84 por 100 habitantes. También parece que tiende a aumentar el número de discapacitados entre las personas de edad.^{1,11}

La higiene bucal es precaria en la mayoría de los discapacitados además son incapaces de realizar un cepillado eficiente, las dietas que suelen ser blandas y pegajosas, la alta ingesta de fármacos y las pocas visitas de control odontológico, la incidencia de caries, enfermedad periodontal y maloclusiones es mayor que en el resto de la población. A pesar de haberse reconocido el importante papel que representa la profesión dental en la rehabilitación de los discapacitados, no siempre son atendidos con agrado y muchos odontólogos no se motivan a aceptarlos como pacientes, emitiendo criterios de remisión sin intentar atenderlos por la vía convencional.¹²⁻¹³

En Cuba la Revolución ha priorizado la salud de los discapacitados, desarrollando programas en respuesta al Plan Nacional de Acción para la Atención a Discapacitados y creando institutos especializados para su atención. El programa actual de atención estomatológica integral a la población contiene acciones estomatológicas a desarrollar con discapacitados mentales y físicos las cuales son que se trabajará para eliminar las barreras arquitectónicas existentes que dificulten el acceso para recibir la atención. Cuando ello no fuese posible se coordinará la atención por su Estomatólogo en otro espacio de la institución, en alguna unidad cercana, o en su propio hogar. Los pacientes que pertenezcan a instituciones educativas o de salud, siempre que sea posible, se atenderán en su propia institución con unidades móviles, previa coordinación entre las direcciones de ambas entidades, o en su defecto en los servicios estomatológicos de forma priorizada, pero no se detalla una estrategia para el tratamiento de los mismo, solo menciona en las acciones que tienen que ser llevadas a cabo por los estomatólogos generales integrales, los licenciados o técnicos que en caso de que el paciente no pueda asistir a consulta ejecutar acciones de promoción y profilaxis en el hogar pero no puntualiza nada respecto a medidas curativas, ni cada que tiempo deberían ser realizadas^{14,15}

Por tal motivo se decidió realizar la siguiente investigación con el objetivo de diseñar estrategia para la atención estomatológica a personas discapacitadas físicas con limitaciones o dificultades en la realización de actividades.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con metodologías mixta en el área 7 del municipio de Cienfuegos, en el período comprendido de enero a diciembre de 2017. El universo estuvo constituido por 192 personas con discapacidad motora que limitaban sus actividades diarias teniendo en cuenta los criterios de inclusión los cuales fueron: pacientes con discapacidad físico motora congénitas o adquiridas, de cualquier edad con limitaciones casi de manera total o completa sus actividades de la vida diaria y que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio o sus representantes autorizaron el mismo y con 60 años y más que por su proceso de vejez presentaron limitaciones casi de manera total o completa sus actividades de la vida diaria y los de exclusión fueron: cambio de residencia, o fallecimiento. Variables: edad, sexo, clasificación epidemiológica, factores de riesgo, enfermedades sistémicas asociadas, discapacitados físicos con limitaciones en la realización de actividades, problemas de salud bucal, estrategia de atención estomatológica, necesidades, de atención primaria y secundaria

Se tuvo en cuenta en todo momento la metodología para el examen bucal donde el interrogatorio: estuvo dirigido a la búsqueda de datos relacionados valorándose edad del paciente, sexo, nivel de escolaridad y el padecimiento de enfermedades sistémicas y demás datos de interés para la investigación. Inspección: se inspeccionó la boca con ayuda del espejo bucal, depresores de lengua, torunda de gasa, observando todas las estructuras dentarias y mucosas. Palpación: mediante este método se detectaron un sin número de condiciones físicas o detalles clínicos en la obtención semiológica en las diferentes lesiones o situaciones de la boca, cara y cuello como: la humedad, sequedad, superficie lisa, rugosa o áspera al tacto. Temperatura alta o disminuída y presencia de tumoraciones; si es fluctuante con sensación de líquido en su interior como el Absceso Apical Agudo. Percusión: se percutió con el mango del espejo verticalmente sobre la superficie incisal del diente.¹⁶

La estrategia se elaboró en cuatro momentos:

- Momento explicativo: diagnóstico de salud bucal de los pacientes discapacitados físicos
- Momento Normativo: la identificación de la visión, situaciones - objetivo y construcción de escenarios
- El diseño de los Planes y Proyectos de Intervención
- Momento de validación: para la validación de la estrategia se empleó el método Delphi que constó con tres fases:
 1. Fase preliminar: donde se delimitó el contexto, los objetivos, el diseño, los elementos básicos del trabajo y la selección de los expertos.
 2. Fase exploratoria: se elaboró estrategia según sucesivas vueltas realizándose solo tres, de tal forma que con las respuestas más comunes de la primera se confeccionaran las siguientes.
 3. Fase final: donde se determinó la validez y pertinencia del instrumento.

Aspectos éticos: en todo momento de la investigación se tuvo en cuenta las consideraciones éticas: consentimiento informado a la institución, consentimiento informado de los participantes en la misma. Los datos obtenidos para la investigación fueron utilizados solamente con fines investigativos.

Resultados

En el diagnóstico realizado se obtuvo que de 192 discapacitados físicos, 93 (48,43%) presentaron limitaciones moderadas o totales para la realización de las actividades cotidianas, además que muchos de ellos presentaron discapacidad mental con 39,73%, siendo el género femenino predominante sobre el masculino con 105 pacientes para un 54,59 % y el grupo de edad fue el 35-59 con 52 para un 27,08 %. No se encontraron pacientes menores de 1 año. El factor de riesgo fue la dieta cariogénica con un 87,22%. La diabetes mellitus tipo II, fue la enfermedad de mayor incidencia. La clasificación epidemiológica de enfermo, fue la que predominó con un total de 134 pacientes, que representó el 69,79 %. El grupo de 35-59 años fue el más significativo en los enfermos con 70 (36,46 %). En el nivel básico de atención estomatológica en la atención primaria en periodoncia, estuvo por encima en el orden de necesidad con respecto a las demás con una cifra de 125 casos representando el 65,10. En la necesidad de tratamiento en el segundo nivel de atención se destacó, que la prótesis fue el servicio más requerido con un total de 55 para el 28,65 %. Las causas que mayormente conllevaron a los pacientes a padecer de discapacidad física motora estuvieron las amputaciones de miembros inferiores con un 35,44%, seguido de los accidentes vasculares encefálicos con 31,25%, enfermedad del Parkinson con 27,56%, esclerosis múltiple 2,15% y parálisis cerebral infantil 1,56%.

Entre las opiniones emitidas por el grupo de expertos sobre la estrategia se destacaron:

- Por ser un grupo priorizado, y sensible ante la sociedad cubana se considera necesaria la estrategia de intervención.
- La existencia de barreras arquitectónicas y la distancia muchas veces de los policlínicos y postas medicas con relación a los pacientes con limitaciones por discapacidad motora hacer pertinente la elaboración de una estrategia de atención.
- Una de las dificultades que existen para la atención de los pacientes con limitaciones es el traslado de los mismos a las clínicas por lo que esta propuesta de atención en el hogar sería fundamental para la solución de los problemas de salud bucal detectados.

Estrategia de atención estomatológica a personas con discapacidad física que presenten limitaciones en sus actividades.

Misión: lograr una atención estomatológica integral oportuna y continua a las personas con discapacidad física con limitaciones en su actividad, en sus hogares, mejorar los indicadores de salud del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente, a través del uso de los recursos disponibles, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación integral.

Visión: la estomatología ha logrado consolidar sus bases de trabajo, con un alto nivel gerencial, asistencial, epidemiológico, y docente-investigativo, alcanzando muy buenos

resultados en la calidad de los servicios que brindamos. Se aspira con la estrategia a mejorar la salud bucal de los pacientes discapacitados físicos, modificar de manera positiva los indicadores de salud de este grupo priorizado brindando servicios de excelencia elevando así su calidad de vida.

Objetivo: diseñar una estrategia de atención estomatológica que permita modificar el cuadro de salud bucal que presentan los pacientes con discapacidad física con limitaciones en su actividad.

Objetivos estratégicos.

1. Priorizar problemas de salud bucal encontrados en diagnóstico de salud.
2. Elaborar plan de acción y ejecución y ejecutar una eficiente planificación, organización, formación y uso racional de los recursos humanos, materiales y financieros a emplear en la estrategia.
3. Aplicar plan de acción y ejecución sobre los problemas y factores de riesgo hallados.
4. Lograr satisfacer las necesidades identificadas de la población con discapacidad física que tengan limitaciones en sus actividades.
5. Evaluar estrategia de atención estomatológica.

Limitaciones del estudio: la posible carencia de materiales dentales a utilizar así como material descartable durante el desarrollo de la estrategia. La no resolutivez de problemas que pudieran encontrarse específicamente en la especialidad de prótesis, que el paciente no coopere.

Escenario probable: todas las áreas de salud, que unidos a la voluntad política y de gobierno en el territorio, facilitara el accionar con nuevos enfoques.

Escenario pesimista: sistema socioeconómico seriamente afectado por el bloqueo imperialista, las influencias sobre el sector de la salud, provocan un deterioro asistencial, higiénico epidemiológico y docente investigativo, además de limitaciones de recursos en todas las esferas.

Escenario optimista: el ámbito socioeconómico y político ha experimentado un notable cambio. La voluntad política de cambiar los indicadores en este grupo priorizado además de ser una de las principales preocupaciones del estado y teniendo en cuenta lo científico una línea de investigación a desarrollar.

Prioridades: para garantizar la factibilidad del plan, se establecerán las prioridades según la matriz de priorización o Método de Ranqueo, utilizando los criterios: tendencia, frecuencia, gravedad, disponibilidad de recursos, vulnerabilidad y coherencia con la misión del que planifica.

Personal que ejecutará la estrategia: estomatólogo general integral, licenciada en atención estomatológica a la población, estudiante de 4to año de la carrera de estomatología.

Viabilidad política: el proyecto se corresponderá con las políticas locales y generales trazados en materia de salud, existiendo voluntad política por parte del gobierno y el partido.

Viabilidad económica: estará dada por la correcta planeación de recursos disponibles a emplear.

Sistema de evaluación: para evaluar la estrategia se tendrán en cuenta las actividades, los criterios, los métodos o instrumentos a utilizar y la periodicidad para su evaluación.

<p>Problemas identificados: nivel de conocimiento sobre salud bucal bajo. Indicaciones: a pacientes, familiares y cuidadores Contraindicaciones: ninguna Acciones o tratamiento: se organizará equipo con medios de enseñanza para ir a las casas de los afectados en esta variable a realizar actividades educativas. Las mismas se harán con una frecuencia semanal hasta que se hayan abordado los temas en los que se encontraron las dificultades. Instrumental empleado: ninguno Materiales gastables: hojas, cartulinas, lápices colores, tinta Ventajas: pocos recursos empleados, cambio de estilos de vida</p>
<p>Problemas identificados: estrías y fosas profundas Indicaciones: a todos los pacientes que cooperen y tengan estrías y fosas profundas Contraindicaciones: pacientes potencialmente no cooperativos, esmalte socavado, caries profunda alteraciones pulpares. Acciones o tratamiento: sellado de fosas y fisuras Instrumental empleado: Set de clasificación, espátulas platina de vidrio, aplicador de cemento Materiales gastables: Ionómero de vidrio, algodón, Sellantes de fosas y fisuras, guantes. Ventajas: Actividad preventiva ante la caries dental, proceder indoloro.</p>
<p>Problemas identificados: Caries en esmalte sin socavación Indicaciones: A todos los pacientes que cooperen Contraindicaciones: Pacientes potencialmente no cooperativos Acciones o tratamiento: remineralización del esmalte, fisurotomía o ameloplastia Instrumental empleado: Set de clasificación Materiales gastables: guantes, Sustancia s con flúor como componente activo, fresa , algodón Ventajas: Proceder indoloro, bajo costo</p>
<p>Problemas identificados: caries con socavación en dentina superficial y profunda Indicaciones: A todos los pacientes que cooperen Contraindicaciones: Pacientes potencialmente no cooperativos Presencia de un absceso, pulpa expuesta, cavidad muy profunda con probabilidad de exposición pulpar. Acciones o tratamiento: técnica restaurativa atraumática (TRA) la cual consiste en eliminar tejido sin utilizar agua, electricidad o la turbina. Instrumental empleado: Set de clasificación Espejo bucal, explorador, pinzas, curetas pequeñas y medianas, platina de vidrio, espátula y aplicador de cemento. Materiales gastables: Guantes, torundas y rollos de algodón, cemento de ionómero de vidrio autocurable, acondicionador de dentina, vaselina, cintas de celuloide, agua limpia. Ventajas: Económico, conserva tejido dentario sano, indoloro, no uso de piezas de mano, combinación de un tratamiento curativo y preventivo</p>
<p>Problemas identificados: Caries que compromete la pulpa pero no su vitalidad. Indicaciones: dientes permanentes jóvenes con ápices abiertos Contraindicaciones: Pacientes potencialmente no cooperativos, en dientes con pulpitis irreversible, dientes permanentes no vitales, con rarefacción ósea periapical y temporales Acciones o tratamiento: Pulpotomia en dientes vitales</p>

<p>Instrumental empleado: Set de clasificación, set de amalgama. Materiales gastables: Fresas, Hidróxido de calcio, policarboxilato, óxido de cinc y eugenol, amalgama, guantes, algodón, suero fisiológico Ventajas: Preservar pieza dentaria en cavidad bucal.</p>
<p>Problemas identificados: caries que compromete la pulpa y su vitalidad. Indicaciones: caries profundas particularmente proximales, de dientes temporales maduros y en los que tengan menos de 2/3 de reabsorción radicular. En exposición pulpar, en molares permanentes con formación completa de la raíz. Contraindicaciones: Reabsorción interna y externa avanzada en dientes temporales, hemorragia no controlable después de la amputación de la pulpa coronal, pulpitis irreversible Acciones o tratamiento: Pulpotomía en dientes no vitales Instrumental empleado: Set de clasificación, set de amalgama. Materiales gastables: fresas, formocresol, policarboxilato, óxido de cinc y eugenol, amalgama, guantes, algodón, suero fisiológico. Ventajas: Preservar pieza dentaria en cavidad bucal.</p>
<p>Problemas identificados: Sepsis bucal, celulitis facial odontógena, abscesos dentales frecuentes. Indicaciones: dientes con antecedentes de abscesos, gran destrucción coronaria, periodontopatías. se podrá proceder en el hogar siempre que sean dientes con movilidad Contraindicaciones: enfermedad sistémica o tome medicamento que puedan complicar el transoperatorio o postoperatorio. Acciones o tratamiento: exodoncia Instrumental empleado: Set de clasificación, set de exodoncia y fórceps según pieza dentaria. set de cirugía. Materiales gastables: Agujas cortas o largas, anestesia, gasa, hilo de sutura, tapón hemostático, quirurgín Ventajas: Evitar complicaciones que comprometan la vida del paciente</p>
<p>Problemas identificados: sarro supra e infragingival Indicaciones: sarro supra gingival e infra gingival localizado o generalizado Contraindicaciones: enfermedad sistémica o medicamentos que puedan complicar el transoperatorio o postoperatorio, no cooperación del paciente. Acciones o tratamiento: tartrectomía Instrumental empleado: Set de clasificación, set de tartrectomía Materiales gastables: quirurgín, cepillo y pasta profiláctica, anestesia tópica, gasa, guantes. Ventajas: mejorar la salud periodontal de los pacientes</p>
<p>Problemas identificados: maloclusión Indicaciones: pacientes con maloclusión que comprometan salud bucal Contraindicaciones: poca cooperación de pacientes o familiares Acciones o tratamiento: Promoción y control de factores de riesgo Instrumental empleado: set de clasificación. Materiales gastables: Hojas, cartulinas, lápices colores, tinta Ventajas: Evitar enfermedades como la caries y la periodontopatías.</p>
<p>Problemas identificados: desdentamiento parcial o total Indicaciones: pacientes con desdentamiento total, parcial que comprometan la salud bucal Contraindicaciones: poca cooperación de pacientes o familiares, pacientes con retraso mental severo, profundo, trastornos psiquiátricos, alergia a los acrílicos o materiales de impresión Acciones o tratamiento: promoción y control de factores de riesgo, rehabilitación protética</p>

<p>Instrumental empleado: set de clasificación , cubetas , medidor de Willis , plano de Fox, espátula y pozuelo de goma, piedras pulidoras</p> <p>Materiales gastables: hojas, cartulinas, alginato, yeso, acrílico, dientes de acrílico termocurable, cera útil, base plate, parafina, guantes</p> <p>Ventajas: evitar las disfunciones oclusales.</p>
<p>Problemas identificados: lesiones de la mucosa bucal</p> <p>Indicaciones: todo paciente que sea portador de úlceras, manchas aumento de volumen que no desaparezcan y sean indoloros</p> <p>contraindicaciones: paciente que no coopere , lesión mayor de 1 centímetro</p> <p>Acciones o tratamiento: Promoción de salud, examen de detección del cáncer bucal, control de factores de riesgo, interconsulta y remisión al nivel secundario de cirugía maxilofacial</p> <p>Instrumental empleado: Set de clasificación</p> <p>Materiales gastables: gasa, depresores linguales, guantes, quirurgín</p> <p>Ventajas: Evitar mortalidad del paciente por lesiones malignas</p>

Discusión:

Referente al diagnóstico realizado a la población discapacitada difiere este estudio con los realizados por Sueiro Sánchez ¹⁸ y Bravo Calzadilla¹⁹ donde el sexo femenino estuvo por encima del masculino y similar Pérez Bejarano²⁰ con el de pero respecto al grupo de edades fue semejante a Sueiro Sánchez ¹⁸ así como la dieta cariogenica como factor de riesgo.

Respecto a La clasificación epidemiológica predominaron los enfermos coincidiendo con Sueiro Sánchez¹⁸ y Bravo Calzadilla.¹⁹ Entre los problemas periodontales la gingivitis imperó en dichos pacientes donde Aguiar Fuentes²¹ obtuvo similares resultados, la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial como enfermedades sistémicas asociadas sobresalieron obteniendo Sueiro Sánchez¹⁸ equivalentes resultados, así como en la necesidad de tratamientos en la atención primaria. En la bibliografía consultada se encontró solamente un artículo relacionado con la atención de este tipo de pacientes en el hogar donde de manera general exponen los autores la necesidad de que no solo el odontólogo pueda realizar la tarea sino que propone la transferencia de las mismas a otros profesionales de la salud con el objetivo de organizar el proceso de trabajo de manera más eficiente, sino también minimizar los cuellos de botella en la atención dental para personas con discapacidad y necesidad de atención, sobre todo los que viven en hogares de atención residencial²² y no se encontró nada concerniente a las causas que generaron discapacidad motora con limitaciones moderadas o total para la realización de las actividades.

El resto de los artículos relacionados con el tema de estrategias se enfocan en una serie de cuidados y tratamientos en clínicas estomatológicas y sobre todo en pacientes retrasados mentales y otras son de intervención educativa.^{19, 23,24}

Al concluir el estudio la estrategia de atención estomatológica a personas discapacitadas física con limitación en la realización de actividades fue aceptada por su carácter científico-metodológico, su novedad y su pertinencia, al resolver los problemas de salud bucal de estas personas, modificando el cuadro de salud y elevando la calidad de vida.

Referencias bibliográficas:

1. Cobas Ruíz M, Zacca Peña E, Morales Calatayud F, Icart Pereira E, Jordán Hernández A, Valdés Sosa M. Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba. Rev. cub. salud pública [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2014 Mar 19]; 36(4): 306-310. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662010000400004>
2. Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad [sitio en Internet]. 2010 [citado 12 Ene 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/>
3. Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Dental and Oral Disorders. 2005 Versión internet, www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/
4. Suirsky J, Nunley J. Dental and medical considerations of patients with renal disease. J Calif Dental Assoc 1998; 26(10):763-70.
5. Lucente JM. Prótesis ortopédica intraoral en la rehabilitación de un paciente con falta de función manual. Rev Asoc Odontol Argent 1980;68(6):40
6. Bullón Fernández P, Machuca Portillo G. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Madrid: Editorial Laboratorio Norman, 1996.
7. Goerdts A. Prevención de discapacidades y rehabilitación. Rev de la OMS 1995;48(5):4. (Sáez Cuesta U, Castejón Navas I, Molina Escribano A, Roncero Goig M, Martínez Collado MA. Salud bucodental de los pacientes internados en el centro de atención a discapacitados psíquicos de Albacete. RevClinMedFam [Internet]. 2010 Feb [citado 20 Jun 2011];3(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000100006&lng=pt
8. Noticias de salud. Infomed al día. [sitio en Internet]. 2010 <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2013/06/01/unicef-estima-que-hay-93-millones-de-ninos-discapacitados-en-el-mundo/>
9. Bratos Calvo E. La enfermedad periodontal en un colectivo de pacientes minusválidos. Evaluación a doce años de un programa preventivo. Rev ROE 1996;1(7):515-22.
10. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral [Internet]. 2002 Sep-Dic [citado 7 Abr 2012];38(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000300006&script=sci_arttext
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: MINSAP; 2015.
12. Rodríguez Calzadilla A. Programa de atención estomatológica a la población con retraso mental. Rev Cubana de Estomatol 1990; 27(4):409-13.

13. Valdés Herrera MA. Pacientes discapacitados remitidos al servicio hospitalario que pueden ser tratados en la consulta ambulatoria convencional. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2008
14. Gispert Abreu Estela de los Ángeles. Personas con necesidades especiales. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2014 Mar 19]; 48(1):1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000100001&lng=es.
15. Sosa MC, Mójaiber A, Barciela MC, García M, Rojo M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. Ciudad de La Habana: Dirección Nacional de Estomatología; 2013
16. Guías prácticas de estomatología. Colectivo de autores. La Habana, 2005 Editorial Ciencias Médicas.
17. Otazú Aldana C, Perona Miguel de Priego G. REPORTE DE CASO. Técnica restaurativa atraumática: conceptos actuales. Rev. Estomatol. Herediana. 2005; 15(1).
18. Sueiro Sánchez Irma, Hernández Millán Ana, Díaz Sosa Giselle, Padilla Gómez Elsie, Díaz Sosa Claudia, Hernández Millán Zenia. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. Medisur [Internet]. 2016 Dic [citado 2018 Mayo 07]; 14(6): 717-726. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600007&lng=es.
19. Bravo Calzadilla M, Morán Estévez N, Cid Rodríguez MC, Pasarón Pérez MV, Díaz Martell Y. Evaluación de la Intervención Educativa "Tu sonrisa" en niños discapacitados. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 Mar-Abr [citado: 5 de abril 2018]; 39(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1695/3320>
20. Pérez Bejarano NM, Alarcón González VS, Ferreira Gaona MI, Díaz Reissner, C.; Duré P, Andriotti N, Moreno D, Galeano I, Mora A, Insfrán I, & Jara R. Estado de salud oral en discapacitados residentes en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orione, Paraguay. Int. J. Odontostomat., 10(1):69-74, 2016.
21. Aguiar Fuentes EG, Guerrero Castellón MP. "Retos de la salud bucal en niños con discapacidad en el Centro de Atención Múltiple No. 1 de Tepic, Nayarit." 2015.
22. Geuen M, Wessels M. Abstract An integrated care approach to ensure dental care for disabled and in need of care, especially those living in residential care homes . Int J Integr Care [Internet]. 2015 [citado abril 2018]; 15(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ijic.org>
23. Vilvey L, Díaz L, Sánchez L, Martínez M. Programa educativo de salud bucal en niños con necesidades educativas especiales. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [revista en Internet]. 2014 [consultado 2018 Abril 4]; 0(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/>
24. Perdomo B, Dávila A, Deysimar F, Marco M. Material educativo computarizado sobre salud bucal diseñado para sordos. Experiencia en Mérida, Venezuela. Multiciencias [Internet]. 2014 [citado 5 de abril 2018]; 14(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/>

ESTRATEGIA DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN CONTINUA DE LOS DOCENTES DEL POLICLÍNICO ÁREA III.

Yuleydi Alcaide Guardado¹. Yisel Alonso Vila². Janet Villafuerte Reinante³.

¹Licenciada en Educación. MSc en Educación Superior. Profesora Auxiliar. ²Especialista de segundo grado en MGI. MSc en Atención Integral a la mujer. Profesor Asistente. ³Especialista de segundo grado en MGI. MSc en Atención Integral a la mujer. Profesor Asistente.

Policlínico Docente Universitario Área III Cienfuegos

E-mail: yuleidyag@jagua.cfg.sld.cu

Resumen

Los resultados en la labor docente del profesional se materializan en la evaluación profesoral anual, el profesor es evaluado según los indicadores que la rigen. En correspondencia con lo antes planteado es necesario que el trabajo metodológico de los centros universitarios se proyecte en función de dar solución a las dificultades detectadas en los procesos de evaluación, para que se propicie el correcto desarrollo del proceso docente en este sentido y se pueda cumplir el fin y el objetivo que se plantea en este nivel de enseñanza.

Se realizó un estudio descriptivo cualitativo de corte pedagógico, en el que se hace un análisis documental actualizado sobre las principales dificultades metodológicas de los profesores del Área III durante el curso escolar 2015 – 2016, con el objetivo de diseñar una estrategia didáctica para la formación continua de los docentes del Policlínico Área III, perteneciente al municipio de Cienfuegos, que permita obtener mejores resultados en las evaluaciones profesorales y elevar el desempeño profesional pedagógico de los docentes que intervienen en este proceso.

La estrategia didáctica diseñada se corresponde con el diagnóstico realizado y los problemas que se afrontan y contribuye al desarrollo de las competencias docentes.

Palabras claves: estrategia didáctica, evaluación profesoral.

Summary

The results in the professional's educational work are materialized in the annual professorial evaluation; the professor is evaluated according to the indicators that govern it. In correspondence with the before outlined it is necessary that the methodological work of the university centers is projected in function of giving solution to the difficulties detected in the evaluation processes, so that the correct development of the educational process is propitiated in this sense and you can complete the end and the objective that he/she thinks about in this teaching level.

He/she was carried out a qualitative descriptive study of pedagogic court, in which one makes an up-to-date documental analysis on the main methodological difficulties of the professors of the Area III in the course 2015 - 2016, with the objective of designing a didactic strategy for the formation continiun of the educational ones of the Policlinic Área III, belonging to the municipality of Cienfuegos that allows to obtain better results in the professorial evaluations and the pedagogic professional acting of the educational ones that you/they intervene in this process to rise.

The designed didactic strategy belongs together with the carried out diagnosis and the problems that are confronted and it contributes to the development of the educational competitions.

Key words: didactic strategy, professorial evaluation.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la Educación Superior constituye un objetivo primordial del sistema educativo cubano, donde juega un decisivo papel la preparación y superación de los docentes, de tal manera que su profesionalización se valora como uno de los pilares esenciales para lograr la formación de las nuevas generaciones acorde a las exigencias de la sociedad.

La educación superior tiene que asumir un papel cada vez más protagónico en los retos colosales que enfrenta la humanidad, por lo que es necesario consolidar una universidad comprometida con la construcción de una sociedad en la que prime el humanismo, la justicia social y además dar continuidad al perfeccionamiento de la educación superior, identificando como una prioridad el fortalecimiento de la labor educativa.

El profesor universitario es el eje fundamental en el trabajo formativo, sin embargo, su preparación teórico-metodológica para poder llevar a cabo con éxito el proceso de formación en valores de los estudiantes es aún insuficiente y requiere de actualización a partir de la superación permanente de los docentes. (1)

Como componente esencial de la profesionalidad del docente está la función docente – metodológica, ella garantiza una educación de calidad dentro de la optimización del proceso docente - educativo y el desarrollo del modo de actuación profesional en las diferentes Formas Organizativas Docentes (FOD).

En Cuba la educación médica superior tiene la misión de formar un profesional integral "que, desde su perspectiva y su propio perfil profesional, posea una proyección cultural capaz de generar con sus capacidades, competencias, habilidades y valores, actividades de éxito para su país e insertarse eficientemente en el entorno internacional." (2)

La enseñanza de la carrera de Medicina desde el primer año de la carrera transcurre en los espacios propios de la atención primaria de salud, convirtiéndose el policlínico en el escenario formativo fundamental. Esta formación, ocurre en la propia comunidad, donde se forma un profesional con una alta calidad en los servicios que brinda a la población, en respuesta al encargo social del sistema cubano y gracias a la voluntad política del estado en correspondencia con la situación económica, social y comunitaria actual. (3)

En los policlínicos universitarios juegan un rol importante para el desarrollo de la docencia los profesionales de las ciencias médicas con categoría docente. Para el desarrollo exitoso de esa actividad se necesita una constante y orientadora preparación docente - metodológica, la que le corresponde realizar al equipo de trabajo docente del área de salud.

Para cumplir con lo expuesto es necesario que el profesor se actualice continuamente en los aspectos que rigen la pedagogía. Esta actualización se materializa mediante diferentes vías de superación, en las cuales el trabajo metodológico juega un papel fundamental.

"El trabajo metodológico tiene la misión de garantizar la interacción del docente con el objeto de la profesión; y diseñar estrategias o soluciones alternativas para elevar la calidad del proceso docente educativo en el área del conocimiento en que el profesor se desempeña, le permite vencer las expectativas y objetivos trazados durante el desarrollo del proceso." (4)

En esencia la función fundamental del trabajo docente - metodológico estriba en la formación de un profesional con sólidos valores patrióticos, preparados para enfrentar los cambios en el perfil de salud, en el sistema de servicios y el desarrollo científico – técnico. (2)

Los resultados en la labor docente del profesional se materializan en la evaluación profesoral anual, el profesor es evaluado según los indicadores que la rigen. En correspondencia con lo antes planteado es necesario que el trabajo metodológico del centro se proyecte en función de dar solución a las dificultades detectadas en los procesos de evaluación, para que se propicie el correcto desarrollo del proceso docente

en este sentido y se pueda cumplir el fin y el objetivo que se plantea en este nivel de enseñanza y contribuir a la formación continua del docente.

Por lo que este trabajo tiene como objetivo: diseñar una estrategia didáctica para la formación continua de los docentes del Policlínico Área III, perteneciente al municipio de Cienfuegos.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo cualitativo de corte pedagógico, en el que se hace un análisis documental actualizado sobre las principales dificultades metodológicas de los profesores del Área III en el curso 2015 – 2016, con el objetivo de diseñar una estrategia didáctica para la formación continua de los docentes del Policlínico Área III, perteneciente al municipio de Cienfuegos, que permita obtener mejores resultados en las evaluaciones profesoras y elevar el desempeño profesional pedagógico de los docentes que intervienen en este proceso.

La investigación se desarrolló con el consentimiento informado de la dirección de la institución y de los docentes del centro que participaron en ella.

Se utilizó la encuesta (Anexo 1) como método empírico la que se aplicó a los 43 profesionales que se desempeñan en la atención primaria de salud realizando las funciones de docencia para medir variables como: edad, años de experiencia como docentes, carrera a la que imparte clases, categoría docente, grado académico. Para la recolección de los datos referentes a la calificación obtenida en cada indicador que conforma la evaluación profesoral, se utilizó el modelo resumen que se recoge anualmente. Los datos se procesaron en el programa Excel Versión 2003 perteneciente al paquete ofimático Microsoft Office. Los datos se presentan en tablas y gráficos mediante frecuencias absolutas (números) y relativas (porcentajes).

Las reflexiones que realizamos desde la dimensión constructivista del conocimiento a partir del procedimiento histórico – lógico y analítico sintético, tuvo como eje central aquellas ideas que en torno al sistema de principios de la enseñanza se aplican en los centros de educación médica superior, basadas en la teoría del conocimiento marxistaleninista, el ideario pedagógico cubano y las ideas martianas que fundamentan el contenido del mismo

Resultados

En el curso escolar 2015 – 2016 en el policlínico docente Área III se evaluaron 43 profesores los que representan el 13,6% de los profesionales de la institución. La encuesta aplicada arrojó los resultados siguientes:

El promedio de edad de los docentes es de 44 años lo que demuestra que tienen experiencia laboral acumulada. La carrera con mayor número de docentes es Medicina con 52%. (Tabla 1)

Tabla 1. Profesionales docentes por carreras. Policlínico Docente Área III. 2016

Carreras	Docentes por carreras	%
Medicina	22	52
Enfermería	7	16
Tecnología	6	14
Estomatología	5	12
Psicología	3	6
Total	43	100

Fuente: Encuesta.

El 53% de los docentes posee la categoría docente de asistente, el 38% de instructor y el 9% de Auxiliar no existen profesores titulares.

Al analizar los "Años de experiencia en la docencia" se obtuvo que la mayor cantidad de los docentes del claustro (31) tienen una experiencia mayor de 5 años, sin embargo, existe un predominio de profesores asistentes y no de auxiliares como debería ser por los años acumulados en la función docente.

Según la encuesta aplicada se constata que el 29% de los docentes poseen el título de máster, lo que representa una fortaleza para el claustro. Al indagar sobre la calificación obtenida en la evaluación profesoral se arrojan los resultados siguientes: el 72% de los profesores obtuvo la evaluación de Bien y no hubo docentes evaluados de Mal.

Se realizó un análisis de la calificación obtenida en cada indicador de la evaluación profesoral, para reflejar el comportamiento de cada uno. Se pudo determinar que la principal dificultad estuvo centrada en el bajo índice de publicaciones científicas y en la presentación de resultados científicos en eventos.

En la pregunta relacionada con las "Necesidades de superación pedagógica" los profesores expresaron las siguientes: actualización en metodología de la investigación, redacción de artículos científicos, metodología para elaborar el informe sobre problemas de la ciencia necesario para realizar el cambio de categoría docente, curso de Inglés. Además, sugieren retomar nuevamente el curso Básico de Pedagogía para ampliar los conocimientos en temáticas como: componentes del proceso de enseñanza aprendizaje, interdisciplinariedad, la función del tutor, extensión universitaria y la formación de valores.

Discusión

La función social de la educación superior en el siglo XXI continúa siendo el desarrollo de los recursos humanos en aras de formar un profesional capaz de enfrentarse a las demandas sociales, a los adelantos científicos-técnicos y al uso de las nuevas

tecnologías, de forma que se convierta en un actor y promotor activo del desarrollo sostenible de la humanidad.

En Cuba la educación médica superior tiene la misión de graduar un profesional integral "que, desde su perspectiva y su propio perfil profesional, posea una proyección cultural capaz de generar con sus capacidades, competencias, habilidades y valores, actividades de éxito para su país e insertarse eficientemente en el entorno internacional." (2)

En el desempeño de la función docente un papel fundamental le corresponde al trabajo metodológico. Este constituye la vía principal para la preparación de los profesores con vista a lograr la apropiación del modo de actuación profesional, concretándose al sistema de influencias que permiten dar cumplimiento a las direcciones principales del trabajo educacional, así como a las prioridades de cada educación y así dar continuidad a su formación docente.

Enseñar y, sobre todo educar, formar valores, desarrollar una ética, una actitud ante la vida, no es una tarea simple, y este reconocimiento obliga a introducir nuevas exigencias en la formación inicial y permanente de los profesores, con el fin de cambiar sustancialmente la idea que se tiene acerca del trabajo docente.(5 - 6)

La concepción de la asistencia médica cubana desde los servicios de salud, donde se integra el proceso formativo de los recursos humanos en este sector, a través de la triada asistencia médica - docencia- investigación, determina que las acciones que se realicen en función de la mejora de cualquiera de estos tres componentes, necesariamente repercute de forma positiva en el desarrollo de los otros, así comprendemos que si el modelo permite elevar el desempeño profesional pedagógico de los docentes que intervienen en este proceso necesariamente desde la visión de la salud mejorará la calidad de la atención médica en el presente y en el futuro, mediante la práctica de los recursos que hoy se están formando en las facultades y aulas. (7)

Se pudo determinar que la gran mayoría de los profesores del Policlínico Área III tienen más de 5 años de experiencia en la labor docente, lo que coincide con el estudio realizado por Linares Cordero y otros en el municipio Playa. Los claustros fortalecidos y con experiencia acumulada son potencias en conocimientos y habilidades, demostrado en la práctica y en su actuar diario, pero esto lo determina en gran medida el papel de la formación continua de cada docente. (8)

Para impartir docencia se requiere de un docente preparado, de él depende la calidad del egresado. El profesor debe poseer amplios conocimientos de la Pedagogía, de sus leyes y principios, ya que esta ciencia estudia precisamente la educación del hombre, que lo prepara para la vida y para el trabajo; de igual manera dominar elementos de didáctica, que es la que se ocupa de la dirección, orientación, planificación y realización del proceso de enseñanza aprendizaje.

Una gran parte del claustro de profesores del Área III es máster, pero aún es deficiente su formación científica, pues no contamos con Doctores en Ciencias, aunque se

encuentra realizado el levantamiento según las potencialidades de cada docente. Con relación a la categoría docente se puede apreciar que no hay tránsito hacia las categorías superiores. La principal causa de esta debilidad se enmarca esencialmente en el número de publicaciones de resultados científicos, lo que se le señala en su evaluación profesoral y no permite que obtenga la máxima calificación en el indicador que corresponde.

Investigaciones consultadas han demostrado que sus claustros tienen insuficiente formación docente, tal es el caso del Dr. García Núñez (9), pero sin embargo una buena formación científica, lo que difiere de otros estudios como el realizado por la Dra. Acosta Alonso donde la preparación científica de sus profesores es deficiente, lo que influye en la calidad del proceso enseñanza aprendizaje. (10)

Se realizó un análisis de la calificación obtenida en cada indicador de la evaluación profesoral, para reflejar el comportamiento de cada uno, la evaluación que predomina es la de Bien. Si se toma en cuenta este resultado el claustro docente tiene buena preparación, pero si lo comparamos con el anterior curso no hay avance en cuanto al valor obtenido en cada indicador y, precisamente la función del departamento docente se enmarca en preparar continuamente a sus profesores, tiene la misión de formar un profesional integral, capaz de enfrentarse a los adelantos científicos-técnicos y al uso de las nuevas tecnologías. La formación continua del docente debe basarse en las necesidades de aprendizaje, intereses y motivaciones de cada profesional, ya sean individuales o colectivas.

El rol profesional del docente universitario exige la integración de la investigación y de la docencia, ambas con un nivel de excelencia, de modo tal que ser un buen investigador no sea excluyente de ser un buen profesor. Al contrario, el buen profesor incluye al investigador de su especialidad a la par que denota la posesión de las competencias propias para la intervención en la superación sistemática de todos los profesores de los centros de educación superior (CES) adscritos al Ministerio de Educación Superior (MES), constituye una tarea de gran importancia y necesidad para preservar, enriquecer y potenciar los logros que ha tenido ese nivel educacional en el país. (11)

Aunque los resultados reflejados muestran que la evaluación profesoral predominante de los docentes es de Bien, el análisis realizado por los miembros del Departamento Docente y de la Dirección de la Institución determinaron que no hubo avance en los resultados finales obtenidos, por lo que se decide diseñar una estrategia didáctica para la formación continua de los docentes que permita obtener mejores resultados en las evaluaciones profesorales y elevar el desempeño profesional pedagógico de los docentes que intervienen en este proceso. (Anexo 2)

En el contexto concreto de la Pedagogía se entiende por estrategia pedagógica a "la concepción teórico práctica de la dirección del proceso pedagógico durante la transformación del estado real al estado deseado, en la formación y desarrollo de la personalidad, de los sujetos de la educación, que condiciona el sistema de acciones

para alcanzar los objetivos, tanto en lo personal, lo grupal como en la institución escolar". (8)

El trabajo metodológico constituye una vía fundamental para la superación permanente de los profesores. Este se sustenta en las concepciones didácticas y tiene como función planificar, organizar, regular y controlar el proceso docente-educativo. Su objetivo esencial es optimizar el nivel político-ideológico, científico-teórico y pedagógico del personal docente en las diferentes instancias y niveles de enseñanza como factor indispensable para el desarrollo con calidad del proceso docente-educativo. (12)

Asimismo, por su carácter dialéctico, científico, sistémico, sistemático y participativo, debe asegurar la coordinación entre los profesores de cada asignatura mediante el trabajo del departamento docente y los colectivos de asignaturas, y entre disciplinas a través de los comités horizontales o verticales. (2)

Las actividades metodológicas que se propongan en la estrategia deben ser planificadas, organizadas, ejecutadas y controladas acertadamente, de esta forma los resultados mejoran y así los docentes van perfeccionando su trabajo, lo que se comprueba en la práctica cuando los estudiantes logran un aprendizaje de mayor calidad.

Actualmente se reconoce la imposibilidad de proporcionar, en un tiempo determinado, "todos" los conocimientos y habilidades que serán necesarios para el adecuado desempeño de cualquier profesional. Además, las demandas sociales cambian más rápidamente que los sistemas educativos. Es necesario proporcionar estrategias pedagógicas, de forma que puedan utilizarlas de manera independiente, flexible y creadora. (13)

Las actividades que se realizan de forma permanente por los docentes con vista a garantizar su formación continua y el óptimo desarrollo del proceso docente – educativo, deben constituir la vía principal en la preparación de los docentes para lograr que se concreten de forma integral el sistema de influencias que ejercen en la formación de los estudiantes para cumplir las principales direcciones del trabajo educacional y las prioridades de la enseñanza.

La formación continua a los docentes requiere de la ejecución de otras actividades metodológicas que contribuyan a la calidad del trabajo docente-educativo, las actividades que se elaboran en esta estrategia se pueden evaluar como dinámicas e interactivas, además se vinculan con otras instituciones como: casas de culturas, centro de jóvenes talentos, músicos, creadores, escritores, etc.

La implementación de esta estrategia didáctica refuerza la idea de Fidel de que: "En la medida en que un educador está mejor preparado, en la medida en que se muestra su saber, su dominio de la materia, la solidez de sus conocimientos, así será respetado por los alumnos y despertará en ellos el interés por el estudio, por la profundización en los conocimientos, un maestro que imparte clases buenas promoverá el interés en el estudio de sus alumnos... si se quiere ser una potencia médica se debe ser una potencia en la superación de los profesores, los que tienen que arreglárselas para que el hombre aprenda con un método pedagógico correcto". (14)

CONCLUSIONES

Se concluye que se determinaron las necesidades de formación continua de los docentes a partir de sus criterios emitidos. El estudio permitió el diseño de una estrategia didáctica para la formación continua que permita obtener mejores resultados en las evaluaciones profesoraes y elevar el desempeño profesional pedagógico de los docentes que intervienen en este proceso, queda pendiente para la próxima investigación su aplicación y evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Socarrás Sánchez Sonia. Estrategia para capacitar en el trabajo educativo a los profesores guías de la universidad médica camagüeyana. Rev Hum Med [revista en la Internet]. 2010 Ago [citado 7 Jun 2013] ; 10(2): [aprox.17p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-
2. Texidor Pellón R, Reyues Miranda D. El trabajo metodológico y su papel en la superación permanente de los profesores de Inglés de la Universidad de Ciencias Médicas. Educ Med Sup [Rev en la Internet].2012 [citado 6 julio 2014];26(2): [aprox.10p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/26/22>
3. Alonso-Díaz N. Evolución dialéctica de la función docente educativa del especialista en Medicina General Integral. Educación Médica Superior [revista en Internet]. 2013 [citado 2014 Ago 13]; 27(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/329>
4. Delgado Abreu, Guerra Garcés. Sugerencias Metodológicas para el Vínculo de los Principios de la Contabilidad Generalmente Aceptados y el Código de Ética del contador. En: Contribuciones a la Economía, junio 2009. [citado 12 mayo 2012]. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2009a/>
5. Vecino Alegret F. La universalización de las universidades: retos y perspectivas, conferencia magistral ofrecida en el evento internacional Pedagogía 2003. La Habana; 2003.
6. Vecino Alegret F. La universidad en la construcción de un mundo mejor. Conferencia magistral ofrecida en la inauguración del IV congreso internacional de la educación superior Universidad 2004. La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2004
7. Oramas-González R, Jordán-Severo T, Valcarcel-Izquierdo N. Propuesta de modelo del profesor universitario en la carrera de Medicina. Educación Médica Superior [revista en Internet]. 2012 [citado 2014 Ago 13]; 26(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/86>
8. Linares-Cordero M, Cruz-Estupiñán D. Estrategia de superación pedagógica para docentes de la carrera de Medicina. Educación Médica Superior [revista en Internet]. 2013 [citado 2014 Ago 13]; 27(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/324>

9. García RD. Sistema de acciones para perfeccionar las competencias docentes básicas del tutor en la atención primaria de salud [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
10. Acosta Alonso NM, Sabaté Amaral AM , Valdés Mesa PG , Rivero Canto O , Marty Jiménez IM, Hernández Torés N Estrategia de superación para perfeccionar la labor del tutor en los estudiantes de Medicina de la Filial de Ciencias Médicas de Morón. MEDICIEGO [Rev en la Internet].2010; 16(Supl. 2): [aprox.10p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/index.html>
11. Vidal Ledo María, Hernández García Luis. Superación profesoral. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2014 Ago 13] ; 25(2): 206-216. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412011000200017&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412011000200017&lng=es)
12. García Batista G. El trabajo metodológico en la escuela. Una perspectiva actual. En: Fátima Addine Fernández. Didáctica: teoría y práctica. Compilación. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2004.
13. Iglesias Ramírez BA. Trabajo Metodológico. [citado 20 julio 2014]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/ppt/sitios/histologia/trabajopedagogico.ppt>
14. Vázquez Almoguera E , Pérez Espinosa L M , Bruce Diago N .Alberro Fernández M . Estrategia de superación para los profesores de las 1Sedes Universitarias Municipales de las Ciencias Médicas sobre la evaluación del aprendizaje en la disciplina Morfofisiología. MEDICIEGO [Rev en la Internet].2011; 17(Supl. 2)[Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/index.html>

Anexo 1. Encuesta a profesores

Objetivo: Determinar las necesidades de formación continua de los docentes.

La siguiente encuesta es parte de una investigación que se está realizando por el departamento Docente del Policlínico Área III. Necesitamos que sea lo más sincero posible para lograr el éxito. Gracias.

1. Edad: _____
2. Carrera a la que imparte docencia: _____
3. Categoría Docente: _____
4. Años de experiencia en la docencia:
Menos de 1 ___ De 1 a 4 ___ De 5 a 9 ___ Más de 10 ___
5. Marca con una X si posees grado académico. Sí ___ No ___
6. Marca con una X la evaluación profesoral obtenida en el curso docente 2015– 2016.
E ___ B ___ R ___ M ___
7. Enumera las principales necesidades de superación de carácter pedagógico que tengas de acuerdo a los señalamientos en tu evaluación profesoral. _____

Anexo 2. Estrategia didáctica para la formación continua de los docentes del Área III.

Para la elaboración de la estrategia se tuvieron en cuenta dos etapas, las que a continuación se describen.

Primera etapa o diagnóstico:

Objetivo: Diagnosticar las necesidades de superación de los docentes en la Sede Universitaria.

A partir del estudio de los documentos que rigen la actividad metodológica en la sede universitaria Área III y las evaluaciones profesorales, se pudo identificar las necesidades de aprendizaje de los profesores.

Esta propuesta de estrategia está orientada a que los profesores alcancen un nivel de conocimiento adecuado sobre aspectos metodológicos, por eso en esta etapa se establece el primer contacto con los participantes.

Segunda Etapa o de diseño:

Objetivo: Diseñar una estrategia didáctica para la formación continua de los docentes.

A partir de los resultados obtenidos en la primera etapa se diseñó la estrategia didáctica la que fue presentada y aprobada por la dirección de la institución, para su confección se tuvo en cuenta: estructuración, metodología a utilizar, identificación de los principales problemas y la priorización de los problemas.

A continuación, se sugiere la estrategia didáctica la que pudiera ser útil para reflexionar sobre cómo dar continuidad a la formación continua del profesor de las sedes universitarias, de manera que contribuya a su superación permanente, a elevar la calidad del proceso docente-educativo y con ello obtener resultados satisfactorios en la evaluación profesoral.

Para la estructuración de la estrategia se tuvo en cuenta los indicadores que rigen la evaluación profesoral.

Indicador: Trabajo docente – educativo

Objetivo: Potenciar la preparación de los profesores para su labor docente – educativa a partir de la óptima utilización de las formas y tipos de trabajo metodológico integrando los componentes del sistema.

Acciones:

- Taller científico: “El papel de la formación de valores en el estudiante de las ciencias médicas”.
- Tarde científica: “Experiencias docentes en la formación de valores”.
- Incentivar el desarrollo de investigaciones pedagógicas.

Indicador: Trabajo docente – metodológico

Objetivo: Alcanzar niveles superiores en la preparación docente - metodológica de los profesores para su desempeño en su labor docente – asistencial.

Acciones:

- Diagnóstico del estado actual de la proyección, ejecución y evaluación del trabajo metodológico en la sede para su inclusión y tratamiento en el plan de trabajo docente metodológico.
- Impartir tema metodológico: “La Educación en el Trabajo en la APS y sus tipologías”.
- Impartir el “Curso Básico de Pedagogía”.
- Impartir el Diplomado: “Conducción Integral del Aprendizaje”.
- Impartir taller metodológico: “Apuntes sobre evaluación”.
- Impartir taller metodológico: “El papel del tutor en la APS”.
- Desarrollar actividades metodológicas, con el fin de dar respuesta a las dificultades docentes – metodológicas detectadas a los profesores.

Indicador: Trabajo científico – metodológico

Objetivo: Contribuir a la formación científico metodológica de los profesores potenciando su activa actividad investigativa sobre su desempeño docente – asistencial.

Acciones:

- Diagnóstico de la inclusión y tratamiento de la tutoría de trabajos científicos en el plan de desarrollo individual del profesor.
- Impartir curso de Metodología de la investigación para los profesores.
- Propuesta de las posibles líneas a investigar mediante el desarrollo del trabajo científico metodológico del profesor y plasmarlo en el plan de desarrollo individual.
- Impartir curso de Redacción de Artículos Científicos.
- Tarde científica: Publicaciones: actualidad y desafíos.

Indicador: Superación

Objetivo: Contribuir a la formación continuada de los profesionales para su desempeño en su labor docente – asistencial.

- Plasmar en el Plan de Desarrollo Individual las necesidades de aprendizaje de cada profesor para coordinar los cursos de superación.
- Coordinar con otros centros de estudios de Educación Superior territorio la participación en cursos, diplomado o maestrías que tengan en convocatoria.

Indicador: Extensión Universitaria

Objetivo: Potenciar la preparación de los profesores para la realización de actividades de extensión universitaria.

- Participar en conjunto con los estudiantes en las actividades de prevención de las ITS.
- Taller científico: Metodología para las actividades de extensión universitaria. Coordinar con el INDER actividades y encuentros deportivos.

Acciones de divulgación:

- Divulgar las actividades en los murales y en la página web del área de salud.

Esta estrategia puede sufrir adecuaciones en dependencia de las necesidades de cada institución.

TÍTULO: ESTRATEGIA PARA SOSTENIBILIDAD DEL CLAUSTRO EN LA CARRERA DE MEDICINA A PARTIR DEL PLAN DE MEJORA.

AUTORES:

MCs. Dra. Mabel Rocha Vázquez, mabelrv@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Master en Educación Médica.

Dra. C. Norma Mur Villar, dirfp@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Doctora en Ciencias.

RESUMEN:

Resumen: Fundamento: El desarrollo de los docentes es uno de los puntos más importantes de la gestión de instituciones escolares considerando que detrás de cualquier mejora significativa en la universidad subyace la actividad del profesorado.

Objetivo: Diseñar una estrategia para asegurar la sostenibilidad del claustro en la carrera de Medicina. **Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación descriptiva en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Se emplearon métodos del nivel teórico y del nivel empírico. **Resultados:** La Estrategia propuesta consta de cuatro etapas: Diagnóstico del estado actual del claustro, Conceptualización de los rasgos constituyentes, Declaración de las acciones a desarrollar, Construcción de indicadores y evaluación. Cada etapa tiene sus objetivos correspondientes, indicadores, criterios de evaluación, acciones para cada criterio, grado de consecución, niveles de desempeño, plazos de ejecución e instancias implicadas. **Conclusiones:** La estrategia se destaca por el carácter integrador, el enfoque sistémico y holístico del problema tratado. Constituye además una guía para que cada nivel de dirección del proceso diseñe y desarrolle una estrategia propia que permitirá la sostenibilidad del claustro de la carrera y el mejoramiento continuo de la calidad. En la validación realizada existió consenso en su pertinencia, novedad, viabilidad y la posibilidad que ofrece de integración de los niveles de dirección y organizativos para el trabajo metodológico.

Palabras clave: sostenibilidad claustro, estrategia, carrera medicina.

INTRODUCCIÓN:

La Universidad del siglo XXI trabaja para dar cumplimiento a tres principios fundamentales que son: la excelencia, la calidad y la pertinencia, este último es el principal indicador a medir, pues en la medida que se satisfagan las necesidades de la sociedad, se garantiza la calidad y excelencia de la universidad, de sus procesos y sus resultados (1- 3).

Para certificar la calidad, la evaluación y la acreditación de instituciones y programas se presenta como un recurso tendente a enfatizar la responsabilidad institucional y la rendición de cuentas. Algunos autores hacen referencia al qué y al por qué de la calidad, pero pocos al cómo hacer para obtenerla.

En Cuba la acreditación de programas en la Educación Superior se asume como un proceso continuo y sistemático de autoevaluación y evaluación externa, que se rige por criterios basados en el juicio que se emite sobre un programa, a la luz de los objetivos propuestos, y que permite garantizar la calidad e integridad de los procesos de formación y superación de los recursos humanos en su escenario docente (1, 4).

Teniendo en cuenta la visión interna de la unidad evaluada y la visión de los evaluadores externos, el equipo responsable de la unidad formula las propuestas de mejora que negociará con los responsables de la institución. Por tanto, el plan de mejoras integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de la organización, para que sean traducidos en

un mejor servicio percibido. Dicho plan posibilita identificar las causas que provocan las debilidades detectadas en cada variable y sirve de base para la detección de mejoras, además de permitir el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como, la incorporación de acciones correctoras ante posibles contingencias no previstas.

Dentro de las cinco variables de calidad que define el sistema de evaluación y acreditación de carreras universitarias (SEA- CU) se encuentra la variable profesores y personal auxiliar, en la cual se centra el presente trabajo teniendo en cuenta que la buena gestión de un programa depende esencialmente de los profesores que lo imparten. La gestión de los recursos humanos (profesores) a través de la identificación del potencial de actuación favorece el proceso de formación y a las personas que lo integran, de ahí que particularizar en la sostenibilidad del claustro es un encargo de particular importancia.

La sostenibilidad no constituye un fin en sí misma, se hace necesario argumentar qué se quiere hacer sostenible. En este sentido, si se pretende procurar la sostenibilidad del claustro se hace necesario tener una noción de sus constituyentes.

A los efectos de la presente investigación se asume la sostenibilidad del claustro como la sistematización de acciones dirigidas al mantenimiento y mejora de los indicadores que exhibe el claustro de la carrera evidenciando el auténtico progreso del claustro actual y futuro.

La sostenibilidad aplicada a la estrategia para mejorar la calidad en la carrera de Medicina, va más allá del cumplimiento de las obligaciones profesoras, siendo de vital importancia el aumento en la inversión del capital humano para lograr una sólida preparación educativa, científico-tecnológica y profesional, evidenciada en su maestría pedagógica, producción científica y especialmente en su modo de actuación.

En la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos la guía de evaluación se utiliza como un instrumento de gestión cotidiana y sistemática para el aseguramiento y mejoramiento continuo de la calidad.

La información que genera este instrumento pone de manifiesto que existen brechas para trabajar la sostenibilidad del claustro de manera uniforme y cada colectivo pedagógico le imprime una manera de hacer en función del nivel alcanzado de generalidad, esencialidad y sistematicidad.

Teniendo en cuenta los referentes anteriores se plantea como problema de investigación la siguiente interrogante:

¿Cómo contribuir a la sistematización de las acciones que aseguren la sostenibilidad del claustro de la carrera de Medicina a partir del plan de mejoras?

Objetivo Diseñar una estrategia para asegurar la sostenibilidad del claustro en la carrera de Medicina a partir del plan de mejoras.

DESARROLLO:

DISEÑO

Se realizó una investigación descriptiva en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de Cienfuegos durante el curso escolar 2016- 2017. Participaron 442 profesores que pertenecen al claustro de la carrera y que constituyen actores responsables de implementar, seguir y evaluar la estrategia.

Se aplicaron métodos en los niveles empíricos, teóricos y estadísticos matemáticos.

Teóricos.

- **Análisis - síntesis:** Se utilizó para analizar el Sistema de Evaluación y Acreditación de Carreras Universitarias, en lo adelante, SEA-CU y el Plan de Estudios de la carrera de Medicina con vistas a diagnosticar el estado actual del claustro.
- **Histórico-lógico:** Se utilizó para buscar tendencias y regularidades en el proceso de autoevaluación y evaluación externa con vista a precisar y caracterizar los rasgos constituyentes.

Empíricos.

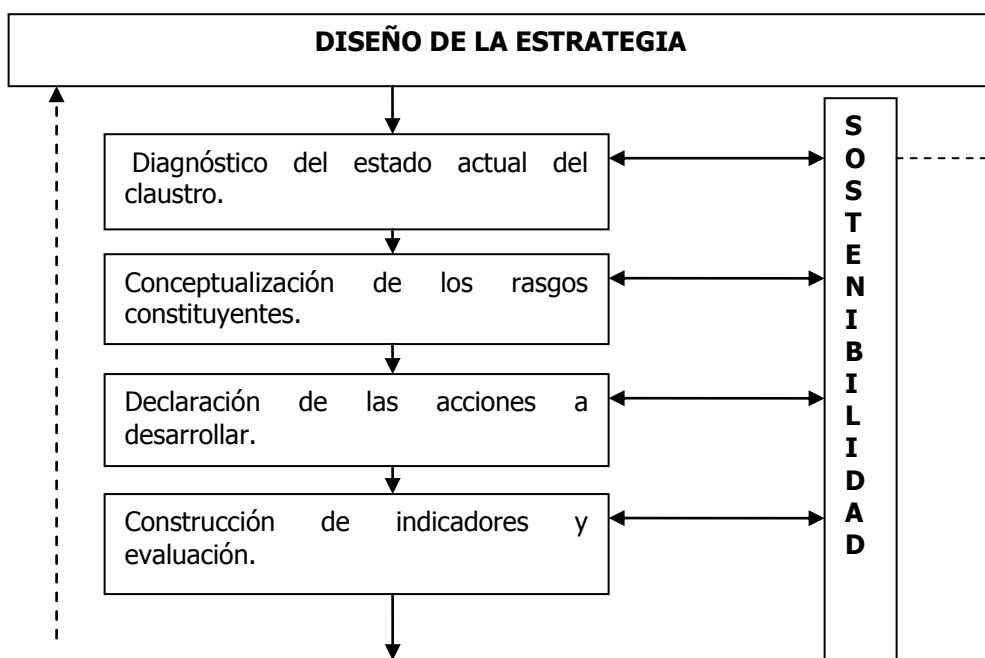
- **Análisis de datos y documentos:** Se utilizó con el objetivo de realizar una amplia revisión de documentos rectores del proceso de evaluación y acreditación, así como, del trabajo metodológico en la educación superior como: SEA-CU, Resolución 210/200 y Plan de Mejoras.
- **La entrevista:** Posibilitó conocer las cualidades de educador y el desarrollo científico pedagógico de los profesores.
- **La encuesta:** Permitió profundizar en el diagnóstico sobre la visibilidad de los resultados científicos de los profesores que integran el claustro de la carrera.
- **Método de ranqueo:** Permitió priorizar los problemas identificados en el diagnóstico.
- **Método criterios de especialistas:** Se aplicó con el objetivo de validar la estrategia. La selección se realizó dentro de los profesores que han tenido experiencia previa en procesos de acreditación, de manera rigurosa y bien definida con el cálculo de los coeficientes de competencia y argumentación.
- **Coeficiente de competencia:** El 40 % de los especialistas son directivos docentes, el 60 % restante son metodólogos, el 100 % tienen más de 15 años en la docencia.
- **Coeficiente de argumentación:** Todos los especialistas poseen varias publicaciones en revistas especializadas en los últimos 5 años, el 100 % han dirigido Tesis de Maestría y /o Especialidad.

Por lo antes expuesto el coeficiente de competencia promedio calculado supera el 85 %, lo que garantiza una competencia alta de los especialistas seleccionados.

La estrategia está compuesta por un objetivo general, cuatro etapas, indicadores, objetivos para cada indicador, criterios de evaluación, acciones para cada criterio, grado de consecución, niveles de desempeño, plazos de ejecución e instancias implicadas.

Etapas de la estrategia

- E 1. Diagnóstico del estado actual del claustro
- E 2. Conceptualización de los rasgos constituyentes
- E 3. Declaración de las acciones a desarrollar.
- E 4. Construcción de indicadores y evaluación.



*Figura 1. Etapas de la Estrategia de sostenibilidad del claustro.
Fuente: Elaboración propia*

Caracterización de cada etapa

E 1. Diagnóstico del estado actual del claustro.

Objetivos:

- Identificar las fortalezas y debilidades que caracterizan al claustro de la carrera.
- Jerarquizar los problemas existentes como resultante de las debilidades identificadas.

El grupo de trabajo estuvo conformado por 16 profesores.

Para jerarquizar los problemas prioritarios se utilizó el método de ranqueo teniendo en consideración tendencia, frecuencia, gravedad, disponibilidad de recursos, vulnerabilidad y coherencia con la misión. La técnica establece un valor entre 2 y 0 para cada uno de los problemas seleccionados y para cada indicador de los expuestos. El valor 2 se le otorga a: alta frecuencia, alta gravedad, alta repercusión en la población, alta afectación en los recursos disponibles, tendencia ascendente y alta vulnerabilidad. El valor 1 se le otorgará a cada uno de los criterios que se cumplan en parte; y 0 para los que no se cumplan. Se suman los valores otorgados por cada participante en el grupo y se promedia el resultado. Esta operación se repite para cada indicador y para cada problema detectado. Finalmente se suman los valores obtenidos para cada problema y se ordenan. Los problemas se ubican comenzando por el de mayor puntuación y terminando por el que posee la menor y así quedan organizados por orden de prioridad.

E 2. Conceptualización de los rasgos constituyentes.

Objetivo:

- Definir cada rasgo a tener presente en la estrategia de modo que se garantice el entendimiento del contenido y sea comprensible por todo el colectivo de profesores.

- Identificar los rasgos constituyentes a considerar en el proceso de la sostenibilidad.

E 3. Declaración de las acciones a desarrollar.

Objetivo:

- Definir las acciones a desarrollar para garantizar el desarrollo del claustro presente y futuro.

Se realizó a través de un proceso reflexivo mediante el cual cada involucrado participó conscientemente. Con la información resultante de la entrevista se recogieron las propuestas, y posteriormente se listaron y dieron a conocer todas las acciones.

E 4. Construcción de indicadores y evaluación.

Objetivo:

- Elaborar indicadores para medir y evaluar el progreso de cada una de las acciones. El indicador permite comparar en cada momento el nivel o grado de calidad de una característica o de un parámetro con respecto a los niveles preestablecidos. A partir de este concepto se desarrolló el proceso de elaboración

RESULTADOS

Diagnóstico del estado actual del claustro:

El claustro se distingue por su ejemplaridad, ética, preparación integral e influencia en la formación, reconocida por estudiantes y directivos. De los 442 docentes de la carrera el 37.10% son Doctores en Ciencia o especialistas de segundo grado, aunque sólo el 3,39% del claustro posee el grado científico de Doctor en Ciencias, lo que es aún insuficiente en relación con el potencial existente. En este sentido se debe añadir que ya existe una estrategia de formación doctoral con docentes comprometidos que debe posibilitar revertir la situación a mediano plazo. El 83.81 % del resto del claustro es master o especialista y el 42.31% es profesor titular o auxiliar.

Las investigaciones desarrolladas en los últimos cinco años se distinguen por su impacto económico y social en respuesta a temas priorizados que constituyen problemas de salud importantes en el territorio. La vinculación de estudiantes y egresados a las investigaciones evidencia la articulación entre el pregrado y el postgrado en la formación.

El desarrollo de 38 especialidades con más de 200 egresados y más de 250 graduados de master en el quinquenio evidencia la amplia formación académica, que se distingue por los niveles de calidad y satisfacción de sus egresados. Se desarrollan tres programas de maestrías certificadas a las cuales acceden egresados de la carrera y una amplia actividad de superación profesional con más de mil graduados en el quinquenio de cursos, diplomados y entrenamientos.

El índice general de publicación por profesor en el quinquenio es de 1.34, con un indicador de 1.32 publicaciones arbitradas y un 1,01 en web of science y BDI (Bases de datos internacionales) reconocidas, indicadores que resultan insuficientes dadas las potencialidades existentes. La participación general del claustro en eventos se considera adecuada, 3.63 como promedio, no así la participación en eventos nacionales e internacionales que alcanza solamente 0.96. Los 710 premios que ostentan los docentes a partir de las ponencias presentadas en diferentes eventos evidencian la calidad de las investigaciones presentadas, aunque resultan insuficientes dadas las potencialidades del claustro.

Los profesores se distinguen por una elevada experiencia profesional con un promedio de 15,5 años y niveles de estabilidad que garantizan un proceso de calidad. Los que realizan sus labores docentes a tiempo parcial han mejorado su nivel de categorización y exhiben elevada calificación.

Jerarquización de los problemas existentes:

En orden de prioridad los problemas identificados quedaron jerarquizados de la siguiente forma:

- Insuficiente el número de docentes con el Grado científico de Doctor en Ciencias.
- Insuficiente la participación de los docentes en eventos nacionales e internacionales.
- Bajo índice de publicaciones científicas de forma general y en particular las publicaciones en Web of Science y BDI.

Conceptualización de los rasgos constituyentes: A los efectos de esta investigación se garantiza la sostenibilidad del claustro cuando se trabaja en mantener y mejorar las cualidades de educador, el desarrollo científico pedagógico, y se hacen visibles los resultados científicos que produce el profesor.

Cualidades de educador: Se fundamenta en la presencia, como regularidad, de docentes con una sólida preparación político-ideológica, científico-tecnológica y profesional, que se distinguen por la elevada maestría pedagógica y su modo de actuación profesional; todo ello reconocido por los estudiantes mediante su satisfacción con la calidad del proceso de formación que reciben.

Desarrollo científico pedagógico: Dado por la alta capacidad para el trabajo profesional y de investigación científica, acreditada por la comunidad universitaria y la sociedad con un importante número de docentes con el grado científico de Doctor en Ciencias y una pirámide de categorías docentes a predominio de Auxiliar y Titular que satisface las necesidades de la carrera, donde los colectivos pedagógicos son dirigidos por profesores de categorías superiores y elevada experiencia profesional. La preparación metodológica y la investigación científica están constituidas como componentes esenciales que se integran en el proceso formativo de los estudiantes.

Visibilidad de los resultados científicos que produce: La efectividad de la actividad científica y profesional del claustro está avalada por publicaciones en revistas de reconocido prestigio, participación en eventos nacionales e internacionales con aportes significativos en el desarrollo de la profesión.

Acciones a desarrollar en la estrategia.

Las acciones a desarrollar en la estrategia se centran en primer lugar en capacitar a los actores involucrados en el proceso de acreditación que incluye, niveles de dirección (Centro de Educación, Facultad y Departamento docente) y niveles organizativos para el trabajo metodológico (colectivos de carrera, años, disciplinas y asignaturas) según establece la Resolución 210/2007). Cada uno de los niveles tiene que aplicar la estrategia a su contexto, en función de los resultados del diagnóstico debe sistematizar acciones para cada indicador y criterio de evaluación declarado, lo que permitirá el mejoramiento de los indicadores que exhibe el claustro a cada nivel y como consecuencia se traduzca en resultados cuantitativos y cualitativos superiores para la carrera y la institución.

Indicadores y evaluación

Los indicadores incluidos en la estrategia para lograr la sostenibilidad del claustro de la carrera son los establecidos en el SEA- CU que son los siguientes:

- Cualidades de educador.

- Composición del claustro.
- Calidad de las investigaciones y el postgrado en la carrera.
- Publicaciones de textos y/o artículos científicos en revistas referenciadas y participación en eventos nacionales e internacionales.
- Experiencia profesional en el área de conocimientos de la carrera.
- Personal no docente y administrativo.

En la estrategia se da salida a cada uno de los indicadores con sus diferentes criterios de evaluación, aun cuando no responden a problemas priorizados porque no constituyen debilidades del claustro, pero si se requiere mantener o superar los estándares alcanzados.

Como aspecto novedoso de la estrategia, para cada criterio de evaluación se diseñaron acciones; en cada una de ellas fueron establecidos los grados de consecución, niveles de desempeño, plazos de evaluación e instancias implicadas, estas últimas representadas por los niveles de dirección para el trabajo metodológico que establece la Resolución 210/2007.

Validación de la Estrategia para asegurar la sostenibilidad del claustro en la carrera de Medicina

Para desarrollar el proceso de validación se seleccionaron 16 especialistas que obtuvieron un coeficiente de competencia alto. Las preguntas realizadas fueron:

- ¿Considera usted que la Estrategia permite asegurar la sostenibilidad del claustro?
- ¿Considera que su diseño garantiza la integración de los niveles de dirección y organizativos para el trabajo metodológico?
- ¿Considera que existe novedad en su diseño?
- ¿Cuáles son los criterios que propone para lograr la implantación efectiva de la Estrategia?

Criterios de los especialistas:

Criterio obtenido	Cantidad de especialistas	Votos totales	Votos negativos	Coeficiente de concordancia
Permite asegurar la sostenibilidad del claustro	16	16	0	100 %
Garantiza la integración de los niveles de dirección y organizativos para el trabajo metodológico	16	16	0	100 %
Tiene novedad y resulta pertinente.	16	16	2	87,5%

Criterios que proponen para lograr la implantación efectiva de la Estrategia a nivel de carrera según los especialistas: La mayoría reconoce la trascendencia, conveniencia y beneficio que debe reportar e insisten en la preparación que debe proporcionarse para lograr los resultados esperados, identifican la capacitación como elemento clave.

DISCUSIÓN

Los resultados del diagnóstico evidencian que existen debilidades en el desarrollo científico pedagógico del claustro, así como, en la visibilidad de los resultados

científicos que producen, aspectos que refuerzan la necesidad de la estrategia. Se añade que el comportamiento no es homogéneo en todos los colectivos y se vislumbra la necesidad de acciones específicas para cada contexto.

Es importante destacar que la solución de un problema, y por lo tanto la superación de un área de mejora, comienza cuando se conoce la causa que lo originó, de ahí que resulte necesario profundizar en las causas. Para esta investigación la carencia de esta información constituye una limitante, que si bien no afecta el diseño de la estrategia se debe atender para analizar en mayor profundidad el problema y preparar el camino a la hora de definir las acciones de mejora.

En el proceso de mejora resulta indiscutible el papel primordial que juega el departamento docente como nivel de decisión donde se realiza el análisis de los objetivos para contribuir desde cada área a las metas globales de la carrera y la universidad. A este nivel, los criterios de medidas se adicionan, modifican, o no proceden en función de las peculiaridades del diagnóstico constituyendo el nivel estratégico clave para lograr transformaciones.

En todo intento por transformar la realidad existente se hace necesario fomentar una cultura de la calidad universitaria, lo cual significa compromiso institucional y de los recursos humanos en pos de la mejora continua de la calidad de cada proceso ⁽⁵⁾.

La sistematización de acciones dirigidas al mantenimiento y mejora de los indicadores que exhibe el claustro de la carrera en la actividad prospectiva, las buenas prácticas con referentes existentes a nivel nacional e internacional, el liderazgo administrativo y la participación consciente y responsable de todos, conducirá al progreso necesario y salto de calidad que se requiere en la búsqueda de la excelencia académica donde las características del claustro juegan un papel importante. ⁽¹⁻³⁾

Son varios los autores que han abordado la temática de gestionar la calidad, no obstante, se precisan pocos trabajos encaminados a que partiendo de las metas, propósitos y el estado actual de las instituciones de educación superior, se construyan secuencias interrelacionadas de acciones, con carácter sistémico, para el logro de los criterios de medidas propuestos. ⁽⁵⁻⁸⁾

Para lograr la sostenibilidad del claustro se requiere la transformación en primer lugar de los recursos humanos en sus formas de pensar, sentir y actuar, combinando lo táctico y lo estratégico en un intento sistemático de mejorar la práctica laboral, con el propósito de aumentar la calidad docente, investigadora y de gestión. En aras de este propósito apoyarse en las fortalezas para superar las debilidades es, sin duda la mejor opción de cambio.

Otro aspecto que se debe significar está relacionado con el impacto de las acciones, el resultado de la actuación a implantar, medido a través del grado de mejora conseguido.

Estas ideas resultan esenciales para comprender las acciones que en la estrategia se declaran y requieren de nuevos aprendizajes vinculados a los procesos de certificación de la calidad, donde las acciones individuales de docentes y directivos de los departamentos pueden contribuir considerablemente y de manera positiva en la sostenibilidad.

CONCLUSIONES

La estrategia se presenta como el sistema de acciones estructuradas de forma coherente, que parte de un diagnóstico del estado actual resultante del proceso de autoevaluación en la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas. Estas acciones fueron establecidas en los distintos niveles según las cinco variables establecidas por la Junta de Acreditación Nacional (JAN).

Se destaca el carácter integrador, el enfoque sistémico y holístico del problema tratado. Constituye además una guía para que cada nivel de dirección del proceso diseñe y desarrolle una estrategia propia que permitirá la sostenibilidad del claustro de la carrera y el mejoramiento continuo de la calidad de la misma.

En la validación de la propuesta realizada según el criterio de especialistas existió consenso en su pertinencia, novedad, viabilidad y la posibilidad que ofrece de integración de los niveles de dirección y organizativos para el trabajo metodológico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Romero Sánchez Md, Casas Rodríguez L, Cadenas Freixas J, Peña Galbán L. Estrategia metodológica para la sostenibilidad de la acreditación en la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Educación Médica Superior [revista en Internet]. 2016 [citado 2017 Feb 14]; 30(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1112>
2. Lazo Machado, Jesús, & De la Cruz Capote, Berta. El Sistema de Evaluación y acreditación de Carreras Universitarias (SEA-CU) socialmente responsable: gestor de la ciencia universitaria como fuerza social productiva. Revista Estrategia y Gestión Universitaria [revista en Internet] .2016 [citado 29 de marzo de 2017]; 4(2): 43-46. Disponible en <http://revistas.unica.cu/index.php/regu/article/view/36>
3. Aparicio, J L. La acreditación: más que acto, es inspiración. Medicentro Electrónica, [revista en Internet]. 2015 [citado 2017 mar 29]; 19(2): 61-62. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000200001&lng=es&tlng=es
4. Sistema de Evaluación y Acreditación de Carreras Universitarias (SEA-CU). Manual de Implantación. Implantación del SEA-CU. República de Cuba: Junta de Acreditación Nacional; Marzo 2014.
5. Portelles Cobas Dania Elena, Rodríguez Guzmán Alfredo Armando, Leyva Sánchez Elizabeth, Ochoa Aguilera Katia María. Metodología para el diseño de un Sistema de Gestión de Calidad en la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. ccm [Internet]. 2016 Mar [citado 2018 Ene 08]; 20 (1): 162-169. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100013&lng=es.
6. Addine Fernández, F. Congreso Universidad. Evaluación de la calidad en las instituciones de educación superior cubanas: un reto a certificar. Congreso Universidad [revista en Internet]. 2016 [citado 2017 Feb 14]; 5 (2): [aprox. 12 p.]. Disponible en <http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/congresouniversidad/index>
7. López Abreu, Orlando Lucilo, García Muñoz, José Julián, Batte Monter, Irving, & Cobas Vilches, María Elena. La mejora continua: objetivo determinante para alcanzar la excelencia en instituciones de educación superior. EDUMECENTRO [revista en Internet]. 2015, [Citado en 09 de octubre de 2017] ; (4), 196-215. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000400014&lng=es&tlng=es.
8. Ortiz-Pérez, Aniuska, Funzy-Chimpolo, Joao María, Pérez-Campaña, Marisol, & Velázquez-Zaldívar, Reynaldo. La gestión integrada de los procesos en universidades. Procedimiento para su evaluación. Ingeniería Industrial. 2015 [citado 09 de octubre de 2017]; 36 (1), 91-103. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-59362015000100010&lng=es&tlng=es

TÍTULO: ESTRATEGIA PEDAGÓGICA PARA TRABAJAR CON JÓVENES PROCEDENTES DE FAMILIAS DISFUNCIONAL. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIENFUEGOS. CUBA.

Autores:

MsC. Lic. Estela de la Caridad del Sol Liriano ⁽¹⁾, MsC. Lic. David Cuesta de las Casas ⁽²⁾, Dra. Dainy L. Cuesta del Sol ⁽³⁾, Est. José A. Cuesta del Sol ⁽⁴⁾, Dra. MsC Marlene del Valle Pérez ⁽⁵⁾, Dra. Amarilis Martínez Herrera Guerra ⁽⁶⁾

- (1) Master en Educación. Licenciada en Educación. Profesora Asistente. Investigadora Agregada. Universidad. Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. bclinico7414@ucm.cfg.sld.cu
- (2) Master en Educación Médica. Licenciado en Enfermería. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Vicerrector General Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. ceprobio@jagua.cfg.sld.cu.
- (3) Especialista en EGI. Dra Estomatología. Profesora Asistente. Policlínico Ernesto Guevara de la Serna, municipio de Cienfuegos, Cuba. dainy.cuesta@nauta.cu
- (4) Estudiante de Pre Grado. 6to años de la carrera de medicina. Verticalización en Cirugía. Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. medjacs931219@ucm.cfg.sld.cu
- (5) Master en Atención Integral la Mujer. Especialista en MGI. Profesora Asistente. Vicedecana general. Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. vdg@ucm.cfg.sld.cu
- (6) Especialista en MGI. Profesora Asistente. Directora de Ciencia y Técnica. Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. dircit@ucm.cfg.sld.cu

Resumen.

El proceso de enseñanza aprendizaje constituye un conjunto dinámico de actividades del educador, implica la unidad dialéctica del enseñar-aprender, su carácter bilateral, para lograr un mejor trabajo pedagógico y aplicar el modelo relación profesor-alumno más eficientemente. Existe determinada resistencia al aplicar la caracterización estudiantil por parte de los docentes, no dándole atención adecuada a los resultados de esta incidiendo en los jóvenes que provienen de familia disfuncional tal vez por falta de herramientas pedagógica siendo este el **problema científico** de esta investigación. ¿Cómo contribuir a fortalecer el trabajo del profesor guía con los jóvenes que provienen de familia disfuncional?, dando respuesta a esta problemática nos trazamos el siguiente **objetivo**: Elaborar una Estrategia pedagógica partiendo de los resultados de la caracterización estudiantil para trabajar con jóvenes procedentes de familias disfuncional. El presente trabajo es descriptivo retrospectivo. Para la elaboración del mismo se tiene en cuenta la metodología establecida para la realización de la caracterización estudiantil, se le aplicó a los 15 alumnos del grupo de Ortoprtesis de la enseñanza técnica profesional durante el primer y segundo año de la carrera representando el 100%. Se aplicó encuesta a 13 profesores guías representando el 50 % de los existentes en la Universidad, sus resultados serán expresados en tablas y gráficos para su mejor análisis y comprensión permitiendo la elaboración de una estrategia pedagógica para trabajar con jóvenes de familia

disfuncional incidiendo esta la causa principal en los jóvenes con más dificultades en dicha carrera.

Palabras clave: adolescente , familia disfuncional, estrategia pedagógica.

INTRODUCCION

La Universidad Cubana actual tiene la misión de la formación integral de los futuros profesionales de la salud de Cuba y otras nacionalidades, la promoción del pensamiento científico técnico en el logro de la excelencia en la prestación de los servicios de salud y su constante interacción con la sociedad, aportando la cultura general integral académica y revolucionaria que permita satisfacer las necesidades de salud de nuestro pueblo y mantener nuestros compromisos solidarios con otros pueblos del mundo, para lograrlo es imprescindible el fortalecimiento de la labor educativa y política ideológica de nuestros educandos. El proceso de enseñanza y aprendizaje constituye un conjunto dinámico de actividades del educador e implica la unidad dialéctica del enseñar y el aprender , su carácter bilateral , puesto que no se puede concebir el enseñar y el aprender aisladamente , al dirigir el proceso el educador debe tener en cuenta las peculiaridades de los que aprende y estimulan el aprendizaje para que estos tomen parte activa en la apropiación de conocimiento. Para poder aplicar y dirigir correctamente el proceso , es preciso representarse claramente su estructura , sus partes constitutivas y los vínculos regulares entre ellos , para lograrlos es de vital importancia descubrir las regularidades interna del proceso de enseñanza que tiene un carácter objetivo .Es importante descubrir la interrelación entre la asimilación de los conocimientos en los que se ha concentrado la experiencia de la humanidad y el proceso de desarrollo de las potencialidades cognoscitivas de los educandos y su capacitación para el trabajo creador ⁽¹⁾. Otro factor importante que debe tener en cuenta el educador al trabajar los objetivos es el conocimiento , no solamente se refiere a los objetos del medio , como sus propiedades y relaciones biológicas , físicas , químicas , etc, sino también a las normas y valores éticos , estéticos , ideológicos , físicos y otros así como a los procedimientos , reglas y métodos para realizar las diferentes acciones y operaciones que componen las distintas actividades docentes y laborales .

Al valorar a los adolescente y jóvenes de hoy, podemos hacerlo no solo sobre la base de nuestra experiencia personal , sino en el marco en que les ha tocado vivir , en su época , en medio de corrientes y concepciones nuevas , dentro de una intensa lucha de ideas , de diferentes matices y formas ⁽²⁾. La adolescencia es una etapa en la que los jóvenes tratan de averiguar quiénes son, cuáles son sus intereses, independientemente de lo que los demás les digan; les surgen nuevas inquietudes, comienzan a asumir una manera de concebir el mundo y trabajan en el diseño de proyectos, vocación y plan de existencia desarrollando un estilo de pensamiento y acción que muchas veces es contrario al de los adultos; situación que puede confrontar los modos de pensar de la familia y de la sociedad.⁽³⁾ El adolescente se enfrenta a la dinámica del núcleo familiar y al ambiente social en el cual se desarrolla, los cuales podrían presentarse contradictorios en relación a las normas, creencias y valores que ambos fomentan, sumado a la necesidad del adolescente por independencia, siendo

uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los padres, es la salida del hogar del adolescente, no dice a dónde ni con quién va a salir y, menos aún, cuándo regresa, al llamársele la atención se siente afectada su libertad ⁽⁴⁾. Estas situaciones que se generan en el núcleo familiar originan factores que debilitan las relaciones familiares convirtiendo a la familia en disfuncional, además del divorcio como uno de los aspectos que inside en la familia y su desarrollo, familiares alcohólicos, entre otras.

La familia disfuncional es aquella con problemas de comunicación, los miembros no pueden expresar libremente sus sentimientos, la unión no es productiva ni satisface las necesidades emocionales de sus integrantes, por tanto, no cumple con sus funciones. La comunicación defectuosa lleva a un deterioro en la relación de sus miembros, que provoca discusiones, frustraciones y hostilidades. Es necesario que el educador posea conocimientos para atender a la familia disfuncional, pero sobre todo al joven adolescente, lo que permitiría lograr cambios que favorezcan las relaciones positivas entre los miembros, para lograr los aspectos referidos anteriormente se indica por nivel superior de la Docencia Médica Media la aplicación de la caracterización estudiantil mediante el Proyecto Educativo como vía para lograr un mejor trabajo pedagógico y aplicar el modelo relación profesor alumno más eficientemente. Existe determinada resistencia a la aplicación de esta por los docentes no dándole atención a los resultados de la caracterización estudiantil incidiendo en los jóvenes que provienen de familia disfuncional tal vez por falta de herramientas pedagógica siendo este el problema científico de esta investigación. ¿cómo contribuir a fortalecer el trabajo del profesor guía con los jóvenes que provienen de familia disfunciona?

OBJETIVO: Elaborar una Estrategia pedagógica partiendo de los resultados de la caracterización estudiantil para trabajar con jóvenes procedentes de familias disfuncional.

DESARROLLO:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre el comportamiento integral de los alumnos de la carrera de Ortoprésis de la enseñanza técnica profesional durante el primer y segundo año partiendo de la caracterización estudiantil, teniendo en cuenta la metodología establecida se le aplicó a los 15 alumnos representando el 100% en el período de Septiembre 2015 a Julio 2017, fue seleccionada esta carrera de manera intensionada ya que durante el período analizado los estudiantes han presentado disímiles de dificultades, no participan en muchas de las actividades extracurriculares, se manifiestan en el colectivo desarmónicamente, existen discusiones en la práctica de los servicios entre ellos y con sus tutores, los padres no asisten periódicamente a las reuniones, bajo rendimiento académico, se ha trabajado en la retención pues varios alumnos han solicitado baja de la carrera, entre otras. Para la recolección de la información se han utilizado como instrumentos las entrevistas, encuestas, observación, análisis de documentos que norma la metodología antes mencionada y la triangulación. Las variables que se tuvieron en cuenta para el estudio fueron las siguientes: edad de los estudiantes, municipio de residencia de los estudiantes, procedencia del alumno antes de iniciar estudios, estado civil tenencia de hijos, alumnos que profesan una religión, existencia de familiares en el exterior, militancia de la UJC, índice académico e hijos de padres divorciados con familia disfuncional. Los resultados de la

caracterización fueron llevados a tablas estadísticas para realizarle un análisis porcentual y determinar así los riesgos y posibles factores que puedan influir en el colectivo estudiantil y que den al traste con su propósito final. Además se aplicó una encuesta a 13 profesores guías que forman el 50 % de los existentes en las carreras de Tecnologías de la salud, los que fueron seleccionados por el método al azar simple, previo consentimiento de los mismos. Los datos recogidos fueron convenientemente codificados y procesados mediante el programa estadístico Microsoft Office Excel XP, calculando las frecuencias absolutas en totales y porcentos, representándolos en tablas. Estos datos fueron almacenados con la finalidad de ir dando seguimiento al grupo antes referido en cada uno de los años de la carrera, comparando la evolución del mismo y las curvas de tendencias arrojadas en la caracterización y la evolución de los jóvenes proveniente de familias disfuncionales. Este trabajo tiene una duración de 3 años, con la graduación del Técnico Medio del grupo estudio, ha sido aprobado por los órganos directivos del centro para la aplicación de los conocimientos que de este estudio se deriven.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADO

La tabla # 1 Distribución de alumnos según grupos de edades.

En la misma se puede apreciar que la mayoría de los alumnos están incluido en el rango de edad de 15 a 20 representado por el 100%

Tabla 2: Residencia de los alumnos por municipios.

La mayoría de los estudiantes residen en el municipio de Cienfuegos para un 73,6%, quedando el resto distribuidos una en cada uno de municipios siguientes : Palmira, Cumanayagua, Abreus, Cruces; aspecto este que favorece la evolución del grupo ya que la mayoría de los alumnos viven cerca del centro docente, sin despreciar los que tienen que transportarse desde lejos.

Tabla 3: Procedencia de los alumnos antes de iniciar estudio en la Universidad .

Todos los estudiantes provienen del pre universitario representando un 100% aspecto que favorece en el rendimiento académico y la evolución de los estudiantes en la carrera.

Tabla 4: Estado civil de los estudiantes.

Favorablemente existen más alumnos solteros que casados, representado el primero con un 66.6 %, mientras que el número de casados es menor con un 33.3 %. aspecto que puede incidir en los estudiantes casados por la aparición de obligaciones y tendencias que impiden la participación en diferentes actividades extracurriculares.

Tabla 5: Relación de alumnos con hijos.

Destaca la tenencia de hijos por los estudiantes en la que se aprecia que solo el 13,3 % de los estudiantes tienen hijos y el 86,7 % no posee hijos. Elemento este que favorece el correcto desenvolvimiento del grupo en las diferentes actividades docentes y extradocentes, por la necesidad materna de dedicar tiempo para la crianza de los infantes.

Tabla 6: Alumnos que profesan una religión.

Expresa los alumnos que profesan algún tipo de religión , en la que se destaca que solo un 26,6 % la profesan , mientras que los que no la profesan son el 73,4 % de ellos ,representado por 11 estudiantes.

Tabla 7: Existencia de familiares allegados en el extranjero.

Presenta la existencia de familiares allegados de alumnos en el exterior, la cual destaca que el 46.7 % de ellos tienen familiares en el exterior, mientras que el 53,3 % no los tiene, aspecto que pudiera afectar la retención por salidas del país de los estudiantes con sus familiares.

Tabla 8: Relación de alumnos militantes de la UJC.

Se aprecia relación de alumnos que son militantes de la Unión de Jóvenes Comunistas los que están representados por un 53,3 % mientras que los que no son militantes representan el 46,7 %, siendo el mayor número militantes, aspecto este que ayuda al correcto desenvolvimiento de la actividad docente del grupo siempre que los mismos jueguen su papel de líder movilizador

Tabla 9: Documentos a llevar por el profesor guía.

El mayor número de profesores encuestados señalan la caracterización para un 76,9%. se deja ver como el criterio de los profesores guías sobre los documentos a llevar dentro de sus controles, ubican la caracterización estudiantil en el primer lugar, seguida esta del registro de actividades, y en tercer lugar el expediente escolar del educando, también se señalan otros de menor relevancia, entre los que está el control de alumnos, resultados de la promoción y diagnóstico.

Tabla 10: Ventajas que aporta la caracterización según criterio de los profesores.

Con el mayor número de profesores coinciden en que permite conocer a cada alumno para un 84.6 % queda expresado las ventajas que tiene la caracterización según los criterios expresados por los profesores guías encuestados , ellos plantean que las principales ventajas en orden descendente son , que les permite conocer mejor a cada alumno , orienta la conducta en cada estudiante dada sus particularidades , a la hora de seleccionar los alumnos destacados y vanguardias sirve de apoyo al mismo dando a este un carácter, más justo, por lo que facilita el trabajo y lo organiza,pero ninguno plantea la identificación de aquellos alumnos que presentan dificultades académicas, motivacionales y de retención siendo estos provenientes de familias disfuncionales como tema a tener en cuenta.

Tabla 11: Conocimiento y aplicación de la caracterización estudiantil por los profesores.

El 100% de los profesores guías dominan y aplican la caracterización estudiantil, a pesar que existe determinada resistencia al aplicar la misma siendo esta una debilidad

Tabla 12: Jóvenes procedentes de familias disfuncionales.

El 53.3% de los estudiantes de la carrera de Ortoprótisis sus padres son divorciados y viven con su mamá o sus abuelos, del resto del grupo a pesar de estar sus padres casados para un 46.7% de ellos el 20 % son hijos de padres alcohólicos que conviven en la propia casa , es de aquí donde se decide elaborar la estrategia pedagógica para trabajar con estos jóvenes provenientes de familias disfuncionales.

Todos estos resultados arrojan claramente que lo que más está incidiendo en la carrera es el gran número de jóvenes que provienen de familia disfuncional y el profesor guía

carece de herramientas pedagógica para dar respuesta a esta dificultad, por lo que se elabora una estrategia pedagógica y se capacitarán a los profesores guía en cada reunión una vez al mes y en los consejos técnicos quedando 4 horas al mes 2 horas en cada momento (Anexo 2).

La **estrategia pedagógica** esta basada en el perfeccionamiento para que el profesor guía partiendo de los resultados de la caracterización estudiantil pueda trabajar con jóvenes procedentes de familias disfuncional, pretende abordar la intervención familiar desde una perspectiva sistémica, debe realizar reuniones mensuales con los grupos de padres de los adolescentes provenientes de familia disfuncionales, tomar de cada uno las fortalezas y debilidades en cada familia, Invitar a los padres a participar en la Escuela para padres.

Aspectos éticos a tener en cuenta para trabajar con la familia que el profesor guía no debe olvidar:

- Consentimiento informado de la familia que el profesor trabajará con ellos en función de ayudar a su hija/o.
- Garantía de su confidencialidad para lograr ambiente de seguridad.
- Respetar cualquier religión que practique la familia en cuestión.
- No asumir posiciones ni a favor ni en contra de ningunos de los padres para evitar diferencias entre ellos.
- Si al inicio de la intervención uno de los padres se resiste tratar de persuadirlo y acercarlo a la escuela haciéndole ver que es de vital importancia para el bienestar de su hija/o

Temas de la estrategia pedagógica :

- .- La Caracterización su carácter dinámico, continuo, y sistemático.
- .-¿Cómo el profesor Guía debe lograr en el estudiante plena confianza?. Permitirá llegar a conocer más detalles de la situación real de la familia y así trazar las pautas a seguir.
- .-Los estilos de comunicación.
- .-Implementar talleres de comunicación efectiva entre los padres y sus Hijos.
- .-Cómo cambiar de un espacio de reproducción a un espacio de creación.
- .-Las fortalezas y las potencialidades de la familia.
- .-La situación que conspira contra la estabilidad familiar.
- .-La conducta de enfrentamiento del problema.
- .- Establecer un orden jerárquico en el sistema de acciones
- .-Motivar a los adolescentes para incorporarse en las brigadas artísticas, deportes.

CONCLUSIONES

Los profesores guías tienen buen criterio sobre la caracterización estudiantil, siendo así que todos la realizan a pesar que existe determinada resistencia en su aplicación no dándole atención adecuada, a los jóvenes que provienen de familia disfuncional, presentando serias problemas conductuales por falta de herramientas pedagógica.

Mediante la caracterización se ha podido llegar a conocer donde están las mayores problemas tanto en los padres como en los estudiantes, coincidiendo en los jóvenes provenientes de familia disfuncionales.

Más del 50% de los jóvenes de la carrera de Ortoprótisis provienen de familia disfuncionales.

Se elaboró estrategia pedagógica dando las herramientas al profesor guía para trabajar con jóvenes procedentes de familias disfuncional

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1.-Rodríguez Fontes R, Bacallao Gallestey J, Díaz Rodríguez PA, Molejón Lazo M. Valor predicativo de algunos criterios de selección para el ingreso a la carrera de medicina .Rev. Cubana Educ. .Med Super 2000;14(1):17-25

2-. Rodríguez Fontes R, Bacallao Gallestey J, Díaz Rodríguez PA , Molejón Lazo M. Capacidad predictiva de varios indicadores de selección para el ingreso a la carrera de medicina .Rev Cubana Educ. Med Super 2000; 14(2);128-35

3-. La didáctica y su objetivo .Esencia del proceso de enseñanza. En Saveri NV. Pedagogía .La Habana: Pueblo y Educación ,1981:63-76.

4-Delgado Matos I, Gómez Dorado M, Alcaraz Martínez M. Sistema de vigilancia contra la violencia intrafamiliar. MEDISAN [Internet]. 2015 Mayo [citado 2018 Abr 20] ; 19(5): 580-586. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500002&lng=es.

5-Sánchez Cartaya M E, Ramírez Torres Á, González Escobar D, Castellanos Valdés El, Ojeda Rabasa J. Trastornos psicoafectivos y sociales en adolescentes con familiares alcohólicos. AMC [Internet]. 2006 Feb [citado 2018 Abr 20] ; 10(1): 64-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000100007&lng=es.

6-Laurencio Vallina S C, Jiménez Betancourt E, Sánchez Masó Y. Vivencias afectivas y factores condicionantes en adultos mayores sin relación de pareja. MEDISAN [Internet]. 2017 Ene [citado 2018 Abr 20] ; 21(1): 102-107. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100012&lng=es.

7-Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Moreno González Y M, Pérez Pérez M A. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10

años. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Abr 20]; 30(1): 36-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100004&lng=es.

8-Domínguez Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 Abr 20]; 37(3): 387-398. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300011&lng=es.

9-Cuba. Ministerio de Educación .Seminario Nacional para el personal Docente .- Ciudad de la Habana: Juventud Rebelde, 2001.-15p

10-Cuba .Ministerio de Educación .II Seminario Nacional para Educadores /MINED.-Ciudad de la Habana :Editora Política, 2001.-8p

ANEXOS

Tabla # 1.

Distribución de Alumnos según grupos de edades. Cienfuegos 2017

<i>Grupos de Edades</i>	<i>15-18</i>	<i>19-20</i>	<i>21-25</i>	<i>Total</i>
Alumnos Por Edades	13	2	0	15
%	86.6	13.3		100%

Fuente. Encuesta aplicada

Tabla # 2.

Residencia de los alumnos por Municipios. Cienfuegos 2017

<i>Municipio</i>	<i># de Alumno</i>	<i>%</i>
Cienfuegos	11	73.6
Palmira	1	6.6
Cumanayagua.	1	6.6
Abreus	1	6.6
Cruces	1	6.6
Total	15	100%

Fuente. Encuesta aplicada

Tabla # 3

Procedencia de los alumnos antes de iniciar estudios en la Universidad de Ciencias Médicas.

<i>Procedencia</i>	<i>#</i>	<i>%</i>
F.O.C.	0	0
Pre- Universitario	15	0
Desvinculadas	0	0
Trabajador	0	0

Desvin. Educ. Superior	0	0
Total	15	100%

Fuente. Encuesta aplicada

Tabla # 4

Estado civil de los estudiantes. Cienfuegos 2017.

<i>Estado Civil</i>	#	%
Soltero	10	66.6
Casado	5	33.3
Total	15	100%

Fuente. Encuesta aplicada

Tabla # 5

Relación de alumnos con hijos. Cienfuegos 2017.

<i>Tenencia de Hijos</i>	# de Alumnos	%
Si	2	13.3
No	13	86.7
Total	15	100%

Fuente. Encuesta aplicada

Tabla # 6

Alumnos que profesan una religión. Cienfuegos 2017

<i>Alumnos Religiosos</i>	#	%
Si	4	26.6
No	11	73.4
Total	15	100%

Fuente. Encuesta aplicada

Tabla # 7

Existencia de Familiares allegados en el Extranjero. Cienfuegos 2017

<i>Familiares en el Ext.</i>	#	%
Si	7	46.7
No	8	53.3
Total	15	100%

Fuente. Encuesta aplicada

Tabla # 8

Relación de Alumnos militantes de la UJC. Cienfuegos 2017

<i>Militantes de la UJC</i>	#	%
Si	8	53.3
No	7	46.7
Total	15	100%

Fuente. Encuesta aplica

Tabla # 9

Documentos a llevar por el Profesor Guía según encuestados. Universidad de Ciencias Médicas.

<i>Documentos a llevar según profesores encuestados.</i>	<i>Número de veces señaladas.</i>	<i>%</i>
Caracterización	10	76.9
Registro de Actividades	7	53.8
Expediente Escolar	5	38.4
Control de alumnos	3	23.0
Diagnóstico	2	15.8
Resultados de la Promoción	2	15.8
Libreta de Orientaciones.	1	1.3
Aspirantes a Título de Oro	1	1.3
Control Horizontal	1	1.3
Actas de reuniones	1	1.3

Fuente: Encuestas realizadas.

Tabla #10

Ventajas que aporta la caracterización según criterio de los profesores. De la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos 2017.

<i>Ventajas</i>	<i># de Veces citada según criterio.</i>	<i>%</i>
Permite conocer a cada alumno.	11	84.6
Orienta la conducta en cada alumno.	6	46.15
Mejora el Proceso de selección de destacados.	1	7.6
Facilita el trabajo.	1	7.6
Organiza el trabajo del Prof. Guía.	1	7.6

Fuente: Encuestas realizadas.

Tabla # 11

Conocimiento y Aplicación de la caracterización estudiantil por los profesores Guías. De la Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos 2017

<i>Interrogantes sobre si conoce y aplica la caracterización estudiantil.</i>	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
Conoce la caracterización estudiantil.	13	100	0	100
Aplica la caracterización estudiantil	13	100	0	100

Fuente: Encuestas realizadas..

Tabla # 12

Jóvenes procedentes de familia disfuncionales. Cienfuegos 2017

<i>Procedentes de familia disfuncionales</i>	#	%
Padres divorciados	8	53.3
Padres casados	7	46.7
Hijos de padres alcohólicos en sus casas.	3	20.0

Fuente. Encuesta aplica

ANEXO 2 : ESTRATEGIA PEDAGÓGICA

Título: ESTRATEGIA PEDAGÓGICA PARA TRABAJAR CON JÓVENES PROCEDENTES DE FAMILIAS DISFUNCIONAL

Nivel Educativo: Postgrado.

Modalidad: Presencial

Duración: 48 horas clases

Frecuencia: 4 horas (2h en cada momento planificado)

Dirigido a: Profesores guías de las carreras de Licenciatura en Tecnología de la Salud de la enseñanza técnica profesional (ETP).

Autora principal: MsC Lic. Estela del Sol Liriano.

Curso: 2017-2018

ANEXO 3: ENCUESTA

Estimado profesor la presente encuesta tiene como fin el mejoramiento constante del Proceso Docente Educativo y la eficiencia y eficacia de trabajo del profesor guía.

1- Exprese en números los años que lleva desempeñando la tarea de Profesor Guía (____) .

2- Cite los documentos que a su criterio deben llevar un buen profesor guía.

3-Conoce usted la caracterización estudiantil.

Si _____ No _____

Argumente:

4 - Aplica usted la caracterización estudiantil.

Si _____ No _____

a) ¿Que criterio tiene sobre la utilidad la misma?

5-A su criterio cuales son los elementos que se deben tener en cuenta al realizar la caracterización estudiantil _____

TITULO. ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LA FORMACIÓN DE LA HABILIDAD TRATAMIENTO INTEGRAL DEL DOLOR EN RESIDENTES.

AUTORES. Dr. José Julio Ojeda González, jose.ojeda@jagua.cfg.sld.cu, Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima” de Cienfuegos, Cuba, Jefe de Departamento de Pregrado, Máster. DrC. Alfredo A. Espinosa Roca, espinosa.roca@infomed.sld.cu, Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima” de Cienfuegos, Cuba, Doctor en Ciencias. Dr.Lino Ortiz Santiesteban, salujub@ucm.cfg.sld.cu Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima” de Cienfuegos, Cuba, Metodólogo de Pregrado.

Resumen.

La enseñanza del dolor debería ser una prioridad. El adecuado manejo del dolor se basa en una correcta educación del personal sanitario, siendo este el punto de partida para la mejora del proceso de atención al dolor. **Objetivo.** Identificar el nivel de conocimiento, destrezas y actitudes de los médicos residentes relacionados con el manejo del dolor en pacientes ingresados en HPGAL. **Diseño.** *Tipo de estudio.* Investigación cuanti-cualitativa, formulario aplicado a 70 médicos residentes del HPGAL, sobre los conocimientos, destrezas y actitudes, relacionadas con el manejo del dolor. *Periodo de estudio.* Noviembre del 2016 a Febrero del 2017. Este formulario fue aplicado en reunión de residentes, previa explicación del instrumento. **Resultados.** Existió un predominio de los residentes con menos de un año y de uno a cinco años de graduados, un porcentaje de ellos no recibió formación previa en el tema, el instrumento más conocido es la escalera analgésica, un gran porcentaje de estos refirieron suficiencia de sus conocimientos en torno al tema y el 41.44% expresaron dudas ante el tratamiento del dolor. **Conclusiones.** Se concluye que el manejo del dolor en algunos programas de especialidades médicas, por lo menos hasta el momento, no está siendo considerado como un tema prioritario, lo que en la práctica clínica se traduciría en un inadecuado control del dolor de los pacientes. **Palabras claves:** Formación en dolor, manejo del dolor.

Introducción.

El abordaje del dolor, tanto agudo como crónico supone hoy en día una partida importante del presupuesto global de cualquier país, no solo por el consumo de recursos para su control, sino por las consecuencias de su infratratamiento y la repercusión en bajas laborales, jubilaciones anticipadas y pensiones de invalidez. Algunos estados miembros de la Unión Europea han empezado a reconocer este hecho, incluyendo el tratamiento del dolor entre las prioridades de sus programas políticos. No obstante, para que los ciudadanos reciban la calidad de tratamiento adecuada es necesario garantizar la formación de los profesionales que proporcionan la asistencia sanitaria.^{1,2}

La enseñanza del dolor debería ser una prioridad. El adecuado manejo del dolor se basa en una correcta educación del personal sanitario, siendo este el punto de partida para la mejora del proceso de atención al dolor. La formación adecuada de los profesionales sanitarios asociada a la aplicación de guías médicas generalmente conlleva una mejora de la evaluación y tratamiento del dolor. La información y/o educación del paciente también contribuye a la mejora del proceso de atención del dolor. Por tanto es necesario ampliar el nivel de formación de los médicos asistenciales con el fin de que pueda proporcionar dicha información a los pacientes, hecho que los mismos valoran de forma muy positiva ya que les permite participar activamente en el proceso.^{1,2}

En los últimos años se ha presentado una transformación en el paradigma de la enseñanza de la medicina y sus diferentes especialidades. Esta transformación invita a repensar estrategias adecuadas que permitan mantener una metodología de educación médica, que desarrolle competencias adecuadas al perfil. Se debe privilegiar los enfoques fisiopatológicos y de riesgo para establecer las características del entorno del paciente, que incidan en el pronóstico; la medicina preventiva debe apuntalar la Atención Primaria de Salud (APS).³⁻⁵

El alivio del dolor debería ser el objetivo prioritario de todos los médicos. Sin embargo, los pacientes no siempre reciben el tratamiento adecuado a su condición clínica. Probablemente, la falta de formación de los médicos en esta disciplina es una de las causas de la ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor, así como de un tratamiento subóptimo del mismo.⁶⁻⁸

Razones que justifican que se profundice en los conocimientos del dolor.

- Existencia del problema hoy y evidencias ciertas de que se incrementara progresivamente.
- No existe un manejo adecuado integral del dolor.
- Necesidad de crear equipos multidisciplinarios para brindar asistencia médica, psicológica y social de apoyo a pacientes y familiares.
- Control del enfermo con dolor a menudo pasa como un evento no bien tratado.
- Capitulo vacío en la formación de médicos, enfermeros y otro personal de la salud.
- La necesidad de tratar integralmente el dolor sea un modo de actuación de los profesionales de la salud.
- Necesidad de reorientar los servicios y los recursos de todo tipo para el tratamiento humano apropiado de estos pacientes y sus familiares.

Problema científico. Se desconoce el nivel de conocimiento, destrezas y actitudes de los médicos residentes relacionados con el manejo del dolor en pacientes ingresados en Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. (HPGAL).

Objetivo. Identificar el nivel de conocimiento, destrezas y actitudes de los médicos residentes relacionados con el manejo del dolor en pacientes ingresados en HPGAL.

Diseño.

Tipo de estudio. Investigación cuanti-cualitativa, formulario aplicado a 70 médicos residentes del HPGAL, sobre los conocimientos, destrezas y actitudes, relacionadas con el manejo del dolor.

Periodo de estudio. Noviembre del 2016 a Febrero del 2017.

Este formulario fue aplicado en reunión de residentes, previa explicación del instrumento.

El formulario aplicado a los profesionales exploraba, especialidad, años de graduado, conocimientos previos acerca del dolor, formación recibida respecto al tema, conocimientos de instrumentos de OMS, asistencia previa a pacientes con dolor, suficiencia en los conocimientos, autoevaluación en la práctica médica teniendo en cuenta la eficacia de sus acciones.

Resultados.

Tabla No. 1. Distribución de los médicos según año de residencia.

Médicos Residentes	No	%
R-1	48	68.5
R-2	12	17.1
R-3	10	14.4
Total	70	100

Fuente. Formulario.

Al analizar la distribución de los médicos según año de residencia encontramos 48 residentes de primer año para un 68.5%, seguidos de 12 de segundo año y 10 de tercer año para 17.1 y 14.4 respectivamente.

Tabla No. 2. Distribución de los médicos según año de graduado.

Médicos Residentes	No	%
Menos de un año	18	25.7
De 1 a 5 años	34	48.5
De 6 a 10 años	8	11.4
Más de 10 años	10	14.4
Total	70	100

Fuente. Formulario.

Con relación se observó que predominó los graduados de 1 a 5 años con 34 para un 48.5%, seguidos de menos de un año 18 para 25.7 %, más de 10 años con 10 para un 14.4% y de 6 a 10 años 10 para un 14.4%.

Tabla No. 3. Distribución de los médicos según conocimiento en el manejo del dolor.

Conocimientos Previo	No	%
Mucho	1	1.4
Aceptable	59	84.2
Poco	10	14.4
Total	70	100

Fuente. Formulario.

Tabla No. 4. Distribución de los médicos según formación recibida respecto al tema.

Formación Recivida	No	%
Si	45	64.28
No	25	35.72
Total	70	100

Fuente. Formulario.

Al analizar la tabla número 4, sobre la formación recibida respecto al dolor, se presentaron 45 con respuesta afirmativa para un 64.28% y 25 que no recibieron formación para un 35.72%.

Tabla No. 5. Distribución de los médicos según conocimientos de instrumentos de la OMS para el manejo del dolor.

Médicos Residentes	No	%
Escala analgésica	48	68.5
Algoritmo OMS	19	27.14
Ascensor analgésico	6	8.5
Escala visual analógica	7	10
Ninguno	9	12.8

Fuente. Formulario.

Respecto al conocimiento de instrumento de la OMS para el manejo del dolor, se evidencio que 48 conocen la escala analgésica para un 68.5%,19 conocen los algoritmos para un 27.14%, seguidos de la escala visual analógica con 7 y ascensor analgésico con 6 para un 10 y 8.5% respectivamente.

Tabla No. 6. Distribución de los médicos según asistencia previa brinda al paciente con dolor.

Asistencia Previa	No	%
Si	68	97.14
No	2	2.86
Total	70	100

Fuente. Formulario.

Al analizar la asistencia previa brinda al paciente con dolor 68 habían realizado asistencia previa para un 97.14% y 2 no habían realizado asistencia previa para un 2.86%.

Tabla No. 7. Distribución de los médicos según suficiencia de conocimientos en relación al dolor.

Suficiencia de Conocimientos	No	%
Ninguno	1	1.42
Poco	12	17.14
Regular	39	55.73
Bueno	17	24.29
Excelente	1	1.42
Total	70	100

Fuente. Formulario.

En el estudio se constató suficiencia de los conocimientos de manera regular en 39 residentes para un 55.73%, con buen conocimientos 17 residentes para un 24.29% seguidos de poco con 12 residentes para un 17.14%, además se encontró 1 residente con excelentes conocimientos y 1 residente con ningún conocimientos para un 1.42% respectivamente.

Tabla No. 8. Distribución de los médicos según como se sienta ante la actuación con estospacientes.

Actuación	No	%
Muchas dudas	3	4.28
Con dudas	29	41.44
Aceptable	29	41.44
Hábil	7	10
Muy hábil	1	1.42
No procede	1	1.42
Total	70	100

Fuente. Formulario.

Al explorar sobre cómo se siente ante la actuación con estos pacientes el mayor número de residentes lo ubicaron en con dudas 29 y aceptable 29 para un 41.44% para ambos grupos, le siguen en orden de frecuencia a los hábiles con 7 residentes para un 10% y tanto el grupo muy hábil como no procede con 1 residen para un 1.42%.

Tabla No. 9. Distribución de los médicos según eficacia en las acciones relacionadas con el tratamiento del dolor.

Eficacia de las acciones	No	%
Ineficaz	1	1.44
Poco eficaz	6	8.57
Aceptable	49	70
Eficaz	12	17.14
Muy Eficaz	2	2.85
Total	70	100

Fuente. Formulario.

En la tabla número 9, con relación a la eficacia en las acciones relacionadas con el tratamiento del dolor predomino los residentes con eficacia de las acciones aceptables con 49% para un 70%, seguidas de eficaz con 12 residentes para un 17.14% y poco eficaz 6 residentes para un 8.57%, 2 de ellos refirieron ser muy eficaz para un 2.85% y ineficaz 1 residentes para 1.44%.

Discusión.

Los resultados confirman que existe una falta de formación en los profesionales médicos para atender al enfermo con dolor de manera integral. Existió un predominio de los residentes con menos de un año y de uno a cinco años de graduados, un porcentaje de ellos no recibió formación previa en el tema, el instrumento más conocido es la escalera analgésica, un gran porcentaje de estos refirieron suficiencia de sus conocimientos en torno al tema y el 41.44% expresaron dudas ante el tratamiento del dolor.⁹

En la educación de pregrado no existe un plan de educación en dolor debido a que el currículo de medicina lo considera como un síntoma aislado, enseñándose su manejo solo dentro de las patologías que lo producen. Esto lleva a que muchos estudiantes de medicina y médicos no se sientan preparados para el manejo del dolor.¹⁰

Aunque el estudio se efectuó con un grupo limitado de médicos residentes de algunas especialidades, y en un solo hospital, se evidencio desconocimiento en cuanto al manejo integral del dolor. Sin embargo, lo anterior concuerda con los datos de estudios internacionales que, entre otras cosas, señalan “que solo el 43% de los médicos en formación conocen la escalera analgésica de la OMS utilizada para el tratamiento del dolor. Existen revisiones donde se establece que el conocimiento y aplicación de la escalera analgésica permitiría controlar el dolor por cáncer hasta en el 75% de los pacientes.¹⁰

Existe mayor desconocimiento del segundo y tercer escalón de analgésicos, que corresponden a los opioides “débiles” y opioides “fuertes”, respectivamente, lo que redundaría en un inadecuado control del dolor de los pacientes con cáncer, ya que se les trata solo con medicamentos del primer escalón. En un estudio hecho con médicos directamente relacionados con el manejo de pacientes con cáncer, el “91,5% respondió que no tenían una formación formal en manejo del dolor y solamente el 8,5% habían recibido algún tipo de formación”, datos que se relaciona con algunos aspectos de la investigación.¹⁰⁻¹⁴

Como recomendación, conviene seguir las guías establecidas por la Organización Mundial de la Salud, siendo la principal medida priorizar el tema del dolor dentro de la formación médica, tanto a nivel de pregrado como de todos los sistemas de estudios de postgrado (ya sean especialidades médicas o quirúrgicas). La formación debe realizarse de forma teórica y práctica, lo que podría lograrse incluyendo conferencias magistrales por parte de especialistas y rotaciones para los residentes en las clínicas de Control del Dolor.^{13,14}

Resultados Fundamentales.

- El 68.5% de los residentes que participaron eran de primer año de la especialidad, 48.5% de los mismos tenían entre 1 y 5 años de graduados. El 84.5% de los médicos tenían conocimientos acerca del manejo del dolor, 64.28% habían recibido formación previa acerca del tema. Un 68.5% tenían conocimiento de la escala analgésica. El 97,5% refirió haber tratado previamente a un paciente con dolor, 55.3% plantearon sentirse regular en cuanto al nivel de suficiencia en conocimientos sobre el dolor, 41.4% de los médicos refieren sentirse con dudas en la actuación con estos pacientes. El 70% refirió tener eficacia en las acciones relacionadas con el tratamiento del dolor.

Conclusiones.

En general, se concluye que el manejo del dolor en algunos programas de especialidades médicas, por lo menos hasta el momento, no está siendo considerado como un tema prioritario, lo que en la práctica clínica se traduciría en un inadecuado control del dolor de los pacientes, no se ha logrado sistematizar la formación en el tema del dolor desde el pregrado de la carrera de

Referencias Bibliográficas.

1. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Tornero Molina J et al. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*. 2011; 14 (3). 367-80. 2
2. Catalá E, Reig, Artés M et al. Prevalence of pain in the Spanish population, telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002; 6: 133-40 3
3. Brennan, F., y Cousins, MJ. El alivio del dolor como un derecho humano. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 17(2005)
4. Camacho Barreiro, L. Pesado Cartelle, J. Rumbo-Prieto, JM. OPINIÓN DE ENFERMERÍA Y CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS VISUAL ANALÓGICA, VERBAL SIMPLE Y NUMÉRICA, EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO COMO 5ª CONSTANTE VITAL. *ENE, Revista de Enfermería*. v. 9, n. 1, abr. 2015. ISSN 1988-348X. Disponible en <http://ene-enfermeria.org/ojs>
5. Barreto Quintana HM. La Anestesiología-Reanimación en la formación académica del médico de familia. Print version ISSN0120-3347. *Rev. colomb. anestesiología*. vol.43 no.2 Bogotá Apr./June 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2015.01.006>
6. Ury WA, Rahn M, Tolentino V et al. Can a pain management and palliative care curriculum improve the opioid prescribing practices of medical residents?. *L Gen Intern Med*. 2002; 17 (8):625-31 4
7. Montes A, Arbonés E, Planas J et al. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008; 2: 75-82 5. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. B.O.E. nº 260: 44037-48 6
8. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. *Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011
9. Fishman S, Ballantyne J, Rathmell J. *Bonica's Management of Pain*. Fourth. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2009
10. Ogboli E, Makama J, Yusufu L. Evaluation of knowledge of cancer pain management among medical practitioners in a low resource setting. *J Pain Res* 2013; 6: 71-77
11. Vargas-Bermúdez A. Manejo no adecuado del dolor por cáncer en Costa Rica: ¿un problema de formación académica?. *Acta méd costarric* Vol 56 (2), abril-junio 2014
12. Estudio APPEAL. EFIC Congress Pain in Europe VIII. Florence, Italy, from 9th to 12th October 2013
13. Ury WA, Rahn M, Tolentino V et al. Can a pain management and palliative care curriculum improve the opioid prescribing practices of medical residents?. *L Gen Intern Med*. 2002; 17 (8):625-31
14. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Tornero Molina J. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*. 2011; 14 (3). 367-80.

ANEXO I.

Encuesta a residentes de diferentes especialidades. Estudio Exploratorio.

Objetivo. Explorar el nivel de conocimiento que tiene residentes de diferentes especialidades para el abordaje de un paciente con dolor.

Especialidad: _____

1. Médico residentes de:
 - a) R1 ____
 - b) R2 ____
 - c) R3 ____
 - d) R4 ____
2. Años de graduado como médico.
 - a) Menos de un año ____
 - b) De 1 a 5 años ____
 - c) De 6 a 10 años ____
 - d) Más de 10 años ____
3. Tiene conocimientos previos relacionados con el manejo del dolor.
 - a. Mucho ____
 - b. Aceptable ____
 - c. Poco ____
4. Ha recibido formación previa respecto al tema sobre el manejo del dolor.
 1. Si ____
 2. No ____
5. ¿Conoce instrumentos de la OMS para el manejo del dolor?
Escala analgésica. ____
Algoritmo OMS. ____
Ascensor analgésico. ____
Escala visual análoga. ____
6. ¿En su experiencia ha brindado asistencia médica a pacientes con dolor?.
 - I. Si ____
 - II. No ____
7. Considere usted que tiene suficientes conocimientos para el abordaje integral del dolor en los pacientes.
 - a. Ninguno ____
 - b. Poco ____
 - c. Regular ____
 - d. Bueno ____
 - e. Excelente ____
8. ¿Cómo se siente ante la actuación con estos pacientes?.
 - a. Muchas dudas ____
 - b. Con dudas ____
 - c. Aceptable ____
 - d. Hábil ____
 - e. Muy Hábil ____
 - f. No procede ____

9. Considera usted, eficaces sus acciones médicas relacionadas con el tratamiento del dolor.

- a) Ineficaz ____
- b) Poco eficaz ____
- c) Aceptable ____
- d) Eficaz ____
- e) Muy Eficaz ____

TÍTULO: ÉTICA EN LAS RELACIONES MÉDICO-PACIENTE EN REHABILITACIÓN.

Autora principal: Lic. Otmara García Millán

Coautores:

Lic. Doris Cabrera Cabrera, Lic. Elizabeth Manso Díaz de Villega, Lic. Yanet Arística Padilla, Lic. Adanay Carreño, Dr. Wandy Valdés Rodríguez

INTRODUCCIÓN

En cada proceso histórico de la humanidad el médico, en su labor diaria, ha tenido que enfrentar disímiles situaciones, propias de su profesión, las cuales lo han llevado a tomar decisiones y valoraciones para solucionar problemas relacionados con el diagnóstico, terapéutica o introducción de un nuevo fármaco. Las mismas están en íntima relación con la moral y la ética médica quienes han resultado de gran valor para llegar a un consenso lo más acertado posible en beneficio del paciente y de la relación médico paciente. La Bioética es un arma muy importante para la consecución de estos fines ya que abarca la ética médica; pero no se limita a ella, sino que contiene otros aspectos importantes como la investigación biomédica y su influencia o no en la terapéutica.

En el desarrollo científico de la humanidad no se recoge ninguna etapa en la cual se hayan logrado tantos avances significativos en el desarrollo de la medicina como los experimentados en la segunda mitad del siglo XX: la ingeniería genética, la transplantología, avances e investigaciones biomédicas y la terapéutica farmacológica. Cada día el médico tiene más posibilidades y capacidad de intervención en los procesos que determinan o modifican la vida y la sociedad. Debido a ello todo lo concerniente a la salud en general se ha convertido en un tema de creciente interés público que genera problemas éticos tanto individuales como colectivos. ^(1,2)

Por lo anteriormente expuesto médico debe prepararse técnica y científicamente, y muchas veces será necesario que trascienda las normas concretas para dar mayor contenido a los valores de la vida y de la dignidad de la persona, derecho que se basa en la igualdad específica de todos los hombres sin distinción de raza, edad, sexo, religión o nivel cultural en nuestra sociedad socialista. ^(2,3,4)

La medicina está ligada a la ética desde sus comienzos, ya que va dirigida a la búsqueda del bien. La ética, columna vertebral del ejercicio de la medicina es muchas veces olvidada o desechada. Hay que reconocer que ella es parte insoluble de esta profesión por cuanto demuestra que la verdad moral prevalece contra la oscuridad de la mentira y la muerte, y que toda ciencia se erige sobre el fundamento ético de elegir el bien frente al mal, construyendo el alivio contra la destrucción del dolor y la enfermedad. ⁽⁵⁾

El enfermo tiene una infinidad de derechos, pero lo que espera del médico es finalmente que él haga lo mejor, es decir, que le brinde una buena atención diligente y conforme al estado de sus conocimientos médicos. Hace casi 2500 años, Platón reconoció que una buena medicina clínica es el conjunto del conocimiento científico y del cuidado humano. En el libro IV de la Jurisprudencia, describió al médico excelente como aquel que **"trata las enfermedades analizando los problemas a fondo desde**

el principio, de una manera científica y que se gana la confianza del paciente y la familia". ⁽⁶⁾

Ética y derechos humanos se confunden con respecto a la decisión libre e informada del paciente, pero también respecto a su elección en cuanto a la libertad de tratamiento que da un sentido al consentimiento informado en la medida en que, esa elección, supone una alternativa al respeto, a la vida, a la dignidad de la persona y al secreto profesional. ^(1,2,5,7) Desde 1767 en la demanda de Slater versus Baker-Stapleton se avoca la doctrina la conocimiento y regulación del consentimiento dentro del ejercicio profesional médico ⁽⁸⁾.

Todos los protocolos deben estar sometidos a los procedimientos apropiados de vigilancia ética. El equilibrio entre “hacer el bien” y “respetar la autonomía del paciente” se establece a través del consentimiento informado, proceso por el que se le proporciona al paciente, atento y mentalmente competente, la posibilidad de decidir su participación en un ensayo clínico, pues el consentimiento informado es el pilar fundamental del principio de autonomía ⁽⁹⁾. Existen bases legales nacionales e internacionales para la realización de ensayos clínicos. Estas tienen sus antecedentes en el juramento hipocrático, el que ha dado lugar a una serie de normas y regulaciones que deben ser cumplidas por los profesionales técnicos y sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

DESARROLLO

La Relación Médico Paciente en Rehabilitación comienza con la evaluación y confección de la indicación por el facultativo. En ésta además de las generales del paciente, se deben consignar los datos clínicos e impresión diagnóstica.

Ante la indicación de un tratamiento el paciente se halla ante numerosas interrogantes inherentes a la aplicación de determinados agentes físicos, así como la valoración entre las molestias que le puede ocasionar y el tiempo de recuperación de las funciones, así como la conducta que de este se derive, además de cuando, cómo, dónde y quién se lo practicará. Otros aspectos no despreciables son la gravedad de la afección que motiva la consulta, el significado social de la misma y el estado anímico del paciente que muchas veces dependerá de lo anterior o de situaciones familiares o laborales secundarias a su cuadro de discapacidad o invalidez. Por tanto debemos propiciar una adecuada relación personal con el paciente que le inspire un estado anímico de seguridad, colaboración y positividad ante la rehabilitación como parte esencial en el proceso rehabilitador y explicarle con el tacto y la prudencia necesaria e informarle oportunamente todo lo necesario acerca del programa de tratamiento a que ha de ser sometido ^(7,11).

Complacencia: Se debe evitar y combatir cualquier tendencia a la complacencia en los métodos y técnicas rehabilitadoras. Propiciar que solo se realicen a cada paciente la aplicación de los procedimientos técnicos acorde a sus secuelas, no hacer un uso irracional de los agentes físicos que puedan traer complicaciones y reacciones adversas en los pacientes

Investigación: Evitar daños a personas sanas o enfermas en los trabajos de investigación que realicemos ^(4,7).

Atención: Atender de forma solícita y benévola a toda persona que recabe nuestros servicios, sin mostrar prisa o indiferencia hacia sus padecimientos, ni hacer comentarios indiscretos en su presencia.

Prestar servicio incondicional: Se debe ofrecer igual servicio con dignidad y respeto a todas las personas independientemente de la raza, origen nacional o étnico, color, religión, edad, tipo de enfermedad, estado mental o físico^(4,7,11).

Información consentida del paciente: El desarrollo científico-técnico se dirige hacia el aumento cualitativo y cuantitativo de la información obtenida y la disminución de las molestias o riesgos para el enfermo. El paciente o sus familiares deben conocer si existe algún riesgo, su magnitud y estar de acuerdo o no con la aplicación del tratamiento rehabilitador, excepto en caso extremo donde peligre su vida.

Recepción del paciente: El paciente al llegar al departamento debe ser recibido y orientado por el personal adecuado, el cual es el encargado de clasificar y priorizar a los pacientes según la edad y tipo de secuela, ya sea físico- motora, mental, etc, lo cual condicionará el ambiente favorable en la antesala.

Disciplina y planificación de la consulta: Se debe preservar el derecho del turno de cada paciente y planificar la consulta para evitar el malestar que ocasiona la espera innecesaria. Una vez en consulta debemos saludar y orientar al paciente en cuanto a los pasos a seguir, dónde y cómo se sienta o acuesta y evacuar alguna duda. Garantizar que no se interrumpa la asistencia del paciente, tanto durante la consulta como en la aplicación adecuada y estricta de las sesiones de tratamiento, las cuáles deben de ser cumplidas a cabalidad, para tratar de lograr los objetivos esperados.

Comportamiento profesional: Debemos observar un comportamiento (ya sea hombre o mujer), en una forma profesional que responda a las necesidades del paciente y apoye a sus colegas.

Calificación: Practicar sólo aquellos procederes para los que posea la adecuada calificación técnica a menos que tales hayan sido delegados por una adecuada autoridad médica y para el cual haya recibido el entrenamiento pertinente.

Privacidad y ambiente acogedor: No deben permanecer en la consulta personas ajenas ni más de un paciente. El inmueble y los equipos deben permanecer limpios y ordenados así como los locales deben de estar decorados con sencillez, con cuadros u ornatos relacionados con el medio. Por Ej.: un cuadro de niños, algún juguete o accesorio que favorezca la relación.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES

Aspecto y porte personal: Cuidar de nuestro aspecto y porte personal. Alentar la confianza y la confianza del público a través de altos estándares de apariencia personal, conducta y competencia.

Control gestual y verbal. Yatrogenia: Tanto el médico como el personal técnico, debe escoger las frases y controlar los gestos tanto en la anamnesis como en la ejecución del tratamiento. Evitar frases o expresiones imprudentes como el asombro o la preocupación excesiva así como el silencio prolongado. Cuando el examen se prolonga podemos usar frases que mitiguen la ansiedad o malestar que podamos causar. No debemos preocupar a los pacientes prematura o innecesariamente. (No dar falsas expectativas pronósticas). En nuestra actitud no debemos reflejar impericia, indolencia o inseguridad. El paciente debe sentir que es tratado con afecto y respeto a la vez que cuidamos su pudor ya que en ocasiones es necesaria su exposición desnuda parcial o casi total. Exigir, de los trabajadores subordinados, la conducta adecuada ante el paciente y sus familiares⁽⁴⁾.

Lenguaje: Se debe utilizar en todo momento de nuestras relaciones con el paciente y sus familias, un lenguaje claro, sencillo y comprensible, erradicando cualquier expresión soez y de mal gusto ^(4,7,11).

Secreto profesional: Se debe conservar el secreto profesional, teniendo en cuenta los intereses del paciente, siempre que ello no ocasione un perjuicio social ni ponga en peligro la salud de otras personas. No divulgar aspectos de la enfermedad o discapacidad, que puedan estar ligados con la vida íntima del paciente o sus familiares. Al concluir cada sesión de tratamiento en base a los objetivos propuestos debemos transmitir la información adecuada a paciente y familiares, evitando en los casos donde el pronóstico no sea bueno, un deterioro emocional que contribuya al empeoramiento de la enfermedad o al rechazo al tratamiento. Por todo lo cuál debemos contribuir a la protección y al mejoramiento de la salud y el avance científico-técnico de las ciencias médicas, tener en cuenta que la información no debe perjudicar la integridad psíquica y moral del paciente u otras personas, ni los intereses de la sociedad ^(7,13,14).

Amor al trabajo: Debemos mantener una preocupación constante por elevar y perfeccionar nuestra maestría profesional, la asimilación de los métodos avanzados de trabajo e iniciativa para aprovechar los recursos técnicos ⁽¹⁵⁾.

No se debe demandar del paciente un comportamiento análogo al que nosotros tendríamos en su lugar, sin valorar que en la mayoría de los casos, el desarrollo socio-económico y cultural del paciente es más bajo que el nuestro ⁽¹¹⁾.

Factor tiempo: El paciente tiene el derecho y el médico tiene el deber de dedicarle al menos el tiempo mínimo requerido, aspecto que a veces se viola cuando se citan o aceptamos más pacientes de los que realmente podemos examinar correctamente, algún enfermo necesita mayor tiempo del estimado o llegan urgencias. Este aspecto repercute negativamente en la relación médico-paciente y por tanto en la calidad del examen.

Objetivos perseguidos: El paciente acude al servicio de rehabilitación con el deseo primordial de saber cuáles son sus posibilidades de recuperarse y en que período de tiempo, pero no siempre es posible llegar a la recuperación total de las funciones perdidas para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Se puede cometer yatrogenia por omisión, si al menos no le damos una explicación u orientación convincente, siempre teniendo en cuenta el nivel de aspiración de los pacientes y el pronóstico rehabilitador de su secuela.

Motivo de consulta: Se debe considerar el motivo de consulta el cual usualmente orienta nuestro proceder y evita preguntas innecesarias o no prudentes.

Características particulares: Con igual motivo de consulta, las características individuales de cada paciente pueden modificar considerablemente la importancia de un adecuado tratamiento, por tanto es imprescindible antes de emitirlo valorar cuidadosamente su antecedentes, diagnóstico emitido por especialistas a fines y examen físico, hasta donde nos compete dar la información directamente al paciente si su estado mental lo permite y a los familiares.

CONCLUSIONES

Una adecuada Relación Médico-Paciente asociada a la selección correcta del tratamiento rehabilitador nos permitirá preservar, conservar y recuperar la salud de nuestro pueblo.

En nuestra sociedad donde la medicina tiene un carácter humanista, existen todas las condiciones para que se practiquen los principios de autonomía e integridad.

Debemos promover en nuestro pueblo, el cual tiene cada día mayor nivel cultural la asimilación del control de los factores de riesgos de las enfermedades para evitar secuelas que repercuten en la integridad bio-psico- social de los individuos.

Se debe fomentar una política de selección en cuanto a las fases de tratamientos que son indispensables para lograr precozmente la recuperación y la reinserción social de los pacientes.

Es indispensable que todos los trabajadores de la salud elevemos nuestro nivel científico-técnico constantemente, para como parte del pueblo contribuir a la consecución de los anteriores objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 11ed. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica; 1978. Ética. p. 382.
2. Compact Océano. Diccionario Enciclopédico Color. Barcelona: Océano Grupo Editorial; 1998. Ética. p. 377.
3. Pérez Fardales E, Martínez Gómez JA. Fundamentos filosóficos de la ética médica. En: Aguirre del Busto R, Álvarez Vázquez AR, Araujo González R, Bacallao Gallestey J, Barrios Osuna I, et al. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2000.p. 135-9.
4. Ballinger PW. Merrill's atlas of radiographic positions and radiographic procedures. 8 ed. St. Louis: Mosby; 1995; T1.
5. Potter, VR. Bioethics: bridge to the future. New Jersey: Prentice-Hall; 1971.
6. Pérez Cárdenas ME, Flores Rodríguez JL, Singh Castillo C, Paredes Rodríguez G. Ética médica y bioética: perspectiva filosófica. En: Aguirre del Busto R, Álvarez Vázquez AR, Araujo González R, Bacallao Gallestey J, Barrios Osuna I, et al. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2000.p. 140-63.
7. Ministerio de Salud Pública. Principios de la ética médica. Ciudad de La Habana: Política; 1983.
8. Rivera Michelena N, Blanco Horta F. Capítulo 13 La dimensión comunicativa en la buena práctica en salud. En: Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2001.p.365-6.
9. Reeder Sh J, Martín LL, Koniak D. Enfermería materno-infantil.17ed. México: Interamericana; 1995.
10. Casa de Las Américas. Ernesto Che Guevara Obras 1957-1967. 2 ed. Ciudad de La Habana: CASA; 1977; T2.
11. González Menéndez R. Psicología para médicos generales. 2 ed. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica; 1984.
12. Núñez de Villavicencio Porro F. Psicología médica. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1991; T2.
13. Borroto Cruz R, Aneiros-Riva R. Parte VII Relación médico-paciente. En: Núñez de Villavicencio Porro F. Psicología y salud. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2001.p. 175-82.
14. Alonso Menéndez D, Von Smith Smith V, Ramírez Márquez A, Ortega A. Ética y deontología médica. Guantánamo: "Juan Marinelo"; 1989.

15. Rosental M, Iudin P. Diccionario filosófico. Buenos Aires: Universo; 1973. Amor al trabajo. p. 11.
16. Pellegrino ED. The relationship of autonomy an integrity in medical ethics. Bulletin of PAHO. 1990; 24(4): 361-71.

EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES EN EL CONSEJO POPULAR “PALMIRA NORTE”

Autor principal: MSc. Carlos de Jesús Dauval Borges (1)

Coautores: MSc. Orlando Chamorro Gutiérrez (2), Lic. Alejandro Padrón Mendoza (3)..

(1) Licenciado en Química, Máster en Educación, Profesor Auxiliar de Bioquímica y Fisiología Deportiva, Profesor Consultante. cdauval@ucf.edu.cu Departamento de Ciencias Aplicadas, Facultad de Cultura Física, Universidad “Carlos Rafael Rodríguez” Cienfuegos. Cuba (2) Licenciado en Cultura Física, Máster en Actividad Física en la Comunidad. Profesor Auxiliar, Jefe del Departamento Didáctica del Deporte Facultad de Cultura Física, Universidad “Carlos Rafael Rodríguez” Cienfuegos. Cuba. (3) Licenciado en Cultura Física, Profesor de Educación Física.

Resumen

La investigación estuvo basada en la evaluación de la condición física funcional de adultos mayores del círculo de abuelos Alegría de Vivir del Consejo Popular Palmira Norte, municipio Palmira, para lo cual se aplicaron un grupo de pruebas estandarizadas internacionalmente. La información obtenida arrojó resultados satisfactorios, pues el 25% del total de las pruebas están evaluadas de MB, el 53.7% evaluado de B y el restante 21.3 evaluado de R de acuerdo a los niveles establecidos. La prueba con mejores resultados es la relacionada con la resistencia aerobia en la caminata de seis minutos. Con estos resultados se logró facilitar un diagnóstico del grupo y la posibilidad de reorganizarlo, seleccionar ejercicios físicos, adaptarlos a sus características y de esa manera planificar y dosificar las actividades.

Palabras Clave: Condición Física Funcional. Resistencia aerobia. Ejercicio físico.

Introducción

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas es considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, pero se transforma en un evento, tributario de grandes decisiones y soluciones adecuadas con las consecuencias que de esto se derivan. ⁽¹⁾

Uno de los retos que el siglo XXI impone a la sociedad mundial, es el incremento de los ciudadanos de 60 años o más, cuya tasa de crecimiento anual de 2,4 por ciento supera a la de los menores de 15 años de edad, representada solo por el 1.6 por ciento de la población ⁽²⁾.

Actualmente Cuba es uno de los países del Tercer Mundo con envejecimiento similar al de los más desarrollados, pues de cada 10 individuos uno es adulto mayor de 60 años y se vaticina que en el 2025, 1 de cada 4 cubanos tendrá más de 60 años. Y para el año 2050 se espera que el grupo rebase a la población menor de 14 años, por lo que es interés del estado cubano promover acciones de preparación y atención a este sector de la sociedad. Se ha podido definir que Cuba es uno de los tres países más envejecidos de la región y se calcula que para el año 2050 la población mayor de 60 años en Cuba represente hasta el 50% del total de la población. ⁽³⁾

.La población general del consejo popular Palmira Norte en la provincia de Cienfuegos, es de 7991 habitantes de los cuales 983 son mayores de 60 años de edad, y 896 tienen una edad comprendida entre 60 y 85 años. (4)

Reconociendo la importancia de la funcionalidad para las personas de edad avanzada, el concepto de condición física funcional, que Rikli R.E. y Jones R. J.(5) definen como "la capacidad física para desarrollar las actividades normales de la vida diaria de forma segura e independiente y sin excesiva fatiga", nos muestra una vía para valorar el estado físico de adultos mayores teniendo en cuenta sus cinco componentes principales: composición corporal, fuerza muscular, resistencia cardio-respiratoria, flexibilidad y equilibrio.

Es necesario entonces obtener resultados que permitan demostrar la necesidad de programas físico-deportivos en aquellos adultos que se desvinculan de la actividad laboral, con vistas a garantizarles a éstos una mejor calidad de vida, tema éste que ha motivado la investigación a través de la siguiente interrogante:

¿Cuál es el comportamiento de los indicadores de la condición física funcional de los adultos mayores del círculo de abuelos "Alegría de Vivir" en el consejo popular Palmira Norte del municipio Palmira?

Se trazó entonces como objetivo general evaluar el comportamiento de los indicadores de la condición física funcional de los adultos mayores, del círculo de abuelos "Alegría de Vivir" en el consejo popular Palmira Norte.

Desarrollo:

El ámbito seleccionado para aplicar la batería de pruebas fue el círculo de abuelos 'Alegría de vivir'. De los adultos mayores en el rango de 60 – 85 años se escogieron 16 para aplicar la batería de pruebas. Con la condición que consintieran en participar en las mediciones.

La muestra estuvo compuesta por 16 adultos mayores y representa un 66 % de una población de 24 adultos mayores que asisten al círculo de abuelos "Alegría de Vivir" en el consejo popular Palmira Norte.

Estuvo comprendida entre las edades 60 y 85 años del círculo de abuelos todas del sexo femenino y tras obtener su consentimiento estuvo sometida al conjunto de pruebas para evaluar la condición física funcional.(Anexo 1)

Para realizar evaluaciones funcionales en los adultos mayores, son necesarios test ya conocidos, de fácil aplicación y que estén debidamente validados. Su uso debe servir como punto de partida para la prescripción individualizada de ejercicio físico y para situar el nivel del sujeto evaluado respecto de sus coetáneos. se utilizó la tabla evaluativa propuesta y validada por Rikli R.E.y Jones C.J. (6)

Los resultados individuales de cada sujeto y a la vez de cada prueba sirven de diagnóstico y comparación para evaluaciones posteriores con este grupo etáreo.

A partir de este trabajo se cuenta con la información puntual básica necesaria a fin de que se establezcan las normativas para el trabajo con el adulto mayor en este grupo; dado que en los programas de educación física para estas edades son escasas y muy generales. La aplicación de esta batería de pruebas evalúa la condición física funcional del adulto mayor; con métodos y procedimientos de trabajo para los profesionales que atienden adultos mayores; los cual permitirá conocer acerca del estado actual de las variables implicadas en el estudio.

La investigación contribuye a elevar la calidad de vida del anciano, aumento de su autoestima, de su independencia, seguridad y utilidad social.

Resultados.

En cada planilla se anotaron datos personales de cada sujeto: talla (cm), peso (kg), edad, frecuencia cardiaca máxima y sexo .(Anexo 2)

Para la recogida de datos se utilizó una tabla en la que se registraron los resultados y evaluación de cada prueba de manera individual.(Anexo 3)

En la prueba número 1 la cual consiste en sentarse y levantarse de una silla en 30 segundos. Cuyo objetivo es: evaluar la fuerza de las piernas. El 91.67 % de los sujetos fueron evaluados de B mientras que el 8.33 % fue evaluado de R. Los resultados arrojan como promedio: 10.75, moda: 11. No se observa ningún sujeto evaluado de mal lo que refleja que el trabajo realizado hasta el momento se considera bueno. Es de destacar que no se observan elementos evaluados de MB lo que sugiere continuar el trabajo que se viene ejecutando con la celeridad y la calidad que hasta hoy presenta.

En la prueba número 2 se aplica, de manera individual, a cada brazo y se compila atendiendo al resultado que se logra en cada miembro evaluado y las flexiones logradas se exponen de forma individual.

Flexión y extensión de brazo con pesos. Objetivo: evaluar la fuerza de los miembros superiores. En dicha prueba el 66.64 % estuvo evaluado de MB lo que habla acerca de la calidad y eficacia de los ejercicios que realizan en cada sesión de ejercicios, es de notar que mientras, el 33.33 % estuvo evaluado de Regular en las flexiones de brazo derecho. Mientras que en el izquierdo se observa al menos 5 personas evaluadas de regular lo que se presenta lógico por ser este el brazo menos fuerte o sea donde la mayor cantidad de personas participantes son derechos por naturaleza, exhibiendo como promedio 16,4 y 16,75 respectivamente no obstante son frecuentes los que solo alcanzan 13 y 16 repeticiones lo que se muestra en la moda que resulta del análisis realizado : Resultados estadísticos. Brazo derecho, promedio: 16.75, moda: 15. Brazo izquierdo: **promedio**: 16.41, moda: 13.59

En la prueba 3 recorrido *en 6 minutos*. Objetivo: evaluar la resistencia aerobia. Número de metros que pueden ser recorridos durante 6 minutos andando por un trayecto. Los resultados al ser analizados porcentualmente dieron a conocer que el 66.64 % estuvo evaluado de MB, mientras que el 16.67% estuvo evaluado de B y R respectivamente. Los métodos estadísticos empleados para procesar los resultados brindan estos resultados. Media: 413.5, moda: 480. Estos logros responden al trabajo que realizan diariamente los abuelos en el círculo el que se puede catalogar de acertado gracias a los elevados efectos que exhiben los datos.

La prueba número 4 tiene como objetivo: lograr medir la resistencia aerobia. Dicha prueba consiste en paso en el lugar por 2 minutos. Donde se registran los pasos que sobre pasan la medida establecida para cada individuo se anota el número de pasos completos realizados en 2 minutos. El 24.9 % fue evaluado de R mientras que el restante 75.1% esta evaluado de B. es de resaltar que no se observa personas evaluadas de MB ni de M, lo que sugiere continuar el trabajo para mejorar el resultado en esta prueba Métodos estadísticos: media: 44.02, moda: 60.

La siguiente prueba, número 5, tiene como objetivo: evaluar la flexibilidad de la cintura pélvica o sea la articulación coxo femoral, consiste en flexionar el tronco a tocar la

punta de los pies. Se cuantifica el número en centímetros entre los dedos medios de las manos extendidas y el dedo gordo del pie en posición natural sin flexionar. Como se ha planteado las piernas no se pueden flexionar por las rodillas y con un ángulo de 90° en los tobillos. En esta prueba el 58.34 % fue evaluado de MB mientras que el 33.33 % fue evaluado de B y los restantes 8.33 % fue evaluado de R. Resultados estadísticos. Moda: 1, promedio:-1.70.

Los resultados de la prueba número 6. *Rascarse la espalda*. Son individuales de cada brazo (hombros) ya que no hay la misma flexibilidad en cada hemisferio del cuerpo. Objetivo: evaluar la flexibilidad de la parte superior del cuerpo. Se anota el número de centímetros entre los dedos del medio. Métodos estadísticos. Hombro del brazo derecho por encima. Promedio: -7.25, moda: 1. Hombro brazo izquierdo por encima. Promedio:-12.41, moda: -5. En la misma se muestra que la flexibilidad está por debajo de 1 lo que es normal en estas edades pues esta capacidad se pierde con los años lo que obliga a realizar una labor para disminuir, en la medida de lo posible, esta deficiencia en los abuelos a estas edades.

La prueba 7 *levantarse, recorrer 2.44 m. y volver a sentarse*. Tiene como objetivo: evaluar la agilidad, el equilibrio y la movilidad general. En dicha prueba se registran los segundos requeridos para levantarse de una posición de sentado, caminar 2.44 metros, doblar y retomar la posición de sentado. Los estadígrafos empleados en esta prueba son: media 8.02, promedio 8.16.

De todo lo planteado se puede resumir que los sujetos 3 y 5 fueron los de mejores resultados, ya que obtuvieron 5 evaluaciones de MB, siendo la prueba número 3 la de mejores resultados de forma general. Los resultados menos satisfactorios de forma general se obtuvieron en la prueba 2, 6 y 7, en las cuales 11 sujetos fueron evaluados de R, siendo en el plano individual los números 6 y 7 los de menos resultados. En general hubo 3 evaluados de MB, representando un 24.9 % del total, 7 sujetos fueron evaluados de B significando un 43,3 %, mientras que 2 abuelos resultaron evaluados de R expresando el 12,4 %.

Otros resultados que tienen su influencia en la investigación son los recopilados por las encuestas aplicadas a los sujetos en cuestión.

De los sujetos involucrados en la muestra 5 se desempeñan como amas de casa lo que representa el 35,3%, 11 son jubiladas y representan un 65.73% de la muestra.

Las enfermedades crónicas no trasmisibles son otro parámetro analizado en las encuestas que fueron aplicadas, en esta se recolectaron los datos relacionados con ciertos achaques tales como: hipertensión arterial, artrosis, artritis, diabetes mellitus, asma, trastornos circulatorios, etc. Véase tabla # 11. Dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles que padecen los adultos mayores, objeto del estudio, se destacan por el mayor número de incidencias la hipertensión arterial (HTA) con un 44 % y la artrosis con un 31.2 %.

Según criterios de los médicos y las enfermeras que los atienden en los consultorios, se tiene un control y estado estable de estas enfermedades.

Todos los sujetos pertenecen al área de salud del consultorio # 3, del policlínico de Palmira. Los medicamentos más usados por los sujetos muestreados fueron los: circulatorios, antiinflamatorios y vitaminas.

Conclusiones

La muestra estudiada exhibe sus mayores representaciones en las edades de 60 a 70 años y fue seleccionada de forma intencional. No hay representación del sexo masculino.

La batería de pruebas aplicada arroja resultados satisfactorios en la Condición Física Funcional ya que el 25% del total de las pruebas están evaluadas de MB, el 53.7% evaluado de B y el restante 21.3 % evaluado de R de acuerdo a las tablas estandarizadas al efecto.

La prueba con mejores resultados fue la # 3, basada en la caminata de 6 minutos en el círculo de abuelos evaluado.

Las pruebas con mayores dificultades fueron la 2 y la 7 relacionadas con la Fuerza de brazos y la agilidad y equilibrio dinámico. Con 11 y 10 sujetos evaluados de R respectivamente.

Recomendaciones:

Aplicar periódicamente las pruebas a los adultos mayores que asisten a las diferentes casas de abuelos para evaluar la condición física funcional y tomar las medidas pertinentes en cuanto a la programación y dosificación de las actividades físicas a realizar, para lograr contribuir con la calidad de vida de los sujetos en estas edades y facilitar su permanencia activa en la sociedad.

Divulgar los resultados de esta investigación en eventos científicos para su conocimiento.

Referencias bibliográficas

- 1.CELADE-CEPAL *América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. Santiago de Chile: CELADE-CEPAL.2004. Disponible en <https://www.cepal.org/id.asp?id=14347>.
- 2.Bueno, E. (2002). *Población y Desarrollo. Enfoques alternativos para su estudio*. La Habana: CEDEM. Disponible en http://www.cedem.uh.cu/sites/default/files/Programa_de_Poblacion_y_Desarrollo.pdf.
- 3.Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Cuba. La Habana: Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/envejecimiento2013.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. OMS,2015. Disponible en: <http://www.who.int/about/licensing/copyright/form/en/index.html>
- 5.Rikli, R.E., Jones, C.J..*Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults*. Journal Aging Phys Act., 7,127-159. 1999.
- 6.Rikli, R.E., Jones, C.J.. Measuring functional fitness of older adults. The Journal on Active Aging. 24-30, March- April 2002.

Anexos

Anexo 1. Caracterización de la muestra por grupos etáreos.

Grupo etáreo	Nº	%
60-64	4	25
65-69	5	31,3
70-74	3	18,7

+ de 75	4	25
Total	16	100

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 2: Caracterización de la muestra según Índice de Masa Corporal y Frecuencia Cardíaca Máxima según edad.

No	Sexo	Peso Kg.	Talla	Edad	IMC	FCM 220-edad	Clasificación Según IMC
1	F	56	1.50	62	23.9	158	Peso saludable
2	F	54	1.35	85	25.7	135	Sobrepeso
3	F	50	1.52	68	22.2	152	Peso saludable
4	F	44	1.37	78	20.4	137	Peso saludable
5	F	68	1.47	73	30.2	147	Sobrepeso
6	F	58	1.51	69	24.5	151	Peso saludable
7	F	62	1.51	69	23.4	151	Peso saludable
8	F	55	1.59	61	19.8	159	Peso saludable
9	F	64	1.55	65	23.0	155	Peso saludable
10	F	72	1.50	70	30.4	150	Sobrepeso
11	F	57	1.56	64	24.4	156	Peso saludable
12	F	61	1.50	70	23.0	150	Peso saludable
13	F	69	1.56	69	28.4	156	Sobrepeso
14	F	67	1.58	72	26.90	158	Peso saludable
15	F	69	1.59	65	27.27	159	Peso saludable
16	F	70	1.68	67	24.82	168	Sobrepeso

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 3: Caracterización de la muestra según padecimientos

Padecimiento	No	%
Cardiopatía isquémica	-	-
HTA	7	44
Cardiopatías asociadas	-	-
Artrosis	5	31.2
Artritis	1	6.2
Osteoporosis	1	6.2
Trastornos circulatorios	5	31.2
Trastorno del sueño	1	6.2
Diabetes mellitus	3	19
Asma bronquial	4	25

Fuente: Historia Clínica.

Anexo 4: Resultados generales y evaluación de las pruebas realizadas para medir la Condición Física Funcional.

Sujeto	Prueba 1	Prueba 2		Prueba 3	Prueba 4	Prueba 5	Prueba 6		Prueba 7	Evaluación
		D	I				D	I		
1	B	B	B	B	B	MB	R	R	R	B
2	B	MB	MB	R	R	R	B	R	B	R
3	B	MB	MB	MB	B	MB	MB	B	R	MB
4	B	B	MB	R	R	MB	B	B	R	B
5	B	MB	MB	MB	B	MB	MB	R	B	MB
6	B	MB	MB	MB	B	B	B	R	B	B
7	B	B	B	MB	R	MB	R	R	R	R
8	B	MB	MB	B	B	B	B	B	R	B
9	B	MB	MB	MB	B	B	MB	B	B	B
10	B	MB	MB	MB	B	MB	R	R	B	MB
11	R	B	B	MB	B	MB	MB	B	R	B
12	B	MB	B	MB	B	B	R	B	B	B
13	B	B	B	R	B	MB	R	B	B	B
14	MB	B	B	R	R	MB	MB	B	B	B
15	B	B	R	B	B	B	R	B	B	R
16	B	MB	R	B	B	B	MB	B	B	B
TOTAL	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
MB	1	8	4	8		9	6			3
B	14	8	10	4	12	6	4	10	10	10
R	1		2	2	4	1	6	6	6	1

Fuente: resultados de las pruebas

EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON FUERZA MUSCULAR EN ADULTOS MAYORES.

Autora principal: Lic. Bárbara Rodríguez Guardiola¹

Coautores: Dra. Yanín Fernández Rodríguez², Dra. Milaynis Figueredo Suárez³, MSc. Carlos Dauval Borges⁴

(1) barbara.rodriguez@gal.sld.cu, Lic. Terapia Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba, (2) yaninfr@jagua.cfg.sld.cu, Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos. Cuba, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Máster en Atención Integral a la Mujer, (3) Especialista en Geriátrica y gerontología Hospital Psiquiátrico Provincial, Cienfuegos, Cuba, (4) cdauval@ucf.edu.cu. Licenciado en Química. Master en Educación, Profesor Auxiliar. Profesor Consultante, Universidad Carlos Rafael Rodríguez, Cienfuegos, Cuba,.

Resumen

En una sociedad en la que la esperanza de vida ronda los 78 años y en la que el porcentaje de personas de edad avanzada supera el 19.1 % de la población según los últimos datos publicados, parece completamente necesario preocuparse no únicamente por la cantidad de años que nos quedan de vida sino por la manera en que seremos capaces de disfrutar de los mismos. La presente comunicación se basa en la evaluación de la condición física funcional y su relación con la fuerza muscular en adultos mayores del Hospital Geriátrico de Día del Hospital Provincial GAL, mediante la aplicación de tests validados. Material y método, estudio tipo cuantitativo no experimental de alcance transeccional, descriptivo, en un tiempo relativamente corto y sus resultados se basaron en la observación, la medición y la aplicación de encuestas, se trabajó con el análisis de documentos como historia clínica del paciente que nos permitió recopilar los datos para el estudio, entrevista al paciente, permitió conocer los antecedentes y el historial de la patología en el mismo. Se integran aspectos cognitivos, volitivos y afectivos esenciales en cuanto a la condición física en estas edades y se logra además reformular objetivos, facilitar un diagnóstico del grupo y la posibilidad de reorganizarlo, seleccionar ejercicios, adaptados a sus características y de esa manera planificar y dosificar las actividades.

Palabras clave: Envejecimiento poblacional, adulto mayor, condición física funcional, fuerza muscular.

Introducción

La población mundial aumentará en 2.500 millones de habitantes en los próximos 43 años, pasando de los actuales 6.700 millones a 9.200 millones en 2050. Asimismo, entre 2005 y 2050, la mitad del aumento de la población mundial se deberá al incremento de la población de 60 o más años de edad. Latinoamérica no escapa a estos cambios demográficos, donde se produce el envejecimiento poblacional y se calcula que en el 2050 habrá 190 millones de personas mayores en nuestro continente. duplique cada 23 años ^{1,2}.

Actualmente Cuba es uno de los países del Tercer Mundo con envejecimiento similar al de los más desarrollados, pues de cada 10 individuos uno es adulto mayor de 60 años y se vaticina

que en el 2025, 1 de cada 4 cubanos tendrá más de 60 años. Y para el año 2050 se espera que el grupo rebase a la población menor de 14 años. En la provincia de Cienfuegos destacan municipios como Lajas y Cruces, donde el 21% de su población tienen sesenta años, mientras que otros como Cumanayagua, Cienfuegos y Abreus tienen índices más bajos, de hecho, este último es el más joven de toda la provincia, por lo que es interés del estado cubano promover acciones de preparación y atención a este sector de la sociedad. (3)

Lograr elevar el nivel de vida de la población puede constituir un índice de calidad de una sociedad independientemente de su formación socioeconómica, pero lograr llevar a los ancianos a una longevidad satisfactoria comprende evaluar una serie de factores de riesgos que se enfrentan en esta etapa de la vida. En nuestros días envejecer es una rareza, por lo que muchas de las acciones que se emprenden tanto en la comunidad como en nuestro país, forman parte indudable de la práctica geriátrica cotidiana. El proceso de envejecimiento implica una disminución de la capacidad de adaptación o de ajuste (homeostenosis) del individuo a los cambios físicos que se han producido y a los agentes externos (estresantes) factores biopsicosociales que lo acosan. (3,4)

Con el envejecimiento se pierde fuerza y masa muscular a medida que se incrementa la proporción de grasa en el organismo, por ello la disminución de la capacidad funcional unida a los procesos patológicos

que pueden tener, hacen a muchas personas dependientes de la ayuda de otros para el desarrollo de las actividades cotidianas, estos ancianos son incapaces de atenderse a sí mismos y pueden considerarse como frágiles. Es fundamental que entre las personas de edad avanzada también siga presente un entrenamiento de fuerza adecuado a sus posibilidades.

Los componentes de la condición física que se mencionan con más frecuencia pueden dividirse en dos grandes grupos. Uno, relacionado con la salud, compuesto por la resistencia cardiorrespiratoria, resistencia muscular, fuerza muscular, composición corporal y flexibilidad y un segundo conjunto que se relaciona con el rendimiento deportivo, compuesto por la agilidad, el equilibrio, la coordinación, la velocidad, la potencia y el tiempo de reacción. Actualmente, se estudia también la relación con la salud y la calidad de vida de algunos componentes que tradicionalmente se consideraban relacionados con el rendimiento deportivo. A pesar de que, en los años 80, la mayor parte de los estudios acerca de la relación entre actividad física y la salud se centraban en los cinco componentes del primer grupo, en la actualidad, gran parte de las variables del segundo han pasado a ser objeto de estudio por su relación con la calidad de vida de las personas. (5)

La fuerza "es el agente capaz de producir variaciones en el estado de los cuerpos". Así por ejemplo la fuerza nos permite desplazar el cuerpo de un lugar a otro, dependiendo principalmente del desarrollo del sistema osteomuscular. Hay una pérdida en el número de fibras musculares relacionadas con el aumento de la edad. Esta se hace más evidente después de los 70 años, debido principalmente a la disminución en el tamaño y número de las fibras musculares y al desuso. Existen tres hipótesis que tratan de explicar cómo actúa la edad sobre la composición y proporción de la fibra muscular:

1. Los tipos de fibras se mantienen relativamente constante durante el envejecimiento, con una poca proporción de pérdida de todos los tipos.
2. Durante el envejecimiento se pierde mayor cantidad de fibras rápidas (Tipo II).
3. Con el envejecimiento se transforman las fibras rápidas (Tipo II) en fibras lentas (Tipo I), por lo que prevalecen las acciones lentas en la funcionalidad durante el envejecimiento. (6,7)

La fuerza muscular se mantiene en niveles óptimos hasta la sexta década de la vida. A los 80 años se ha perdido el 50% de la fuerza. La capacidad disminuida para generar fuerza

rápidamente limita la habilidad de responder inmediatamente a una pérdida del equilibrio aumentando las posibilidades de caída. El enlentecimiento del tiempo de reacción relacionado a la edad es más significativo durante tareas cognitivas demandantes y movimientos complejos.

Cierto es que un buen cuidado del cuerpo garantiza una vejez más saludable, un envejecimiento satisfactorio “en el que se retrasan los cambios involutivos, en el que la alteración de estructuras corporales y la pérdida de las capacidades funcionales es más lenta y que, además, se mantiene libre de problemas y enfermedades discapacitantes o que aumenten el riesgo de muerte”. Es así, como la práctica de la actividad física ayuda al mejoramiento del estado fisiológico del cuerpo; siendo el ejercicio un complemento a la prevención de sedentarismo, obesidad, hipertensión, diabetes, estrés, dislipidemias, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción.^(6,8)

Los cambios de la fuerza que se generan con la edad son básicamente cuantitativos. Estos cambios influyen de manera determinante en la pérdida de capacidad funcional. Los adultos que participan regularmente en actividades de resistencia y ejercicios aeróbicos, pueden mantener una resistencia muscular por muchos años, permitiéndole continuar con sus actividades laborales y con ello su independencia.

Hoypareceunaconsignadecirqueelobjetivo principal delasociedadconsisteenmejorar la calidadde vida del anciano,lo cualseexpresa generalmente en términode satisfacción, bienestar,facilidad,ycapacidad paraenfrentar eldeseodevivir,loque eslomismounabuena capacidad deadaptaciónodeajuste, portanto, siesteobjetivoescreíble,deloque setrataes demejorar aaquellaspersonasen laquela homeostenosis hahechomásmellayquehansido identificadascomofrágiles; paraasí lograrellamado envejecimientosatisfactoriooexitoso.

Las alteraciones de la fuerza es atribuida a la disminución de la masa muscular, la cual se debe a la pérdida de las fibras musculares. Ahora bien, la pregunta en este punto de análisis es ¿cuáles son entonces los beneficios del entrenamiento de la fuerza en el en edades avanzadas?⁽⁹⁾

Situación problémica: Necesidad de evaluaciones frecuentes de la condición física funcional, en los adultos mayores, en función de conocer surelación con fuerza muscular y establecer estrategias de trabajo y programas integrales de rehabilitación en correspondencia con los resultados que se alcancen.

Objetivo general:

El objetivo de este trabajo es evaluarlacondiciónfísicafuncional y surelaciónfuerza muscularen adultos mayores,del Hospital Geriátrico de Día, del Hospital Provincial GAL.

Objetivos específicos:

Caracterizar la muestra de adultos mayores.

Determinar los fundamentos metodológicos y prácticos de las pruebas a aplicar.

Aplicar la batería de pruebas a la muestra seleccionada.

Valorar la condición física funcional de los adultos mayores según parámetros establecidos.

Material y métodos: Naturaleza del estudio tipo cuantitativa no experimental de alcance transeccional, descriptivo, en un tiempo relativamente corto y sus resultados se basan en la observación, la medición y la aplicación de encuestas. Los resultados serán interpretados y analizados con el objetivo de describir el contexto.

Universo y Muestra de estudio: El universo para el estudio está compuesto por 20 pacientes ingresados en Hospital Geriátrico de Día, del Hospital Provincial GAL, La muestra constituida por 5 adultos mayores comprendidos entre 62 y 85 años de edad.

Criterios de Inclusión:

Voluntariedad del paciente y familiares de participar en el estudio expresado a través de un documento de consentimiento informado.

Métodos e instrumentos:

Análisis de documento: historia clínica del paciente que nos permitió recopilar los datos para el estudio.

Entrevista al paciente: nos permitió conocer los antecedentes y el historial de la patología en el mismo.

La medición: Para aplicar la batería de prueba que permitió evaluar la condición física de los adultos mayores objeto de la investigación y en la recogida de datos anatómicos.

Observación: Para observar cómo los adultos mayores realizan las pruebas de condición física.

Parámetros Éticos: Consentimiento informado al paciente del caso objeto del estudio.

Desarrollo.

La realización de ejercicio físico o deportes a lo largo de toda la vida y de manera continua, ya que no sólo reduce la pérdida de movilidad y el deterioro de la fuerza, sino que permite a los adultos mayores ejercitar la coordinación, el equilibrio, la flexibilidad y mantener la mente en forma.

Si bien el entrenamiento de fuerza debe ser acorde a las posibilidades y capacidad funcional del individuo, éste evita la dependencia presente en la mayor parte de los adultos mayores debido a que se ven imposibilitados de movilizarse independientemente. Los especialistas aconsejan trabajar la fuerza resistencia y complementar dicho entrenamiento con la realización de ejercicios aeróbicos moderados al menos dos veces por semana.^(5,7,9)

Sin duda la realización de ejercicio físico alarga nuestra vida y mejora considerablemente la calidad de la misma; "el estilo de vida saludable agrega años a nuestra vida y pone vida a nuestros años".

Para evaluar la condición física funcional de los adultos mayores del Hospital Geriátrico de Día del Hospital Provincial GAL, se utilizó una planilla donde se recogen de forma individual datos generales como: edad, sexo, talla (cm), peso (kg), frecuencia cardiaca máxima (FCM), índice de masa corporal (IMC), Índice cintura - cadera (ICC), etc.

Posteriormente se procede a la aplicación de esta batería de pruebas para evaluar la condición física del adulto mayor mediante métodos y procedimientos de trabajo para los profesionales que atienden a este grupo etario; los cuales permitirán conocer acerca del estado actual de las variables implicadas en el estudio.

Para la valoración de la fuerza de las extremidades inferiores en las personas mayores la principal prueba diseñada es la de "sentarse y levantarse" de una silla con los brazos cruzados sobre el pecho. A la hora de cuantificar el resultado se propone medir el número de repeticiones que hace en 30 segundos. Muchos estudios muestran que el rendimiento en el test sentarse-levantarse de una silla se correlaciona bastante bien con mediciones de fuerza de las extremidades inferiores en laboratorio (fuerza de los extensores de la rodilla) y con otros indicadores de interés como la velocidad al caminar, la capacidad de subir escaleras o el equilibrio. También se ha encontrado que es efectivo el rendimiento en este test para detectar los declives normales relacionados con la edad, para discriminar entre los ancianos que sufren caídas y los que no las sufren y para detectar los efectos de un programa de ejercicio

físico para personas mayores. Otros estudios indican que los resultados en esta prueba están asociados con el riesgo de sufrir caídas. (10)

La tarea que proponen las pruebas diseñadas para la valoración de la fuerza de las extremidades superiores es la de "flexiones completas de brazos", con un determinado peso: 4 o 5 libras mujeres y 8 libras hombres. Se contabiliza el número de repeticiones durante 30 segundos para valorar el potencial del test de flexiones de brazos con peso como indicador de fuerza general del tren superior. El test de flexiones de brazos con peso también resultó ser útil para detectar la disminución de fuerza esperada en relación con la edad. La fuerza de prensión manual, también es otra medida común de fuerza del tren superior. Sin embargo, para algunas personas mayores aquejadas de artritis en las manos, esta opción les resulta molesta y desagradable de realizar. La prueba consiste en medir la fuerza máxima de prensión manual mediante un dinamómetro. (3,5,11)

El principal test para evaluar la resistencia aeróbica en personas mayores es "el test de caminar". El test consiste en caminar continuamente para recorrer la mayor distancia posible durante un tiempo fijo de 6 minutos, los tests de caminar son unos buenos indicadores de resistencia aeróbica tanto en jóvenes adultos como en mayores con alta capacidad funcional. También se ha demostrado que los test de caminar de duración corta (5 o 6 min) correlacionan bien con la resistencia cardiorrespiratoria en personas mayores con diferente estado de salud.

Test de step durante 2 minutos. El test consiste en contar el número de veces que el examinado levanta la rodilla hasta una altura media entre la rótula y la cresta ilíaca durante dos minutos. (11)

El test de "seat and reach" es el más utilizado para la valoración de la flexibilidad de los miembros inferiores y forma parte de numerosas baterías. La ejecución de la prueba es similar a la del test clásico en el suelo, pero el sujeto está sentado en el borde de una silla y estira una pierna. Las manos intentan alcanzar los dedos de la pierna extendida que está con una flexión de tobillo de 90 grados. El examinador mide la distancia entre la punta de los dedos de la mano y la punta del pie (esta distancia será positiva si los dedos de la mano sobrepasan los dedos del pie o será negativa si los dedos de la mano no alcanzan a tocar los dedos del pie).

El test "alcanzar las manos tras la espalda", para la valoración de la flexibilidad del tren superior en ancianos, consiste en *rascarse la espalda*. Son individuales de cada brazo (hombros) y no hay la misma flexibilidad en cada hemisferio del cuerpo. Objetivo: evaluar la flexibilidad de la parte superior del cuerpo. Test que ha sido utilizado durante años en campo terapéutico con uso extendido como herramienta en la evaluación del rango de movimiento de hombros. (11,12)

El test de ida y vuelta se utiliza para valorar la agilidad y equilibrio dinámico general. El test consiste en hacer en el menor tiempo posible un recorrido de ida y vuelta partiendo y terminando desde una posición de sentado en una silla. Proponiendo para la población anciana una distancia de 8 pies (2,44m). Aunque no hay ninguna medida relativa al criterio para comparar el rendimiento del test de ida y vuelta, se ha comprobado que está significativamente relacionado con la Berg Balance Scale ($r=0,81$), con la velocidad de la marcha ($r=0,61$) y con el Índice de Barthel ($r=0,78$). Otros estudios indican que el rendimiento en dicho test puede discriminar entre varios niveles funcionales en personas mayores y también es sensible a los cambios resultantes de un incremento en el nivel de actividad física. Además, puede ser un test para la evaluación del riesgo de caídas. (12,13,14)

Resultados y Discusión.

Realizamos la caracterización de la muestra practicando mediciones antropométricas tales como: talla (mts), peso (Kg). Las que son de suma importancia para hallar el Índice de masa corporal (IMC), de evaluación del IMC y de entorno de trabajo de cada sujeto involucrado en la muestra, edad, sexo, frecuencia cardíaca máxima (FCM), índice de masa corporal (IMC), Índice cintura - cadera (ICC), etc. (Anexo 1, Tabla 1).

Los resultados que se ofrecen a continuación no están separados por sexo, pero sí por grupos quinquenales de edad.

En la prueba número 1: Consiste en *sentarse y levantarse de una silla en 30 segundos*. Cuyo objetivo es: evaluar la fuerza de las piernas. El 91.67% de los sujetos fueron evaluados de MB mientras que el 8.33% fue evaluado de R. (Anexo, Tabla 2).

En la prueba número 2 por ser para cada brazo por individuo los resultados se exponen de forma individual *flexión y extensión de brazo con pesos*. Objetivo: evaluar la fuerza de los miembros superiores. En dicha prueba el 66.64% estuvo evaluado de MB, mientras que el 33.33% estuvo evaluado de R. Resultados estadísticos. Brazo derecho-----.

Brazo izquierdo: -----(Anexo 3, Tabla 3).

En la prueba número 3: *recorrido en 6 minutos*. Objetivo: lograr resistencia aerobia. Número de metros que pueden ser recorridos durante 6 minutos andando por un trayecto. Los resultados al ser analizados porcentualmente dieron a conocer que el 66.64% estuvo evaluado de MB, mientras que el 16.67% estuvo evaluado de B y R respectivamente. (Anexo 4, Tabla 4).

La prueba número 4 tiene como objetivo: lograr medir la resistencia aerobia. Dicha prueba consiste en *paso en el lugar por 2 minutos*. Donde se registran los pasos que sobrepasan la medida establecida para cada individuo se anota el número de pasos completos realizados en 2 minutos. El 24.9% fue evaluado de R mientras que el restante 75.1% está evaluado de B. (Anexo 5, Tabla 5).

La prueba número 5: tiene como objetivo evaluar la flexibilidad de la parte inferior del cuerpo, consiste en *flexión del tronco a tocar la punta de los pies*. Se cuantifica el número en centímetros entre los dedos medios de las manos extendidas y el dedo gordo del pie. Las piernas no se pueden flexionar por las rodillas y con un ángulo de 90° en los tobillos. En esta prueba el 58.34% fue evaluado de MB mientras que el 33.33% fue evaluado de B y los restantes 8.33% fue evaluado de R. (Anexo 6, Tabla 6).

La prueba número 6: consiste en *rascarse la espalda*. Son individuales de cada brazo (hombros) y no hay la misma flexibilidad en cada hemisferio del cuerpo. Objetivo: evaluar la flexibilidad de la parte superior del cuerpo. Se anota el número de centímetros entre los dedos del medio. Métodos estadísticos. Hombro derecho por encima-----. Hombro izquierdo por encima-----.(Anexo 7, Tabla 7).

La prueba número 7: consiste en *levantarse, recorrer 2.44 m. y volver a sentarse*. Tiene como objetivo: evaluar la agilidad, equilibrio y la movilidad general. En dicha prueba se registran los segundos requeridos para levantarse de una posición desentado, caminar 2.44 metros, doblar y retomar la posición desentado. (Anexo 8, Tabla 8).

Análisis de los resultados.

Los sujetos 3 y 5 fueron los de mejores resultados, ya que obtuvieron 5 evaluaciones de MB, siendo la prueba número 3 la de mejores resultados de forma general. Los resultados menos satisfactorios de forma general se obtuvieron en la prueba 6 y 7, en las cuales los sujetos 2 y 7 fueron evaluados de R, siendo en el plano individual los menos prósperos. En general hubo 3 evaluados de MB,

representando un 24.9% del total, 7 sujetos fueron evaluados de B significando un 58.3%, mientras que los 2 individuos se expresando el 16,67% restante.

evaluó de R

Conclusiones

-La muestra estuvo contemplada en el rango de edad 60–85 años y fue seleccionada de forma intencional.

-La batería de pruebas aplicadas arrojó resultados satisfactorios ya que el 25% del total de las pruebas está evaluadas de MB, el 53.7% evaluado de B y el restante 21.3 % evaluado de R de acuerdo a los niveles de evaluación.

-La prueba con mejores resultados fue la #3, basada en la caminata de 6 minutos.

-La prueba con mayores dificultades fue la #7, relacionada con la agilidad y el equilibrio dinámico.

Referencias bibliográficas.

- 1) Bohannon, R.W. (1995) *Sit-and-reach test for measuring performance of lower extremity muscles*. *Percept Motor Skills*, 80, 163-166.
- 2) Bueno, E. (2002). *Población y Desarrollo. Enfoques alternativos para su estudio*. La Habana: CEDEM.
- 3) Ceballos, J. L. (2000). *Libro Electrónico del Adulto Mayor y la Actividad Física*. La Habana: ISCF
- 4) Debra J.J. (2005) *Equilibrio y movilidad con personas mayores*. Editorial paidotribo. Barcelona
- 5) Domínguez Quintana, J.A. (2015). *Evaluación de la condición física funcional de los adultos mayores del consejo popular Arriete-Ciego Montero*. (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos.
- 6) Escobar, J. M. (2009). *Actividad Física y Salud*.
- 7) Estévez, M., Arroyo, M. & González, C. (2006). *La investigación Científica en la Actividad Física: su Metodología*. La Habana: Editorial Deportes.
- 8) Lopera Nelson, A. (2008). *Método de trabajo de la fuerza en el adulto mayor*. informe final de práctica pedagógica VII. (Instituto universitario de Medellín).
- 9) Meléndez, Agustín (2000) *Actividades para mayores, las razones para hacer ejercicio*. Editorial Gymnos. Madrid.
- 10) Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Cuba (2013). La Habana: Recuperado a partir de: www.one.cu/

- 11) Pilar, Armengol Nart M., Carrogio Rubí M. (2007) *Ejercicios de motricidad y memoria para personas mayores, propuesta de un programa de intervención*. Editorial Paidotribo. Madrid.
- 12) Pont Geis P., Armengol Nart M., Carrogio Rubí M., Moreno Merelo M. (2003) *Mantenerse en forma de mayor, ejercicios para hacer en casa*. Editorial Paidotribo. Madrid.
- 13) Sordo Freire, J.A. (2007). Tesis doctoral: *Evaluación del estado afectivo y de la condición física en personas mayores tras la realización de un programa de actividad física*. (Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de la Coruña).
- 14) Tomás Carús P., Timón Andrada R. (2007) *Personas mayores y ejercicio físico plan de trabajo anual*. Wanceulen Editorial Deportiva. Sevilla.

Anexos.

Anexo 1.- Tabla 1: Caracterización de la muestra.

Composición corporal: $I.M.C = \text{Peso(Kg)} / \text{talla}^2(\text{m})$.

Frecuencia cardiaca máxima (FCM) = $220 - \text{edad}$

Índice cintura - cadera (ICC) = $\frac{\text{cintura(cm)}}{\text{Cadera(cm)}}$

Nombre y apellidos	Sexo		Talla	Peso	Edad	FCM	F.C % . Entorno detrabajo			IMC	Clasificación de IMC
	F	M	Cm	kg	años		45 %	60 %	75 %		
Sujeto#1	x		1.67	55	61	159	72	96	118	19.8	Pesosaludable
Sujeto#2		x	1.67	64	65	155	70	94	114	23.0	Pesosaludable
Sujeto#3	x		1.54	72	70	150	68	90	112	30.4	Sobrepeso Grado(II)
Sujeto#4	x		1.53	57	64	156	70	94	115	24.4	Pesosaludable
Sujeto#5	x		1.63	61	70	150	72	96	118	23.0	Pesosaludable

Anexo 2.- Tabla 2: Pruebanúmero 1 .

Prueba	Grupo 60-64.	Grupo 65-69.	Grupo 70-74.	Grupo 75-79.	Grupo 80 y más.	%
	MB	MB	MB	MB	MB	-
Prueba # 1	B (2)	B (4)	B (3)	B	B (2)	91.65
	R (1)	R	R	R	R	8.35

Anexo 3.- Tabla 3: Pruebanúmero 2 .

Prueba	Grupo 60-64.	Grupo 65-69.	Grupo 70-74.	Grupo 75-79.	Grupo 80 y más.	%
	MB D I 1 1	MB D I 3 3	MB D I 3 2	MB D I 1 1	MB D I 1 2	66.5
Prueba # 2	B 2 2	B 1 1	B 1	B	B 1	33.5
	R	R	R	R	R	-

Anexo 4.- Tabla 4: Pruebanúmero 3 .

Prueba	Grupo 60-64.	Grupo 65-69.	Grupo 70-74.	Grupo 75-79.	Grupo 80 y más.	%
	MB (1)	MB (4)	MB (3)	MB	MB	66.6
Prueba # 3	B (2)	B	B	B	B	16.7
	R	R	R	R	R (2)	16.7

Anexo 5.- Tabla 5: Pruebanúmero 4 .

Prueba	Grupo 60-64.	Grupo 65-69.	Grupo 70-74.	Grupo 75-79.	Grupo 80 y más.	%
	MB	MB	MB	MB	MB	-
Prueba # 4	B 2	B 3	B 3	B	B	66.6
	R 1	R1	R	R	R 2	33.4

Anexo 6.- Tabla 6: Pruebanúmero 5 .

Prueba	Grupo 60-64.	Grupo 65-69.	Grupo 70-74.	Grupo 75-79.	Grupo 80 y más.	%
	MB 2	MB 2	MB 2	MB	MB 1	58.34
Prueba #5	B 1	B 2	B 1	B	B	33.33

	R	R	R	R	R 1	8.33
--	---	---	---	---	-----	------

Anexo 7.- Tabla 7: Pruebanúmero 6 .

Prueba	Grupo 60-64.			Grupo 65-69.			Grupo 70-74.			Grupo 75-79.			Grupo 80 y más.			%
	MB	D	I	MB	D	I	MB	D	I	MB	D	I	MB	D	I	
		1			2			1								17.6
Prueba # 6	B	1	2	B	1	2	B		1	B			B	2	1	41.20
	R	1	1	R	1	2	R	2	2	R			R		1	41.20

Anexo 8.- Tabla 8: Pruebanúmero 7 .

Prueba	Grupo quinquenal 60-64.			Grupo quinquenal 65-69.			Grupo quinquenal 70-74.			Grupo quinquenal 75-79.			Grupo quinquenal 80 y más.			%
	MB	D	I	MB	D	I	MB	D	I	MB	D	I	MB	D	I	
																-
Prueba # 7	B			B 2			B 3			B			B 1			50
	R 3			R 2			R			R			R 1			50

TITULO: EVOLUCION DEL DENGUE EN LA PROVINCIA CIENFUEGOS 2012 - 2016

AUTORES:

Iris Rodríguez Rodríguez, irisrr620228@minsap.cfg.sld.cu, Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Cienfuegos, Cuba, MSc

Hilda María Delgado Acosta, jdsalud@ucm.cfg.sld.cu, Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Jefe Departamento Salud Pública, MSc

Damisley Gómez Paz, estadística@hecf.cfg.sld.cu, Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Cienfuegos, Cuba

RESUMEN: Introducción: En la dinámica de transmisión del Dengue se van modelando patrones de transmisión diferentes de acuerdo a sus determinantes y necesidades de atención y control. Objetivo: Caracterizar la evolución del dengue en la provincia Cienfuegos 2012-2016. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, se recogió información de las series cronológicas, el índice casa, focos de *Aedes aegypti*, síndromes febriles e IgM positivas y los resultados de los serotipos aislados. Se calcularon índices y se utilizaron números absolutos. Los resultados se presentaron en gráficos. Resultados: El índice casa estuvo por encima de 1.0% cuando se describieron brotes epidémicos locales llegando a tener valores del 3%. El incremento de los síndromes febriles y monosueros positivos estuvieron en correspondencia con los índices casa. El evento epidemiológico que más IgM positivas aportó fue el del período 2013-2014. Se observó un comportamiento estacional entre los meses de junio y octubre. En los años 2012, 2013 y 2014 fueron aislados el DENV3 y DENV4. Ya en el año 2015 circularon el DENV2, 3 y 4 siendo el municipio cabecera Cienfuegos el más afectado, en el 2016 nuevamente fue afectado el municipio Cienfuegos aislándose el DENV1 y el DENV3. Conclusiones: El dengue transitó en el período de estudio con una transmisión continua y establecida con exacerbaciones variables con la introducción de diferentes serotipos y una mantenida infestación por *Aedes aegypti* favorable a la transmisión. Sobre el municipio cabecera se cierne el peligro de la aparición de casos de dengue complicado en los próximos años.

Palabras clave: dengue, arbovirosis

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha incrementado la prevalencia de las arbovirosis a escala mundial a pesar de los esfuerzos de control vectorial realizados por entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El dengue prevalece como la enfermedad por arbovirus más común con 40% de la población mundial viviendo en zonas de transmisión del virus de la citada enfermedad.

Particularmente la región de las Américas se ha visto afectada por la reciente introducción de dos nuevas arbovirosis: virus de chikungunya (a finales del 2013) y del virus del Zika (en el 2014), que se suman a los ya endémicos como el dengue y a la reaparición de la fiebre amarilla, lo que ha planteado un importante desafío para la salud pública de la región en lo referente a diagnóstico clínico, confirmación por laboratorio y vigilancia epidemiológica. (1, 2)

En la dinámica de transmisión del Dengue interactúan el vector, el agente y el huésped susceptible. Todos inmersos en un contexto socio-ambiental específico, donde se definen las relaciones de contacto entre estos tres elementos, se van modelando patrones de transmisión diferentes en sus determinantes y necesidades de atención y control. Estos patrones de transmisión describen diferentes etapas en la historia del dengue. (3)

En consonancia con lo ocurrido a nivel regional, en Cuba, después de las epidemias de 1977 y 1981 hubo una reemergencia del dengue a partir del año 2000 con circulación de los cuatro serotipos del virus. A partir del 2007 hasta el 2016 se reportó transmisión de la enfermedad, acompañada de altos índices de infestación de *Aedes aegypti*, en varias provincias del país como Santiago de Cuba, La Habana, Camagüey, Guantánamo, Villa Clara; Las Tunas y Cienfuegos. Ya en el año 2015 se introdujo la enfermedad por virus Zika, que ha estado presente hasta el año 2017 en el territorio nacional. (4,5,6)

En la provincia Cienfuegos, según datos aportados por el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, ocurrió una situación similar ocurriendo varios brotes de dengue en los años 1977, 1981, 2001, 2002 y 2006, luego, del 2012 al 2016 ocurre una reemergencia de esta entidad luego de haber estado seis años sin brotes epidémicos. El municipio más afectado en todos estos años ha sido Cienfuegos. Toda esta situación epidemiológica estuvo acompañada de elevados índices de infestación de *Aedes aegypti* y riesgos ambientales que propiciaron su permanencia y su difícil control.

Dada esta situación se decide realizar el siguiente estudio con el objetivo de describir la evolución del dengue en la provincia Cienfuegos en el período 2012-2016.

DESARROLLO

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar la evolución del dengue en la provincia Cienfuegos desde el año 2012 al 2016.

La unidad de análisis fue la provincia Cienfuegos. Se tuvieron en cuenta como variables el índice casa (índice de infestación), número de focos de *Aedes aegypti*, síndromes febriles y positividad de las IgM realizadas según semana estadística.

Se recogió la información de las series cronológicas dispuestas en el Departamento de Estadística, del Departamento de Control de Vectores y del laboratorio del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología y se consultaron los trabajos de terminación de residencia de la especialidad de Higiene y Epidemiología donde se caracterizaron los brotes epidémicos ocurridos en el período de estudio.

Los resultados se expresaron en números absolutos, en porcentos e índices dentro de los que se destaca el índice casa que se calculó de acuerdo a la fórmula: casas positivas a *Aedes aegypti* / total de viviendas inspeccionadas x 100.

Estos resultados se presentan en gráficos realizados en el paquete estadístico Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Durante todo el período de estudio, el índice casa se mantuvo por encima de 0,05 propiciando la transmisión de la enfermedad. Los mayores valores se corresponden con el año 2012 con un índice de 3 y en el año 2015 con índices próximos a 2. Fig.1.

Se observa correspondencia entre la reactividad de los monosueros de dengue y el número de focos de *Aedes aegypti* identificados sobre todo en los años 2014 y 2015. Se describen dos olas epidémicas en los años 2014 y 2015 con mayor reporte de IgM positivas en el año 2014. Figura 2

La epidemia se manifestó como un solo evento en período 2013 al 2014, iniciándose en la semana estadística 40 a inicios de septiembre del 2013 y hasta la semana 44, a finales de octubre del 2014, así mismo en el 2015 se inició un nuevo evento en la semana 24 a inicios de junio hasta la semana 48, a finales del mes de noviembre. La cola de la epidemia del 2015 se extendió hasta abril del 2016 coincidiendo con la estrategia nacional trazada para

reducir los índices de infestación con el objetivo de frenar la transmisión de la enfermedad en el país y dada la inminente introducción de la enfermedad por virus Zika.

Se muestra total correspondencia entre la vigilancia de síndromes febriles, y la positividad de la vigilancia serológica de laboratorio (IgM para dengue) y la detección de focos de *Aedes aegypti* durante las olas epidémicas. Figura 3

La bibliografía describe que la prueba serológica ELISA de captura del anticuerpo IgM (MAC-ELISA), es positivo a partir del 6° día de la enfermedad y persiste durante dos meses; posteriormente cae a niveles no detectables. La sensibilidad es de 93% y la especificidad de 95%. (7)

En caso de presentarse brotes epidémicos se recurre a esta técnica de laboratorio para la toma de decisiones en cuanto a las acciones de control dada la accesibilidad para su realización y la oportunidad de los resultados pues el examen confirmatorio que resulta ser la IgG para dengue suele ser positiva a los 21 días después del inicio de los síntomas y se realiza en Cuba en el laboratorio nacional de referencia del IPK (Instituto Pedro Kouri).

Los serotipos aislados en el período evaluado fueron: En el 2012, 2013 y 2014 el DENV3 y DENV4 indistintamente en todas las zonas con transmisión en la provincia. Ya en el año 2015 circularon el DENV2 que se introdujo en el municipio de Cruces y los serotipos del DENV 3 y 4 que circularon en el municipio cabecera Cienfuegos, siendo este el más afectado, específicamente en los consejos populares de Buena Vista, San Lázaro y Juanita II, Junco Sur, Tulipán, Pastorita y Centro Histórico. En el 2016 nuevamente fue afectado el municipio Cienfuegos aislándose el DENV1 en el consejo popular Junco Sur y el DENV3 en el consejo popular Centro Histórico. Tabla 1

En la bibliografía consultada se clasifica al Dengue como una enfermedad emergente y reemergente debido al incremento en el número de casos y a la diseminación de sus serotipos. Esta reemergencia tuvo lugar hace 20 años y desde entonces tanto el vector que las transmite, como los serotipos del virus, se han expandido geográficamente y han provocado un aumento de la actividad epidémica unido a la aparición de sus manifestaciones clínicas graves. (8)

La Estrategia Mesoamericana para la Prevención y el Control Integrado del Dengue, dentro de los parámetros epidemiológicos para la estratificación como recurso indispensable plantea que el dengue puede presentarse en cualquier lugar, pero tiende a concentrarse allí donde las condiciones lo favorecen.

Las evidencias hablan de localidades repetidoras y concentradoras de la infección que pueden identificarse por su historia de transmisión en los últimos 5 a 10 años siendo estas en el caso del municipio de Cienfuegos, los consejos populares que se afectaron continuamente durante el período de estudio.

El criterio de selección de riesgo según esta estrategia se basa en la frecuencia de años con casos reportados (Alto riesgo: más de 3 en los últimos 5 años o más de 6 en los últimos 10 años con transmisión continua y concentración del 50% o más de los casos reportados en el período; riesgo Moderado: menos de 3 ó 5 años con transmisión irregular y concentración del 30% de los casos en el periodo, y Bajo riesgo: transmisión ocasional y menos del 20% de los casos en el periodo). Por lo que se puede afirmar que de acuerdo a estos criterios el municipio Cienfuegos se encuentra dentro de la clasificación de Alto riesgo.

Pero el indicador de riesgo más importante es la existencia de casos de dengue hemorrágico o dengue complicado de acuerdo a la actual clasificación, pues ello es indicativo de que existe una historia de transmisión en la localidad y la circulación de por lo menos 2 serotipos como condición indispensable para que la población se infecte en dos o más ocasiones por distintos serotipos (infecciones secundarias).

Si bien es posible que exista dengue complicado en la primo-infección, sobre todo con los serotipos DEN-1 y DEN-3, la circulación simultánea de los serotipos ya no permite distinguir poblaciones susceptibles a cada serotipo, pero sí puede funcionar como parámetro de riesgo.(9)

En el caso de Cienfuegos a pesar de reportar varios serotipos circulantes en el período de estudio no se reportaron casos de dengue complicado pero la circulación simultánea de varios serotipos demuestra el riesgo latente para que estos puedan ocurrir en años venideros por lo que se impone reforzar la vigilancia clínica y epidemiológica en el municipio cabecera de la provincia Cienfuegos.

CONCLUSIONES

El dengue transitó en el período de estudio por una transmisión continua y establecida con exacerbaciones variables con la introducción de diferentes serotipos y una mantenida infestación por *Aedes aegypti* favorable para la transmisión. Sobre el municipio cabecera se cierne el peligro de la aparición de casos de dengue complicado en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Infecciones por Arbovirus. Bibliomed Suplemento [Internet]. 2017 Sept-Oct [citado Día Mes Año]:[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/09/bibliomed-suplemento-septiembre-2017.pdf>
2. Guzmán María G. Historia y Emergencia Dengue y Dengue Hemorrágico como un problema de salud mundial; 2014.p.3-9.

3. Ochoa Ortega Max Ramiro, Casanova Moreno María de la Caridad, Díaz Domínguez María de Los Ángeles. Análisis sobre el dengue, su agente transmisor y estrategias de prevención y control. AMC [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 Ene 11]; 19(2): 189-202. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000200013&lng=es.
4. Arias J. El dengue en Cuba. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2002 Apr [cited 2017 Oct 03]; 11(4): 221-222. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000400002>.
5. Macias Miranda CD, Gamez Sánchez D, Rodríguez Valdes A, Baquero Suarez J. Características clínicas y epidemiológicas de la epidemia de dengue en el municipio de Santiago de Cuba [Internet]. 2013 [citado 25 ene 2017]. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1019-30192013000800009&script=sciarttext&tlng=pt>
6. Guzmán Tirado M. Treinta años después de la epidemia cubana de dengue hemorrágico en 1981. Rev Cubana de Medicina Trop [Internet] ene-abr 2012. [citado 2 feb 2017];64(1). Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.pid=S0375-07602012000100001&script=sciarttext&tlng=en>
7. Bacallao Martínez G C , Quintana Morales O. Dengue. Revisión bibliográfica [Internet]. La habana: Ciencias Medicas; 2013 [citado 27 abr 2017]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_13/dengue.htm
8. Organización Panamericana de la Salud. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. 978-ISBN 92-75-31936-9 Año 2016 Publicaciones generales Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31448>
9. Estrategia Mesoamericana para la Prevención y el Control Integrado del Dengue. 2014. Disponible en: <http://www.proyectomesoamerica.org/joomla/images/Documentos/Proyectos/Salud/dengue%20esp%2014%20mayo.pdf>

ANEXOS

Figura 1: Distribución del índice casa. Provincia Cienfuegos 2012-2016

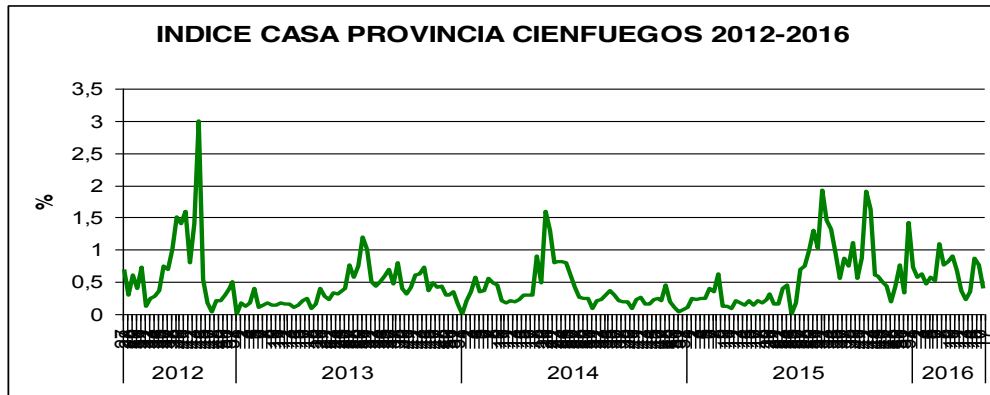


Figura 2: Distribución de los monosueros de dengue reactivos y focos de aedes aegypti

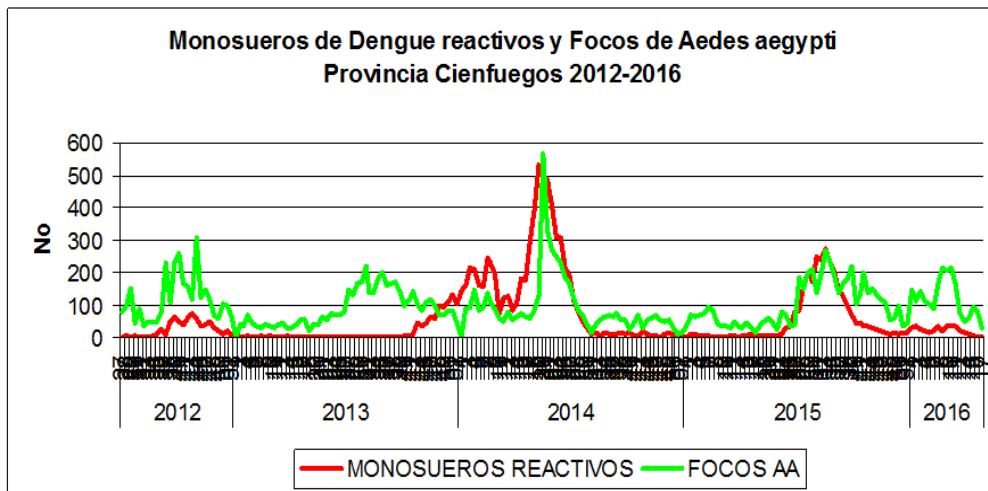


Figura 3: Distribución de los síndromes febriles, monosueros de dengue reactivos y focos de Aedes aegypti. Provincia Cienfuegos 2012 - 2016

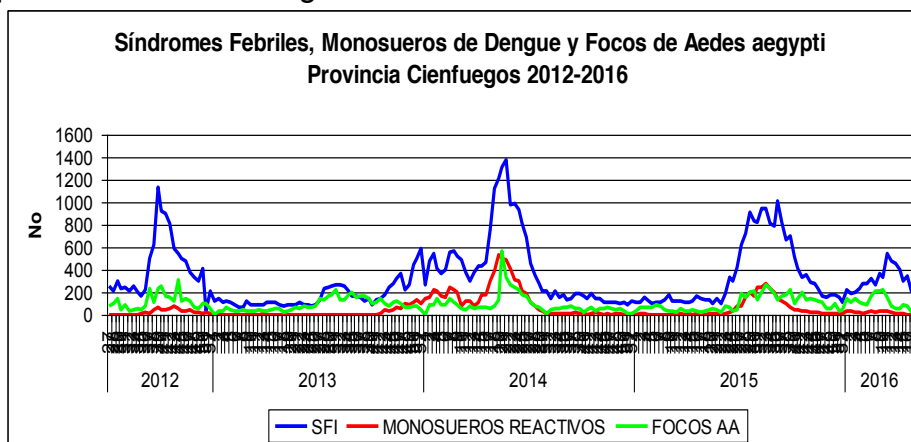


Tabla 1: Distribución de los serotipos aislados. Provincia Cienfuegos 2012-2016

Años	Serotipos
2012	DENV 3 y DENV 4
2013	DENV 3 y DENV 4
2014	DENV 3 y DENV 4
2015	DENV 2, 3 y 4
2016	DENV 1 y 3

TITULO. EXPERIENCIAS EN EL DESPACHO INDIVIDUAL ACADÉMICO.

AUTORES. Dr.Lino Ortiz Santiesteban, salujub@ucm.cfg.sld.cu Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima” de Cienfuegos, Cuba, Metodólogo de Pregrado Dr. José Julio Ojeda González, jose.ojeda@jagua.cfg.sld.cu, Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima” de Cienfuegos, Cuba, Jefe de Departamento de Pregrado, Máster.

Resumen.

En materia de dirección se tienen métodos, herramientas en estas últimas encontramos los despachos individuales académicos. Aquí el objetivo es caracterizarlo y dar a conocer lo valioso en la búsqueda de gestionar que los procesos sustantivos que dan lugar a la consecución a las actividades en la academia dentro del contexto cubano. El diseño metodológico está tipificado como una investigación acción siendo el universo todo el andamiaje de estructuras procesos y resultados, durante los últimos cinco cursos académicos del quinto año de la carrera de medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Se destaca la utilidad de los despachos individuales académicos en lograr una mayor eficiencia de la gestión académica.

Palabras claves: Despacho individual académico, gestión y dirección.

Introducción.

Los Centros de Educación Superior entre ellos los de Ciencias Médicas para llevar a cabo el Proceso Enseñanza Aprendizaje, tienen en una concepción sistémica la identificación de varios tipos de Colectivos, entre otros, el de Carrera, de Año, de Disciplina y Asignatura. El Colectivo de Año o los Colectivos de Año como un componente del subsistema de Educación Médica Superior se ocupan en los diferentes cursos académicos de la carrera de aspectos metodológicos y cito, los Artículos 39 y 40 de la Ley 210 del 2007.

Artículo 39

El Colectivo de año es el encargado de **llevar a cabo el trabajo metodológico en este nivel organizativo**. Agrupa a los profesores que desarrollan las asignaturas del año, a los profesores guías de cada grupo, a los tutores y a los representantes de las organizaciones estudiantiles. Este colectivo tiene como propósito lograr el cumplimiento con calidad de los objetivos del año, propiciando la integración de los aspectos educativos e instructivos con un enfoque interdisciplinario. La conducción de este Colectivo metodológico corresponde al Jefe de Colectivo de Año

Artículo 40.

- La concreción de la **estrategia educativa de la carrera en ese año, propiciando** integración de las clases, el trabajo científico estudiantil y las prácticas laborales con las diferentes tareas de impacto social, deportivas y culturales, entre otras que cumplen los estudiantes; en correspondencia con los objetivos educativos e instructivos de ese año. Esta estrategia se plasmará en el **proyecto educativo para cada uno de los grupos que conforman el año**
- La participación en el proceso de diagnóstico integral y evaluación de los integrantes de la brigada o grupo estudiantil
- La conducción y el control sistemático de la marcha del proceso docente educativo y del cumplimiento de los proyectos educativos de los grupos que conforman el año, desarrollando acciones para eliminar las deficiencias detectadas y proponiendo las medidas que permitan el mejoramiento continuo de la calidad de dicho proceso.

Resumiendo este último artículo las funciones del Colectivo de Año son: metodológica, educativa, investigativa y administrativa. El Art 40 define el QUE hacer de las funciones. Es necesario elaborar el COMO se hará el cumplimiento de las funciones. Esto está sustentado en la vía que es una figura administrativa denominado Despacho Individual con el apellido Académico.

Objetivo.

1. Exponer una vía para lograr el cumplimiento de las funciones del Colectivo de Año.
2. Instruir para lograr el cumplimiento de las funciones del Colectivo de Año mediante la implementación del Despacho Individual Académico como instrumento metodológico.

Problema científico. Como contribuir al mejoramiento del cumplimiento de las funciones del Colectivo de Año (5to)

Desarrollo.

El Proceso Enseñanza Aprendizaje en el 5to año de medicina se desarrolla desde el curso 2005 2006 en un contexto dado por: incremento de matrícula, algunos claustros se han disminuidos y envejecidos, disminución de equipamiento e instrumental de los servicios, horarios, locales que compiten con reuniones administrativas, institucionales y de docencia a otros años, aumento de apatía y negación de docentes a asumir responsabilidades, alumnado con incremento de poca motivación, interés, y preocupación por el estudio, año con trece asignaturas y evaluaciones finales cada tres semanas, contenidos y habilidades a adquirir nuevos que se dan por una vez en la carrera y están presentes en los objetivos de salida de año y carrera. El Colectivo de Año con la finalidad de atender, tratar las situaciones académicas que se presentan, que se concretan en sus funciones, tiene estipulado una reunión mensual con Jefes de Cátedras, Profesores Principales, Profesores Guías, Docentes y Tutores de las diferentes asignaturas, Jefes de Brigada y Secretarios de Comité de Base de la UJC la cual ha resultado en la práctica ser insuficiente para dar respuesta al encargo de los Artículos 39 y 40 de la 210 y específicamente en este último respecto al cumplimiento de las funciones del Colectivo. En aras de dar respuesta efectiva a esto se busca una vía recurriendo a la figura de dirección denominada despacho individual que empleándose ya no como herramienta administrativa si no como instrumento académico metodológico, facilita la posibilidad de lograr el dar cumplimiento a los artículos antes señalados.

En este orden el Colectivo de Año debe:

Diseñar y desarrollar la estrategia educativa del año para el Curso 2017-2018

- Concretar tareas relacionadas con la planificación del Proceso Docente, teniendo en cuenta la interdisciplinariedad.
- Desarrollar actividades metodológicas encaminadas a preparar a los docentes en el tratamiento de la interdisciplinariedad.
- Investigar sobre la eficiencia del trabajo didáctico organizativo y metodológico planificado y realizado.
- Diseñar y/o realizar trabajos investigativos de corte pedagógico.
- Participar en la dosificación de la carga docente.
- Controlar el desempeño del Trabajo Científico Estudiantil
- Controlar el cumplimiento de la evaluación del desarrollo de las habilidades para el Trabajo Independiente.
- Controlar el cumplimiento y desarrollo de habilidades para cada una de las asignaturas con carácter interdisciplinar.
- Coordinar las relaciones entre las asignaturas...

- Realizar cortes evaluativos y discutirlos de acuerdo a la resolución 146
- Controlar el cumplimiento de la evaluación integral de cada alumno
- Evaluar la propuesta de los profesores principales para dar salida a las estrategias curriculares del semestre
- Analizar plan de actividades de extensión universitaria
- Analizar la necesidades de preparación metodológica del profesorado
- Programar el trabajo metodológico para profesores utilizando talleres , reuniones metodológicas
- Realizar controles al proceso docente con la finalidad de poner en evidencias el trabajo interdisciplinario
- Las líneas anteriores a las que nombro directrices del trabajo metodológico identificadas con las funciones del Colectivo de Año (Artículo 40 de la 210 del 2007), se les mejora el logro de su cumplimiento con el Despacho Individual Académico.

El Despacho Individual Académico, se caracteriza por ser programado, oportuno, operativo, en privado, consta de 3 momentos: chequeo de acuerdos, intercambio de información y resumen de acuerdos. Es necesario llevar una guía. El Despacho Individual Académico al ser operativo no respeta momento ni lugar, utiliza como arma de conciliación, en ocasiones el cara a cara, metodológicamente acuerda espacios para la concertación e intercambio de saberes, tanto en un Colectivo de Cátedra como de Asignatura.

El Despacho Individual Académico como herramienta metodológica administrativa compromete intenciones, devela potencialidades, tanto en los docentes como en los alumnos. En estos últimos hacen que se sientan atendidos, no solo en el orden académico, si no humano. El Despacho Individual Académico refuerza en lo metodológico el papel del Colectivo de Año refrendando la personalidad instructiva educativa requerida para el cumplimiento de sus funciones.

El Despacho Individual Académico en lo metodológico con Profesores Principales se tratan los contenidos en los que históricamente los alumnos han tenido problemas, se sigue puntualmente los alumnos que arrastran asignaturas y tienen dificultades académicas, se propicia que los Profesores Guías intercambien con ellos aspectos del grupo o de la brigada. se monitorea, controla que se está haciendo respecto a la **Estrategia Educativa del año en este curso 2017-2018..**

El trabajo de Secretaria es arduo, meticoloso y no pocas ocasiones se tienen quejas de la violación por parte de los docentes de lo establecido respecto a las actas de exámenes. El Despacho Individual Académico ha servido para persuadir y hacer entender a los docentes lo necesario del cumplimiento de las Normativas establecidas.

Los Jefes de Cátedras y/o de Servicios ambos, baluartes indispensables en el Proceso Enseñanza Aprendizaje con el Despacho Individual Académico se busca el apoyo a la docencia incentivando en la apertura de nuevos espacios para la educación en el trabajo en el pregrado sensibilizándolos en lo necesario e importante que es garantizar la enseñanza al igual que la asistencia.

Los Docentes de las diferentes asignaturas tienen la primicia para el Despacho Individual Académico donde se precisa, compromete a la atención diferenciada de los alumnos, persuade en cuanto a lo necesario que es la tolerancia el análisis casuístico, reparar en las diferencias individuales.

El Despacho Individual Académico con los Profesores Guías toma una connotación especial en la dirección del trabajo educativo ,del proyecto educativo, aquí se busca que la caracterización del alumnado este hecha en el menor tiempo posible ,que aquello que el grupo y el Profesor han identificado en aras de la mejoría académica, laboral,investigativa,y humanitaria de la brigada se recoja .Se concertan entrevistas con los Jefes de Cátedra , Profesores Principales ,Docentes de las diferentes asignaturas con los Jefes de Brigada para que en el orden metodológico se le dé el tratamiento requerido a las diferentes situaciones surgidas.

Los Alumnos para muchos la razón de ser de los Centro de Educación Superior, el Despacho Individual Académico le da tratamiento fundamentado en la Dispensarización Académica donde en privado se atienden las situaciones muy puntuales tanto sean académicas, sociales, de salud, etc. que ellos puedan tener con la finalidad de ayudarlos y contribuir a su formación.

El Trabajo Científico Estudiantil encuentra en el despacho individual académico un marco efectivo para promocionarlo, controlarlo, sirviendo de enlace, puente entre tutores profesores guía y alumnado.

En lo fenomenológico el Despacho Individual Académico parece fragmentar el Proceso Enseñanza Aprendizaje, pero en la esencia lo unifica, lo articula, lo consolida en sistema haciendo más favorable la integración, la interdependencia, la aplicación de los principios didácticos, en aras de elevar su calidad..

Conclusiones.

El 5to año de Medicina dada la complejidad académica que lo define necesita, requiere de un artificio, un instrumento metodológico que contribuya a revitalizar la calidad del Proceso Enseñanza Aprendizaje y aquel es El Despacho Individual Académico que por sus características mejora el logro del cumplimiento de las funciones del Colectivo de Año, aspecto esencial para la formación integral del alumno.

Referencias bibliográficas.

1. Álvarez C. Fundamentos teóricos de la dirección del proceso docente educativo en la Educación Superior Cubana. La Paz: Instituto Cultural y Amistad Cubano Boliviano; 1992.
2. Álvarez C. La escuela en la vida. La Habana: Editorial Félix Varela; 1992
3. Gracia Camón D. Importancia de la evaluación cuantitativa y cualitativa en el proceso de enseñanza aprendizaje. Abril del 2013. Riesgos psicosociales (Psicosoft Pro) Disponible en: <http://www.psicopreven.com/noticias-de-la-prevencion/123-metodologias-de-evaluacion-cuantitativas-y-cualitativas>
4. Dibut Toledo L S. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación como mediadoras del proceso de enseñanza-aprendizaje. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/edutec/paginas/61.html>. Acceso el 16 de julio de 2003.
5. Pérez OL. La evaluación del aprendizaje en la Educación Superior. 1ra ed. Dominicana: La Escalera; 2007.
6. Álvarez Blanco B F. El Departamento de Orientación en un Instituto: La Evaluación. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://es.geocities.com/baldomeroab/evaluacion.htm>. Acceso el 25 de abril de 2003.

**Facultad de Ciencias Médicas
Cienfuegos.**

Título: Factores relacionados con el abandono de lactancia materna en paridas. Área VIII. Cienfuegos 2016-2017.

Autores: Miriam del Carmen Martín Ojeda (x₁)

**Coautores: Maritza Fundora González (x₂), María Isabel Ledesma Ferrer (x₁),
María Julia Placeres Hernández (x₃), Mary Lidia Soriano Najarro (x₅), Juan
Carlos Penot Seijos (x₆)**

(x₁) Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.enfermeria7124@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba (x₂).Máster en Educación Médica Superior. Profesor Asistente enfermeria7127@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba(x₁) Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente enfermeria7121@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba (x₃)Máster en Educación Médica Superior. Profesor Auxiliar enfermeria7124@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba(x₅) Licenciada en Enfermería.Especializada en Pos-básico de Docencia enfermeria7121@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.(x₆)Licenciado en Defectología higiene7703@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Resumen.

Existen datos convincentes de que los gobiernos de todo el mundo, con el apoyo de la comunidad internacional y de otras partes interesadas, se toman en serio sus compromisos de proteger y promover la salud y el bienestar nutricional de los lactantes. El abandono de la lactancia materna en las paridas del área VIII del Municipio de Cienfuegos es una situación frecuente por lo que nos planteamos como problema ¿Qué factores están relacionados con el abandono de la lactancia materna en las paridas del área VIII del Municipio de Cienfuegos? con el Objetivo de detectar factores relacionados con el abandono de la lactancia materna se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo longitudinal en 24 paridas en dos consultorios del área 8 municipio Cienfuegos nos propusimos en una primera etapa caracterizar las puérperas que abandonan la lactancia materna según variables sociodemográficas fueron utilizados métodos teórico, empírico, matemáticos y estadístico. En los resultados predominó el grupo de edades de 20-24 años, la unión consensual, y la ocupación amas de casa, se concluyó que existen algunos factores relacionados con el abandono de la lactancia materna en las paridas de los consultorios del área VIII, coinciden en esta investigación que solo 2 pacientes estudian y el resto son amas de casa ,el nivel escolar vencido que predomino fue secundaria, seguido del nivel primario, en ambos el número de hijos es de dos y el tiempo de lactancia al 1er hijo fue de 3 meses con Lactancia materna exclusiva.

Palabras clave: lactancia materna, abandono de la lactancia materna, puérpera.

Introducción.

La lactancia es la alimentación con leche del seno materno. La OMS (Organización Mundial de la Salud) y la UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños".¹

La OMS y la UNICEF recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años.² El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF.^{3, 4.}

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como alimento para los bebés desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX, tanto si se trata de leche de la propia madre o leche de otra madre a cambio o no de algún tipo de compensación.^{5, 6}

A principios del siglo XX se inicia lo que ha sido considerado como "el mayor experimento a gran escala en una especie animal": a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial y los niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta.^{7.} En los años setenta el GAP emite informes donde advierte la preocupación por el problema de la malnutrición infantil derivada del abandono de la lactancia materna e invita a la industria a cambiar sus prácticas de publicidad de productos para la alimentación infantil.⁸

Los movimientos sociales (grupos de apoyo a la lactancia materna) y la evidencia científica de que el abandono de la lactancia materna supone un problema de salud pública prioritario en todos los países del mundo empujaron a las instituciones internacionales y nacionales, con la OMS a la cabeza, a poner en marcha diferentes iniciativas.⁹

La lentitud de los gobiernos para transformar en Leyes las recomendaciones del Código llevó a la OMS y la UNICEF a realizar reuniones internacionales que promovieran el apoyo a la lactancia materna.^{10,11} En 1989, la OMS/UNICEF hace público un comunicado dirigido a los gobiernos: "protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función de los servicios de maternidad".¹² En el mismo año las Naciones Unidas adoptaron la Convención sobre los Derechos de la Infancia.

El apartado e) del artículo 24 hacía referencia expresa a la necesidad de asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan las ventajas de la lactancia materna y reciban apoyo para la aplicación de esos conocimientos.¹³ En un antiguo orfanato de Florencia (Ospedale degli Innocenti, 1990) se celebra una Cumbre mundial con el lema "La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial" a la que asisten representantes de 30 países que respaldan la Convención sobre los derechos de la infancia y firman una declaración de compromiso:^{14, 15}

En 1992, la Conferencia internacional sobre nutrición, convocada por FAO y OMS en Roma¹⁶ acepta las metas para el año 2000 de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, destacando la promoción de la lactancia entre los 8 temas más importantes de la nutrición mundial.

En la Cumbre Mundial sobre mujer y desarrollo (Pekín, 1995)¹⁷ se apoyó la necesidad de dar facilidades para la lactancia a las mujeres trabajadoras. En 1999, la Conferencia Internacional de la OIT revisó el convenio de Protección de la Maternidad que consolidaba el derecho a un permiso pagado por maternidad para todas las mujeres trabajadoras y el derecho a intervalos pagados para amamantar durante la jornada laboral.¹⁸

Según precisó el doctor Walter Martínez, coordinador nacional de la Lactancia Materna y de los Bancos de Leche Humana, hasta el año 2006, en la Isla solo el 26,4 por ciento de los recién nacidos recibían los beneficios de la leche materna

exclusiva hasta el sexto mes de vida, cifra que se incrementó hasta la fecha, gracias al proyecto Martínez (estrategia para mejorar la calidad de la atención a la población infantil desde la puericultura prenatal).(19,20)

Uno de los resultados duraderos y tangibles de la Conferencia Internacional sobre Nutrición, a saber, la Declaración Mundial sobre Nutrición, ofrece una visión desafiante de un mundo transformado. Al mismo tiempo, el Plan de Acción para la Nutrición traza una ruta verosímil para lograr dicha transformación.²¹

En Cuba los recién nacidos reciben la leche materna de manera exclusiva hasta los seis meses, algunos más allá de ese período recomendado, pues las mujeres cuentan con una licencia de maternidad retribuida hasta el primer año de vida del niño, por ser esta la forma inigualable de facilitar el alimento ideal para su crecimiento y desarrollo, además favorecer las relaciones afectivas entre madre e hijo ,en la provincia de Cienfuegos se está trabajando por retomar el hospital “Amigo del niño y de la madre.”.

Problema científico: ¿Qué factores están relacionados con el abandono de la lactancia materna en las paridas del área VIII del Municipio de Cienfuegos?

Objetivo General. Detectar factores relacionados con el abandono de la lactancia materna en las paridas de los consultorios 14 y 19 del área VIII. Municipio Cienfuegos año 2016-2018.

Específicos.

1. Caracterizar las puérperas que abandonan la lactancia materna según variables socio demográfico.
2. Confeccionar instrumentos para explorar nivel de conocimientos sobre lactancia materna y la técnica de amamantar en las puérperas objetos de estudio.
3. Diseñar propuesta de intervención comunitaria para las paridas de las comunidades objeto de estudio.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo y longitudinal, en las puérperas del área VIII del Municipio de Cienfuegos, el universo estuvo conformado por 24 puérperas paridas entre el 1ero enero y el 31 diciembre 2016 en los consultorios 14 y 19 de las comunidades rurales de Guabairo y Lagunilla, El estudio fue realizado en dos etapas.

Primera etapa: de enero 2016 a diciembre 2017, con 4 objetivos propuestos.

segunda etapa. enero del 2018 para diseñar una propuesta de intervención comunitaria en las comunidades objeto de estudio, la cual debe concluir en diciembre 2018.

Desarrollo.

Cuba, el mejor país de América Latina en la campaña internacional por la lactancia materna exitosa según una encuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebró el día mundial de ese alimento natural con notables avances en su promoción e implementación de manera exclusiva y complementada, hasta los seis meses y dos años de vida, respectivamente^{23,24}

Según precisó el doctor Walter Martínez, coordinador nacional de la Lactancia Materna y de los Bancos de Leche Humana, hasta el año 2006, en la Isla solo el 26,4 por ciento de los recién nacidos recibían los beneficios de la leche materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, cifra que se incrementó hasta la fecha, gracias al proyecto Martínez (estrategia para mejorar la calidad de la atención a la población infantil desde la puericultura prenatal).²⁵

Uno de los resultados duraderos y tangibles de la Conferencia Internacional sobre Nutrición, a saber, la Declaración Mundial sobre Nutrición, ofrece una visión

desafiante de un mundo transformado. Al mismo tiempo, el Plan de Acción para la Nutrición traza una ruta verosímil para lograr dicha transformación.²⁶ La autora coincide con otros autores que han trabajado el tema relacionado con que en los últimos tiempos se ha observado una tendencia a dejar de amamantar y en su defecto introducir leche artificial, desconociéndose las causas fundamentales que llevan a las mujeres a actuar de esta forma.

Resultados y discusión. La autora coincide con otros autores que han trabajado el tema relacionado con que en los últimos tiempos se ha observado una tendencia a dejar de amamantar y en su defecto introducir leche artificial, desconociéndose las causas fundamentales que llevan a las mujeres a actuar de esta forma.

Tabla #1. El grupo de edades que predominó, fue de 20-24 años en 14 puérperas (58,3%), en ambos consultorios, como se puede observar son jóvenes de corta edad, que se encuentran en la etapa de juventud plena,...”se ha informado que existe una general tendencia de no practicar la lactancia materna o practicarla por períodos cortos en las madres más jóvenes; la poca preparación y la inmadurez propia de esta edad muchas veces determinan el abandono precoz de la misma^(27,28), aunque la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto ^(29,30), pero ...”a medida que avanza la edad la mujer toma conciencia de su rol de madre y aumentan las posibilidades de prolongar la lactancia materna exclusiva⁽³¹⁾Ley Chong en su estudio hace referencia que la mayoría de los autores coinciden en que la etapa óptima para la concepción es entre los 20 y los 34 años de edad pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social, ha alcanzado su estabilidad económica y psicológica y está mejor preparada para la procreación, todo lo que puede ser básico para la lactancia exitosa³²

Tabla# 2. Muestra el estado civil de **23 puérperas (95,8%)** es la unión consensual en ambos consultorios, con un predominio en el consultorio 19 estas mujeres cuentan con una pareja para llevar adelante la crianza de los hijos, esta unión es algo positivo para la investigación por lo que puede contribuir a que la madre mantenga una lactancia exclusiva al menos en los primeros seis meses.

Tabla # 3. De las 22 puérperas (91,6%) son amas de casa, con un predominio en el consultorio 19. Según el estudio realizado en Villa Clara en el Policlínico XX Aniversario en el 2008 por Ley Chong, Z (y colectivo de autores) sobre: Caracterización de la lactancia materna en lactantes, demostraron con una diferencia estadística muy significativa que las mujeres trabajadoras lactaron más tiempo de forma exclusiva que las que no laboraban y al calcular el riesgo relativo(RR) se demostró que las mujeres que no laboran son un factor de riesgo para no dar lactancia materna, resultados estos que se corroboran con los obtenidos en nuestro estudio ⁽³²⁾. Los resultado en este sentido nos preocupan por ser las amas de casa mujeres que necesitan acompañamiento y orientación en el hogar por ser esto un factor que influye en el abandono de la lactancia materna en nuestro universo de estudio.

Tabla # 4. Muestra el nivel de escolaridad de las puérperas, predominando en el consultorio #14 **secundaria** en 6 para un 50%, mientras que en el consultorio #19 es la **primaria** en igual número y %. Como se puede apreciar la escolaridad de las encuestadas en el consultorio 19 es relativamente bajo comparado con el consultorio 14, si tenemos en cuenta las oportunidades de estudio con que cuenta nuestros jóvenes hoy en día, la población de este consultorio es la más cercana a la ciudad

Tabla # 5: La convivencia con el conyugue ocurre con 7 puérperas (58,3%)“la lactancia materna no es solo una responsabilidad de la madre, sino también del conyugue y la familia; en este período ella está vulnerable en los primeros días, se encuentra ansiosa a causa de la disminución brusca de hormonas de su cuerpo, la responsabilidad de su hijo, el cansancio del parto, Mientras que en el consultorio 14 se puede observar que 10 puérperas convive con el conyugue (83,3%), esta convivencia es factor favorable puede contribuir a mantener la lactancia materna la convivencia no constituyo un factor de abandono de la lactancia materna en dichas puérperas.

Tabla 6. Muestra que en ambos consultorio 17 puérperas (70,8%) que abandonaron la lactancia materna tienen dos hijos, por lo que demuestra que al menos poseen alguna experiencia sobre el tema, predominando el consultorio 19 con 9 (75%)

Tabla # 7. Muestra que 9 puérperas (54,1%) lactaron al hijo anterior por un período 3 meses.La autora considera que estos resultados están relacionados con la falta de experiencia de algunas puérperas, el insuficiente conocimiento sobre la lactancia materna que poseen, sin embargo esta realidad se modifica con el segundo hijo donde no abandonan la lactancia materna exclusiva.

Conclusiones.

En esta etapa del trabajo se concluyó que existen algunos factores relacionados con el abandono de la lactancia materna en las paridas de los consultorios 14 y 19 del área VIII. Municipio Cienfuegos año 2016-2018, se caracterizaron por grupo de edades donde predominó la edad de 20-24 años, el estado civil por unión consensual, la convivencia: es con el conyugue, sin embargo coinciden en esta investigación que solo 2 pacientes estudian y el resto las pacientes son amas de casa ,el nivel escolar vencido que predominó fue secundaria, seguido del nivel primario, en ambos el número de hijos es de dos y el tiempo de lactancia al 1er hijo fue de 3 meses con Lactancia materna exclusiva.

Referencias bibliográficas

1. Ávalos González MM. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2011 jul.-sep. [citado 3 ene. 2013];27(3):[aprox 10. p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300003&lng=es.
2. Hernández Ochoa J, Selva Suárez L. Nutrición y salud en niños menores de un año Policlínico «Manuel Díaz Legrá» enero 2004- agosto 2005. Rev Haban Cienc Méd [internet]. 2012 jul.-sep. [citado 3 ene. 2013];11(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-19X2012000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 3-Gorrita Pérez RR, Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E, Brito Herrera B. Deseos, aptitudes y conocimientos sobre lactancia materna de gestantes en su tercer trimestre. Rev Cubana Pediatr [internet]. 2012 abr.-jun. [citado 3 ene. 2013];84(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312012000200006&lng=es.
4. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna [Internet]. 2015 [citado 27 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- 5-González C. Mi niño no me come. Madrid;Barcelona 2009.
- 6- Coronado Iglesias, M;Sánchez Negrin, O; Rodríguez Mendiola A; Gorrita Pérez Remigio; Hospital General Docente Leopoldito Martínez. Causas de Abandono de la lactancia Materna exclusiva antes de los 6 meses en San José de las

- lajas.[Internet]. : ; 2011 [citado 6/6/2016]. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>
- 7-Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre lactancia materna [Internet]. 2015 Jul [citado 9 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es>
- 8-Tinoko Marquina A, Caswell Pérez A. Lactancia Materna en México. Retos ante la inequidad [Internet]. México: Save the Children; 2013 [citado 13 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.savethechildren.mx/wp-content/uploads/pdfs/0214014LactanciaMaternaMXF.pdf>
- 9-Castillo Belén JR, Rams Veranes A, Castillo Belén A, Rizo Rodríguez R, Cádiz Lahens A. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. MEDISAN [revista en Internet]. 2009 [citado Ene 2013]; 13(1):[aprox. 14p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san13109.htm
- 10-Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
- 11-Caballero Ortiz, V, Caballero Ortiz I, Ruiz González M, caballero Ortiz A, Muchuli Caballero, Y. Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud . Medisan [Internet]. 2013 [citado 19/6/2016]; 17(3):[aprox. 10 p.]Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013000300005&lng=es&nrm=iso
- 12-Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2010.
- 13- Oliver Roig, A, Cabrero García, J, Richart Martínez, M, Pérez Hoyo, S, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante lolos [Internet]. Rev. Latino Americana de Enfermagen: 2010 [citado 18/6/2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf
- 14- J.M. Rius, J. Ortuño, C. Rivas, M. Maravall, M.A. Calzado, A. López, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. Rev Anales de Pediat [Internet]. 2014 [citado 19/6/2016]; 80(1):[aprox. 6-15 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science>
- 15-Guerra Domínguez, E; Martínez Guerra, M E; Arias Ortíz, Y; La O Cabrera, E; Morales Blanco, I.. Lactancia Natural. Revisión Bibliográfica. Multimed [Internet]. 2011 [citado 19/6/2016]; 15(3):[aprox. 26 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2011/v15-3/13.html>
- 16-Rodríguez Delgado CR, Prieto Herrera ME, Payan Morell M, Quesada Miranda MM. Intervención educativa sobre lactancia materna. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2010 [citado 27 May 2014];14(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300005&lng=es
- 17- Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre lactancia materna [Internet]. 2015 Jul [citado 9 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es>
- 18-Nylander G. Maternidad y lactancia. Desde el nacimiento hasta los seis meses. Barcelona: Granica, 2010.
- 19-Lawrence Ruth A, Robert ML. Lactancia materna. Una guía para la profesión médica. 6 ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
- 20-Resolución WHA54.2, párrafo 3 2009
- 21- EB109/2010/REC/2, actas resumidas de las sesiones sexta, séptima y novena.

22-OMS-UNICEF (declaración conjunta): Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad. New York: World Health Organization; 2010.

23-Gorrita Pérez RR, Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E, Brito Herrera B. Deseos, aptitudes y conocimientos sobre lactancia materna de gestantes en su tercer trimestre. Rev Cubana Pediatr [internet]. 2012 abr.-jun. [citado 3 ene. 2013];84(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312012000200006&lng=es

24- Hernández Ochoa J, Selva Suárez L. Nutrición y salud en niños menores de un año Policlínico «Manuel Díaz Legrá» enero 2004- agosto 2005. Rev Haban Cienc Méd [internet]. 2012 jul.-sep. [citado 3 ene. 2013];11(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

25- New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications: conclusions and recommendations. WHO technical consultation on behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Interagency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV, Geneva, 11-13 October 2011. Ginebra, OMS (documento WHO/RHR/01.28).

26-Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud A55/15 Mayo 16 de 2013

27-La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, 2000, Informe Salud para todos en el año 2000, pág. 12 OMS Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_731_chp6_spa.pdf. Fecha: febrero/16

28-Ley Chong, Z. Torres Clúa, A. Arregoitía Ortíz O. Bermúdez Martín L· P. Muro Ley Y. Caracterización de la lactancia materna en lactantes del Grupo Básico de Trabajo 3. Policlínico XX Aniversario. Año 2008

29- Santana E, Montero M. Las mujeres cubanas tienen asegurado su puesto de trabajo y lugar en círculos infantiles al regreso de su licencia de maternidad. [Internet] 2009 mayo 29 [citado 5 de Jun 2017]. Disponible en: <http://www.cubaminrex.cu/Actualidad/2009/Mayo/Visita6.html>

30- Ley Chong, Z. Torres Clúa, A. Arregoitía Ortíz O. Bermúdez Martín L· P. Muro Ley Y. Caracterización de la lactancia materna en lactantes del Grupo Básico de Trabajo 3. Policlínico XX Aniversario. Año 2008

31-Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre lactancia materna [Internet]. 2015 Jul [citado 9 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es>

32. Ley Chong, Z. Torres Clúa, A. Arregoitía Ortíz O. Bermúdez Martín L· P. Muro Ley Y. Caracterización de la lactancia materna en lactantes del Grupo Básico de Trabajo 3. Policlínico XX Aniversario. Año 2008

Anexos.

Tabla 1.

Grupos de edades en años de las puérperas por Consultorios. Área VIII. Municipio Cienfuegos. Año 2017

Grupo de edades en años	Consultorio 14		Consultorio 19		Total	
	No	%	No	%	No	%
15 a 19	2	16.6	2	16.6	4	16.6
20 a 24	7	58.3	7	58,3	14	58.3

25 a 29	3	25	3	25	6	25.
Total	12	100	12	100	24	100

Fuente: Formulario de la encuesta

N: 24

Tabla #2.

Estado civil de las puérperas por Consultorios. Área VIII. Municipio Cienfuegos. Año2017

Estado Civil de las puérperas	Consultorio 14		Consultorio 19		Total	
	No	%	No	%	No	%
-Soltera	1	8.33	--		1	41,6
-Casada	--	--	--		--	--
-Unión Consensual	11	91.6	12	100	23	95.8

Fuente: Formulario de la encuesta

N: 24

Tabla # 3.

Ocupación de las puérperas por consultorios. Área VIII. Municipio Cienfuegos. Año2017

Ocupación de las puérperas	Consultorio 14		Consultorio 19		Total	
	No	%	No	%	No	%
Estudia	2	16.6	--	--	2	16.6
Ama de casa	10	83,3	12	100	22	91.6
Total	12	100	12	100	24	100

Fuente: Formulario de la encuesta

N: 24

Tabla # 4.

Nivel escolar de las puérperas por Consultorios. Área VIII. Municipio Cienfuegos. Año2017

Nivel escolar de las puérperas	Consultorio 14		Consultorio 19		Total	
	No	%	No	%	No	%
Primaria	2	16.6	6	50	8	33.3
Secundaria	6	50	4	33.3	10	41.6
Técnico medio	2	16.6	2	33.3	4	16.6
Pre universitaria	2	16.6	0	--	2	8,3
Universitaria	--	--	--	--	--	--
Total	12	100	12	100	24	100

Fuente: Formulario de la encuesta

N: 24

Tabla # 5.

Convivencia de las puérperas por Consultorios. Área VIII. Municipio Cienfuegos. Año 2017

Convivencia	Consultorio 14		Consultorio 19		Total	
	No	%	No	%	No	%
-Conyugue	10	83.3	7	58.3	17	70.83
-Hijos	2	8.3	4	16,6	6	25.0
-Otros	---	---	1	4.16	1	4.16
Total	12	91,6	12	79,6		

Fuente: Formulario de la encuesta.

N: 24

Tabla # 6.

Número de hijos de las puérperas por Consultorios. Área VIII. Municipio Cienfuegos. Año 2017

Número de hijos de las puérperas	Consultorio 14		Consultorio 19		Total	
	No	%	No	%	No	%
• 1hijo	4	33,3	3	25	7	29.1
• 2 hijos	8	66,6	9	75	17	70.8
• + de 2 hijos	---	---	---	---	---	---
Total	12	100	12	100	24	100

Fuente: Formulario de la encuesta.

N: 24

Tabla # 7.

Tiempo que lactaron las puérperas al hijo anterior por Consultorios. Área VIII. Municipio Cienfuegos. Año2017

Tiempo de lactancia del hijo anterior	Consultorio 14		Consultorio 19		Total	
	No	%	No	%	No	%
3 meses	4	33.3	5	41.6	9	37,5
6 meses	6	50	4	33.3	10	41.6
1año	2	16.6	3	25	5	20.8

Fuente: Formulario de la encuesta

N: 24

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS. ÁREA VI. CIENFUEGOS. 2015-2016

Autor: Dra. María Julia Vázquez Vega, mariavv681001@minsap.cfg.sld.cu, Área VI, Cienfuegos, Cuba, Jefe Departamento de Estomatología.

Coautores: Dr Ricardo Aguiar Sanabria, ricardo@jagua.cfg.sld.cu, Área VI, Cienfuegos, Cuba.

Ricardo Aguiar Vázquez, Estudiante de medicina, segundo año, Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN:

La estomatitis subprótesis lleva a los pacientes portadores de prótesis a acudir a la consulta estomatológica frecuentemente. El manejo de estos por el personal de salud a veces no es adecuado, debido a que no se evalúan todos los factores de riesgo que predisponen a la enfermedad.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar los factores de riesgo que incidieron en la aparición de la estomatitis subprótesis en el período comprendido de Enero 2015 hasta Diciembre de 2016. El universo lo conformó la totalidad de pacientes mayores de 19 años, portadores de prótesis dental, que acudieron a consulta de Estomatología. La muestra quedó constituida por los 59 pacientes portadores de estomatitis subprótesis. Para determinar el grado de lesión se realizó una observación de la cavidad bucal durante el examen clínico, según la clasificación establecida.

En la medida que avanzó la edad, existió una mayor incidencia de la enfermedad, siendo el sexo femenino el más afectado con predominio del grado I. La mayoría de los pacientes mantenía un uso continuo de la prótesis y los más afectados fueron aquellos que portaban prótesis con base acrílica. La mayor cantidad de lesiones se localizaron en la zona media. Se reportaron ocho factores de riesgos, observándose que la deficiente higiene bucal, protésica y el uso continuo de la prótesis, jugaron un papel fundamental en la aparición de la enfermedad.

Palabras claves: estomatitis subprótesis, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

Para lograr el bienestar físico-psíquico y social del ser humano y mantenerlo en perfecto estado de salud, las Ciencias Médicas se desarrollan cada vez más, en busca de nuevos fenómenos y descubrimientos, en particular, para mantener tejidos en óptimas condiciones.

La cavidad bucal, por las múltiples funciones que tiene en la vida del hombre y su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos, tiene una peculiar significación, por lo cual merece una atención médica más cuidadosa, tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de cualquier afección. Hay que recordar que para disfrutar un alto grado de salud general es necesaria la salud bucal.¹

El proceso de envejecimiento es inexorable e irreversible. Modifica los tejidos, órganos y sistemas de órganos, y a medida que el individuo aumenta en edad, afecta la autoestima, autovalencia, sus relaciones interpersonales y afectivas.

Los tejidos orales y periorales no escapan al proceso de envejecimiento, observándose en ellos diversos cambios, como: pérdida de dientes, disminución del tejido óseo de la mandíbula y de los maxilares y disminución del flujo salival, entre otros.²

Las prótesis constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero, aún cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad.³

La prótesis estomatológica es aquella que mediante aparatos artificiales colocados en la boca, restituyen funciones principales para el paciente.

La acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye para el tejido una agresión mecánica, no fisiológica. Los efectos de presión, tracción y empuje que con ella se producen, pueden causar acciones irritantes sobre la misma. Cuando estos efectos son de mayor intensidad, suponen un estímulo patógeno que rompe ese equilibrio y conduce a una irritación tisular, acompañada de sus consiguientes reacciones inflamatorias, entre las cuales se encuentra con mayor frecuencia la estomatitis subprótesis.⁴

La Estomatitis Sub-Protésica ha sido definida como una inflamación de la mucosa de soporte que está en contacto con la superficie interna de la prótesis, siendo ésta más frecuente en el maxilar superior. Hace años era considerada únicamente como una inflamación causada por la irritación de la mucosa del paladar, debido a la presencia de prótesis dentales mal adaptadas y era tratada solamente en ese sentido. Los trabajos de Budtz-Jørgensen realizados a mediados de los años 70, contribuyeron a evidenciar la importancia de la colonización debajo de las prótesis dentales por parte de *Candida albicans*, como un factor implicado en la etiología y en el desarrollo de esta entidad. Posteriormente, otros factores han sido considerados, entre estos: mala higiene bucal, diversas condiciones sistémicas, alimentación deficiente y uso continuo de prótesis dental.⁵

En resumen, el término de estomatitis protésica se define como la inflamación generalizada de la mucosa bucal observada en pacientes con prótesis nuevas o viejas mal adaptadas y caracterizada por enrojecimiento, hinchazón y dolor de la mucosa que está en contacto con la prótesis.^{6, 7}

La estomatitis subprótesis es la afección más frecuente en los servicios de prótesis estomatológica, impidiendo iniciar de forma inmediata una rehabilitación protética. En general se considera que las dos terceras partes de los portadores de prótesis removibles presentan estomatitis subprótesis, en un grado variable.¹

Dentro de todas estas alteraciones la estomatitis subprotésica, muestra una alta prevalencia tanto en Cuba como en el resto del mundo, constituyendo una enfermedad muy frecuente entre los portadores de prótesis removibles, y dependiendo del autor, sus reportes en el nivel de afectación, oscilan entre un 11 y un 67 %.⁷

Estudios epidemiológicos realizados en Dinamarca describen entre un 40 y un 60 % en la población examinada. En Chile un 40 % y un 43 % en Japón. En Cuba se reporta una frecuencia de un 46.8 %.⁷

Según García Rodríguez B, las investigaciones sobre su prevalencia ofrecen cifras disímiles que varían entre el 11% y 67%. En Cuba, a pesar de los conocidos esfuerzos en materia de salud, constituye un problema con valores que superan el 45%. Según los informes, estas lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de avanzada edad, y más del 95% se presentan en personas mayores de 40 años, el

promedio de edad al establecer el diagnóstico fue de 60 años. La experiencia clínica actual demuestra la necesidad de adentrarse en el conocimiento de esta patología, cuya terapéutica lleva implícito no sólo resolver el problema propio de la enfermedad, si no el reemplazo de la dentadura con la consiguiente planificación y empleo de recursos adicionales.⁸

Según Salazar Esmeralda varios investigadores coinciden en señalar que entre 25% y 65% de los pacientes portadores de prótesis dental removible presentan E.S.P., aunque la proporción de individuos afectados puede ser en ocasiones superior a 65%, ya que esto va a depender en parte, del tipo de población seleccionada, así como de otros factores involucrados. Esta patología es más común en mujeres que en hombres y se observa más frecuentemente en sujetos con edades comprendidas entre 25 y 90 años. Cabe destacar además que, la prevalencia de E.S.P. se incrementa a medida que aumenta la edad de los sujetos.⁹

En la mayoría de los estudios sobre el tema se notifica que la génesis de la estomatitis subprotésica es multifactorial, y se refieren entre las posibles causas el trauma ocasionado por la dentadura, que incluye el uso continuo de la prótesis; la higiene de la prótesis debido a la reacción originada por la placa dental; la reacción irritante y la alergia al material de base de la prótesis; los factores dietéticos; la infección micótica, en la que se le atribuye un importante papel a la *Candida albicans*; y factores sistémicos, incluidos los predisponentes.¹⁰

Su etiología es extremadamente variable, puede aparecer cuando las prótesis dejan de constituir un estímulo a los tejidos de sostén y se convierten en una agresión física al medio bucal influido por condiciones locales o sistémicas. Se conoce una etiología multifactorial: trauma asociado al desajuste de prótesis, falta de higiene, uso permanente en boca (sin remoción nocturna), enfermedades crónicas y con compromiso del estado inmunológico, estrés y factores endógenos relacionados con enfermedades sistémicas y cardiovasculares, etc. Todos estos factores predisponentes traen como consecuencia el desarrollo y colonización de las superficies protésicas por levaduras de *Cándida albicans*. La presencia de la placa dental en la superficie de las dentaduras es el factor etiológico más importante en la estomatitis subprotésica. La placa comienza a colonizarse por *C. albicans*, debido a que el acrílico, material con el cual se elaboran las dentaduras presentan una superficie rugosa y porosa que actúa como un reservorio que favorece la adhesión de los microorganismos, sumado a la mala higiene de los pacientes portadores de prótesis, factores predisponentes para el crecimiento de *C. albicans*.^{7, 8,11}

En Cuba, desde la década del 60, la atención estomatológica a la población ha sido una de las principales prioridades del Sistema Nacional de Salud, por ello el estomatólogo debe sentirse profundamente comprometido con su profesión, tanto para conocerla y vivirla intensamente, como para plantear alternativas de soluciones; de hecho, debe comprender que su principal deber ético y moral es conservar sana a la comunidad y que no corresponde con la nobleza y dignidad de la profesión el aferrarse a un ejercicio que condena a las personas a permanecer enfermas.¹²

La situación real en Cienfuegos sobre el uso de prótesis, las lesiones bucales provocadas por las que están siendo usadas, así como la relación entre sus características y las lesiones bucales en la población no está visiblemente cuantificada, ni tampoco se conoce el riesgo que tiene un individuo de tener lesiones bucales con un tiempo de uso prolongado o con una prótesis desajustada o en mal estado. Las

evidencias actuales no pasan de ser suposiciones realizadas a partir de la práctica asistencial y existen muy pocos trabajos publicados que describen el estado concreto de este problema en nuestro medio. Profundizar en esta problemática es de gran importancia para la planificación de los servicios médicos y para establecer políticas adecuadas en beneficio de la población.³

La ESP ha sido descrita como mucosa inflamada subprotésica, palatitissubprotésica crónica, estomatitis subprotésica, estomatitis venenata, candidiasis atrófica crónica, estomatitis en relación con la prótesis y estomatitis protésica. El término estomatitis subprotésica se ha aceptado universalmente.¹⁰

La estomatitis subprótesis, que con frecuencia se diagnostica dentro de la patología bucal, es una alteración de tipo inflamatoria, que puede degenerar en una lesión hiperplásica, si no se trata oportunamente. Se caracteriza por áreas de inflamación focal o difusa, edema, y/o tejido hiperplásico asociada al área de soporte biológico de estos aparatos. Se caracteriza por una proliferación fibroepitelial, causada por la base acrílica o metálica desajustada, asociada generalmente a una deficiente higiene bucal y hábitos personales de uso de las prótesis entre otras. Las características clínicas varían de acuerdo con la gravedad de la lesión, puede modificar su aspecto clínico. Generalmente se presenta en la mucosa de soporte, en pacientes total o parcialmente desdentados portadores de prótesis mucosoportadas, dentomucosoportadas o dentosoportadas removibles, las cuales se encuentran casi siempre en mal estado.^{1, 11}

La estomatitis subprótesis (ES) es una de las alteraciones que con más frecuencia se diagnóstica entre las afecciones bucales. Habitualmente se localiza en el paladar duro de los pacientes que utilizan prótesis dentales mucosoportadas, por lo que se define como un proceso inflamatorio de la mucosa bucal relacionado con una prótesis removible. Los 2 parámetros fundamentales de esta enfermedad son la inflamación de la mucosa y el uso de la prótesis dental.¹⁰

Así mismo, en 1962, Newton propuso una clasificación de esta entidad basada en la apariencia clínica de la inflamación de la mucosa de los maxilares, debajo de la prótesis, que consideró: de tipo I, si existían puntos eritematosos o áreas hiperémicas localizadas; tipo II, si había una zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte de la prótesis; y de tipo III, cuando se presentaba una lesión de aspecto papilomatoso.¹⁰

En su tratamiento debe contemplarse la retirada del aparato protésico, la eliminación de los factores locales. Además se recomienda cepillar las prótesis y utilizar enjuagatorios bucales.

El tratamiento de esta afección está encaminado a la eliminación de los factores locales, para lo cual varios autores recomiendan retirarse las prótesis por largos períodos, cepillarlas, así como la utilización de enjuagatorios bucales, usos de medicamentos que favorezcan la resolución del cuadro clínico y una terapia con antifúngicos. Últimamente se han utilizado otros tratamientos más inocuos como la miel de abeja, la sábila, el láser y el ozono, se han obtenido resultados satisfactorios en un tiempo más breve, evitando de esta forma la utilización de medicamentos tóxicos como los convencionales.^{4,7}

La mayoría de los pacientes desconoce la adecuada manera de mantener y cuidar sus prótesis. Es necesaria su limpieza diaria para evitar la acumulación de placa, cálculo y pigmentaciones. Estos depósitos no sólo pueden constituir problemas en lo que a la estética y halitosis se refiere, sino también contribuyen a irritaciones e infecciones como candidiasis y estomatitis subprótesis en la mucosa adyacente.¹¹

Estudios recientes informan que las prótesis deberán reemplazarse al cabo de 36 a 60 meses de su colocación y es recomendable la revisión y limpieza de la boca cada seis meses ya que las prótesis actúan como cuerpo extraño.⁴

La estomatitis subprótesis, es un trastorno que resulta cada vez más preocupante, pues además de los problemas propios de la enfermedad, en su terapéutica debe contemplarse el reemplazo de las prótesis y, por consiguiente, la planificación y el empleo de recursos adicionales; actualmente se desconoce la magnitud y severidad de la misma, y continúa formando parte de los problemas de salud bucal en los pacientes rehabilitados con prótesis.⁷

En el servicio de estomatología del Policlínico del Área VI del Municipio de Cienfuegos, acuden con frecuencia pacientes portadores de esta enfermedad, con su cuadro clínico en mayor o menor severidad, pero su relación con los factores de riesgo en el contexto antes mencionado no se conoce. Esto motivó a emprender este proceso investigativo que permita abordar aspectos de esta enfermedad, para conocer y dominar mejor sus características y lograr prevenir su aparición. También para detectar precozmente diversos factores de riesgo que favorecen su presencia, y la planificación o empleo de recursos adicionales, cuyo objetivo final es aumentar la calidad de vida de nuestros pacientes. Por lo que se decidió llevar a cabo la presente investigación, tomando como objetivo general: Determinar los factores de riesgo que inciden en la aparición de la estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis del Área VI en el Municipio de Cienfuegos. Como objetivos específicos:

- 1- Identificar los factores de riesgo presentes en los pacientes portadores de prótesis.
- 2- Identificar la relación entre los factores de riesgo y la presencia de estomatitis subprótesis.

DESARROLLO

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo, corte transversal. El universo de estudio lo conformaron la totalidad de individuos mayores de 19 años portadores de prótesis dental removibles, ya sean totales o parciales, que acudieron a consulta de Estomatología en el período de enero de 2015-diciembre de 2016. La muestra quedó constituida por 59 pacientes portadores de estomatitis subprótesis, que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 19 años portadores de prótesis, libres de incapacidad mental y en los cuales se pudo obtener el consentimiento libre informado de forma oral y escrita. Se excluyeron aquellos que presentaban alguna discapacidad física y/o mental que le impidieran las prácticas correctas de higiene bucal u ofrecer datos de interés para la investigación, y los pacientes que al examen físico no presentaron estomatitis subprótesis, así como aquellos que no aceptaron formar parte de la investigación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al analizar la distribución de los pacientes según grupos de edad y grado de estomatitis subprótesis, se observa un incremento en cuanto a la incidencia de la lesión a medida que avanza la edad. De un total de 59 examinados, el grupo de edad más afectado fue el de 60-74 años de edad, con 30 pacientes para un 50.8%, con predominio del grado I de la enfermedad con 19 pacientes, lo que representó el 32.2 %. El grupo de 20-34

años se presentó sólo con un 3.4% de los pacientes. No se presentaron pacientes con el grado III de la lesión en los dos primeros grupos (20-34, 35-59), ni en el grupo de 75 y más años, sin embargo, el grupo más afectado fue el de 60-74 años con un caso, para un 1.7% (Anexos Tabla I).

Por el contrario, autores como Sifontes y Nápoles muestran resultados diferentes en sus estudios, ya que las edades más afectadas fueron entre 35 y 54 años.^{4,17} En nuestro estudio, el grupo más afectado fue el de 60-74 años, oponiéndose así a los resultados de ambos autores.

En la Tabla II Se observa el número de pacientes con estomatitis subprótesis del Policlínico Área VI según sexo y grado de la lesión. De un total de 59 pacientes con estomatitis subprótesis, el 57.6% pertenecen al sexo femenino, predominando en el mismo el grado I con un 37.3% del total de pacientes. El sexo masculino tuvo una prevalencia del 42.4% de los pacientes, destacándose con el grado I de estomatitis para un 27.1%. Del caso de grado III de la lesión corresponde a las féminas (Anexos Tabla II).

Estos resultados se asemejan a los de Carpio y Díaz, que obtuvieron el mayor porcentaje de afecciones de ESP en el sexo femenino. Argumentan que la mujer es más preocupada por la estética que el hombre, y la fragilidad capilar en las mujeres hace más frecuente la aparición de la enfermedad.^{13, 14} Se ha descrito que probablemente la mucosa palatal del hombre sea más resistente al uso de la prótesis que en las mujeres.^{1,14}

En la Tabla III se presentan los factores de riesgos más frecuentes, se observó que la frecuencia de la mala higiene bucal se encontró en 81.4% de los pacientes, la deficiente higiene de la prótesis y el uso continuo de la prótesis apareció en el 88,1%, se reportaron las prótesis desajustadas en el 71.2% de los pacientes. Entre los factores que fueron detectados con menos frecuencias se encontraron el hábito de fumar en el 47.5%, las alergias en un 18,6%, el consumo de alimentos calientes en 6.8%, y el factor que menos incidió en la muestra fue la diabetes mellitus en un 5,1%.

Según Shulman y Al-Dawairizn el riesgo de poseer estomatitis subprótesis aumenta cuando disminuye la higiene bucal y algunos factores locales son fundamentales para el desarrollo de la enfermedad¹⁵, y el uso continuo de la prótesis aparece reportada en la literatura como uno de los hábitos más importantes relacionados con esta patología¹⁶, lo cual coincidió con los resultados obtenidos en este estudio. En otros trabajos señalan al hábito de fumar como un factor de riesgo importante, sobre todo en edades avanzadas.^{15, 17, 18, 19}(Anexos Tabla III)

El mayor porcentaje de los pacientes afectados se observó en aquellos que portaban prótesis con base acrílica, con 40 pacientes para un 67.8%, con diferencia significativa. Las bases metálicas y mixtas obtuvieron menor porcentaje de afectados: 13.6% y 18.6% respectivamente. El grado I fue el más afectado con 64.4% de los pacientes, de los cuales un 44.1% presentaban la prótesis con material de base acrílica. (Anexos Tabla IV)

Estos resultados corroboran los obtenidos por Sifontes y otros autores en sus estudios, mostrando que la mayor cantidad de pacientes usaban prótesis con base de acrílico^{20, 21, 22}. Sin embargo, en este estudio se manifestaba en dichos pacientes el grado I de la lesión. (Anexos Tabla IV)

La tabla V muestra el grado de la lesión relacionado con su localización., la mayor cantidad de lesiones se localizaron en la zona media con el 45.8 % de los pacientes, y

en la misma el grado I fue el predominante para un 28.8%. Se observa que 12 pacientes presentan lesiones localizadas en la zona mixta, para un 20.3 %. En la zona anterior fue donde menos se observó la misma con el 3.4% de los pacientes (Tabla 5). Estos resultados difieren de los obtenidos por Rey Ordoñez en su investigación en cuanto a la localización de la lesión, donde el autor refleja la mayor frecuencia de aparición asociada con otras zonas como el vestíbulo bucal.²³ (Anexos Tabla V)

CONCLUSIONES

La deficiente higiene bucal y de la prótesis, el uso continuo de la aparatología, así como la presencia de prótesis desajustadas constituyeron los principales factores de riesgos encontrados, que predisponen a la aparición y empeoramiento de la estomatitis subprótesis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Silva Contreras A, Cardentey García J, Silva Contreras A. Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al Policlínico "Raúl Sánchez". Rev Ciencias Médicas. 2012; 16(5):3-4.
2. Gutiérrez C, Bustos Medina L, Sánchez M, Zaror Cornejo L, Zambrano M. Estomatitis Subprotésica en Pacientes de la IX Región, Chile. Int. J. Odontostomat.[Internet].2013[citado 13 de febrero de 2014]; 7(2): [aprox.13p.].Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718381X2013000200008>
3. García Alpizar B, Benet Rodríguez CM, Castillo Betancourt DE. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Medisur [Internet]. 2010 [citado 13 de febrero de 2014]; Vol. 81(1): [aprox. 36-41 p.].
4. Ley Sifontes, Luis. Comportamiento de la estomatitis subprótesis. AMC [Internet]. 2010 [citado 13 de febrero de 2014]; 14(1):[aprox. 15 p.].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1025-02552010000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Salazar E, Cardozo E, Pardi G. Fluconazol: Seguridad y Eficacia en el Control de la Estomatitis Sub-Protésica Asociada a Candida. Acta Odont. Venez. . 2009; 47(2): 2-3.
6. Coureaux Rojas L., Chávez González Z., Toirat Romaní Y, Legna Montoya A., Seguén Hernández J. Eficacia del tratamiento tópico con Vimang® en pacientes con estomatitis subprótesis. MEDISAN [Internet] 2013 oct. [Citado 21 abr 2015]; 17 (10): [Aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001000003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Espasandín González S, Martínez Toledo G, Reyes Suárez VO. . Estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. 2013; 19(2): 3-4.
8. García Rodríguez B, Romero Junquera C.R. Estomatitis subprótesis en mayores de 40 años del Hogar de ancianos Jesús Menéndez de Holguín. Correo Científico Médico [Internet] 2012 [Citado 21 abr 2015]; 16 (3): [Aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/215/187>
9. Salazar E, Cardozo E, Pardi G. Fluconazol: Seguridad y Eficacia en el Control de la Estomatitis Sub-Protésica Asociada a Candida. Acta Odont. Venez. . 2009; 47(2): 2-3.

10. Sánchez Iturriaga M. E., Reyes Romagosa D. E., Arias Tardón R., Rondón Martín E. A. Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles. MEDISAN [Internet]. 2013 Nov [citado 21 Abr 2015]; 17(11): [Aprox. 6 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001100011&lng=es.
11. Ucar Barroeta A., Rojas de Méndez G., Ballester Lelis A.. Acción de agentes químicos en la eliminación de *Candida albicans* sobre prótesis dentales. Acta odontológica Venezolana [Internet]. 2007 [citado 13 de febrero de 2014]; 45(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: www.actaodontologica.com
12. Torres Márquez PA, Fuentes González MC, Doce Rodríguez RV. Urgencias en un servicio de prótesis estomatológica. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 13 de febrero de 2014]; 15(10):[aprox. 10 p.]. Disponible en :http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192011001000008&script=sci_arttext&lng=p
13. Díaz M, Hernández R, Martínez G, Vidal G, Gómez M et al. Comparative study of ozonized olive oil and ozonized sunflower oil. JJ. Braz. Chem. Soc. [Internet] 2006 marzo-abril [citado 21 Abr 2015]; 17 (2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-50532006000200026&script=sci_arttext
14. Corona Carpio MH, Arias Arañó Z, González Rodríguez W, Núñez Antúñez L, Miniet Díaz E. Eficacia del enjuagatorio con té de Vimang en la estomatitis subprótesis. Rev Cubana Estomatol [Internet] 2006 oct.-dic. [citado 21 Abr 2015]; 43 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072006000400003&script=sci_arttext
15. Shulman JD, Rivera-Hidalgo F, Beach NM. Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. J Oral Pathol Med. 2005 Jul; 34(6): 340-6.
16. Freitas JB, Gómez RS, De Abreu MH, Ferreira E. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly brazililians. J Oral Rehabil. 2008 Mayo; 35(5):370-4.
17. Dos Santos CM, Hilgert JB, Padilla DM, Hugo FM. Denture stomatitis end its risk indicators in South Brazilian olders adults. Gerontology. 2009 Jan; 22.
18. Francisco AM, González Y, Vázquez AG. Estomatitis Subprotesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Medisur; 2009; 7(1).
19. Herrera B, Osorio M. Comportamiento de la estomatitis subprotesis en mayores de 45 años. Rev Hab Cienc Med; 2005 Sept-Oct; 4(4).
20. Ley Sifontes L, Silva Y, Martín O, Paz E, Landrián C. Eficacia del aceite de girasol ozonizado en el tratamiento de la estomatitis subprótesis grado I y II. ArchMéd Camagüey [Internet]. 2008 [citado 21 Abr 2015]; 12(3):2. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n3/amc05308.htm>
21. Franco Bravo Z, San Miguel Pentón A, García Fernández YL, Hernández Alfonso CP. Cambios suscitados en la formación del capital humano que confecciona prótesisestomatológica en Villa Clara. EDUMECENTRO [Internet]. 2013[citado 21 Abr 2015]; 5 (1). Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/viewArticle/218>
22. Cruz González AC, Díaz Caballero A, Méndez Silva JE. Uso de incrustaciones de resina compuesta tipo onlay en molares estructuralmente comprometidos Rev Cubana Estomatol [Internet] 2012 ene.-mar [citado 21 Abr 2015]; 49 (1). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100008.

23.Rey Ordoñez DL, Araujo F. Factores etiológicos y microbiológicos de estomatitis subprotésica y su frecuencia, en adultos mayores portadores de prótesis removible parcial o total [Tesis]. LOJA: Centro Geriátrico de Vilcabamba; 2012.

ANEXOS

Tabla I. Distribución de pacientes con estomatitis subprótesis, según grupo de edad y grado de la lesión. Policlínico Área VI.

Grado de la lesión	Grupo de edades								TOTAL	
	20-34		35-59		60-74		75 y +			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I	2	3.4	5	8.5	19	32.2	12	20.3	38	64.4
II	-	-	4	6.8	10	16.9	6	10.2	20	33.9
III	-	-	-	-	1	1.7	-	-	1	1.7
TOTAL	2	3.4	9	15.3	30	50.8	18	30.5	59	100

Chi cuadrado=1.463 p=0.9619 (p>0.05) No significativo

Tabla II. Pacientes con estomatitis subprótesis, según sexo y grado de la lesión.

Grado de la lesión	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
I	16	27.1	22	37.3	38	64.4
II	9	15.3	11	18.6	20	33.9
III	-	-	1	1.7	1	1.7
TOTAL	25	42.4	34	57.6	59	100

Chi cuadrado=0.589 p=0.7449 (p>0.05) No significativo

Tabla III: Factores de riesgos presentes en los pacientes estudiados.

Factores de riesgo	Pacientes con estomatitis subprótesis						Total	
	Grado I		Grado II		Grado III			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Deficiente higiene bucal	31	52.5	16	27.1	1	1.7	48	81.4
Deficiente higiene de la prótesis	33	55.9	18	30.5	1	1.7	52	88.1
Uso continuo de la prótesis	32	54.2	19	32.2	1	1.7	52	88,1
Hábito de fumar	19	32.2	9	15.3	-	-	28	47.5
Prótesis desajustada	27	45.8	14	23.7	1	1.7	42	71.2
Consumo de alimentos calientes	3	5.1	1	1.7	-	-	4	6.8
Alergia	7	11.9	4	6.8	-	-	11	18,6
Diabetes mellitus	2	3.4	1	1.7	-	-	3	5,1

Chi cuadrado=2.748 p=0.2531 (p>0.05) No significativo

Tabla IV. Relación entre el material de base protésica y grado de la lesión.

Material de base	Grado de la lesión						Total	
	Grado I		Grado II		Grado III			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Metálica	5	8.5	3	5.1	-	-	8	13.6
Acrílica	26	44.1	13	22.0	1	1.7	40	67.8
Mixta	7	11.9	4	6.8	-	-	11	18.6
Total	38	64.4	20	33.9	1	1.7	59	100

Chi cuadrado=0.818 p=0.9360 (p>0.05) No significativo

Tabla V. Pacientes con mucosa bucal alterada según grado clínico y zona de localización de la lesión.

Grado Clínico	Zona de localización de la lesión								Total	
	Zona anterior		Zona Media		Zona Posterior		Zona Mixta			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I	2	3.4	17	28.8	12	20.3	7	11.9	38	64.4
Grado II	-	-	9	15.3	6	10.2	5	8.5	20	33.9
Grado III	-	-	1	1.7	-	-	-	-	1	1.7
Total	2	3.4	27	45.8	18	30.5	12	20.3	59	100

Chi cuadrado=1.888 p=0.9297 (p>0.05) No significativo

TÍTULO FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS, ÀREA VII.CIENFUEGOS.

TITLE; FACTORS OF RISK FOR NON TRANSMISIBELS ILLNESSES IN CHILDREN OF 5 TO 12 YEARS, ÀREA VII.CIENFUEGOS

Autoras: Dra.Zulieska Guerra Cruz ,zulieska.guerra@nauta.cu, Policlínico Área VII, Cienfuegos, Cuba.

Dra. Belkis Vicente Sánchez ,belkisvi67@gmail.com , PoliclínicoÁrea V,Cienfuegos, Cuba

Dra. Mabel Godo González,mabelgg670507@minsap.cfg.sld.cu,Policlínico Área VII. Cienfuegos, Cuba

Lic. Miriam González García , miriamgg620703@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Área VII. Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: La detección precoz de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles reviste gran importancia, porque el niño y adolescente de hoy es el adulto del mañana. Objetivo: Determinar la presencia de factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles en niños escolares del Área VII, municipio Cienfuegos. Método: Estudio descriptivo de corte transversal. Universo: 245 niños entre 5 y 12 años. Muestra:131 estudiantes (método probabilístico). Variables analizadas: edad, sexo, color de la piel, sobrepeso/obesidad, obesidad abdominal, hipertensión arterial, cifras de glicemia colesterol y triglicéridos en sangre, hábitos alimentarios; antecedentes familiares de hábito de fumar, fallecidos por enfermedad cardiovascular antes de los 55 años, peso al nacer e inactividad física. Resultados: Predominio del sexo femenino. Más del 50% de los niños presentan sobrepeso/obesidad según índice de masa corporal. La prevalencia de obesidad abdominal fue del 35,1% según índice cintura/talla y circunferencia de la cintura. El sobrepeso y la obesidad fueron las enfermedades más prevalentes en ambos padres. El 83,1 % de los niños toma bebidas azucaradas o endulzadas los siete días de la semana; y el 46,6% de los niños sobrepeso/obeso presentaron cifras elevadas de triglicéridos. En el 3,8% de los niños sobrepesos/obesos se recoge el antecedente de bajo peso o macrosomía fetal al nacer. Conclusiones: Se encuentra en la investigación un alto por ciento de niños sobrepeso y obesos.

Palabras claves: sobrepeso/obesidad, obesidad abdominal, hipertensión arterial, hábitos alimentarios

SUMMARY

Background: The early detection of risk factors for non-transmissible diseases is very important, because the child and adolescent of today is the adult of tomorrow. Objective: To determine the presence of risk factors for non-transmissible diseases in school children of Area VII, Cienfuegos municipality. Method: Descriptive cross-sectional study. Universe: 245 children between 5 and 12 years old. Sample: 131 students (probabilistic method). Variables analyzed: age, sex, skin color, overweight /

obesity, abdominal obesity, hypertension, cholesterol and blood triglyceride levels,, eating habits; family history of smoking habit, deceased due to cardiovascular disease before age 55, birth weight and physical inactivity. Results: Predominance of the female sex. More than 50% of children are overweight/obesity according to body mass index. The prevalence of abdominal obesity was 35.1% according to waist/height index and abdominal circumference. Overweight and obesity were the most prevalent diseases in both parents. 83.1% of children drink sweetened or sweetened beverages seven days a week; and 46.6% of overweight/obesity children had high triglyceride levels. In 3.8% of overweight/obesity children, the antecedent of low weight or fetal macrosomia at birth is collected. Conclusions: There are a high percentage of overweight and obese children in the research.

Key words: overweight / obesity, abdominal obesity, hypertension, eating habits

Introducción

La doctrina de la promoción de la salud del niño, como prevención de las enfermedades no transmisibles que puede afectarle en la edad adulta, ha tardado en plantearse y sobre todo aún no se ha generalizado.

Se ha demostrado que cuando se actúa sobre los factores de riesgo asociados a dichas enfermedades desde niño, se puede prevenir la aparición de estas y sus secuelas; diagnosticar las Enfermedades no transmisibles (ENT) del adulto en la niñez ayuda a disminuir la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades en la adultez; es decir, promover un niño sano es el fundamento para lograr un adulto más sano.¹

En Cuba un objetivo estratégico de la política de salud es el de garantizar mejor calidad de vida en la población infantil y se considera que investigaciones como esta permitirán diagnosticar los diferentes factores de riesgo para las ENT, establecer la magnitud de este problema en poblaciones específicas permitirá a la comunidad médica de la atención primaria de salud, la ejecución de acciones de salud encaminadas a su reducción y/o eliminación. No obstante a esa política del país y a la repercusión que puedan tener investigaciones de este tema, existen pocos estudios que lo aborden y en Cienfuegos contamos con información al respecto desde diversas aristas mediante estudios realizados en diferentes áreas de salud e instituciones educacionales pero no intencionando en las pesquisas poblaciones para la búsqueda activa de los mismos.¹

Se realizó estudio descriptivo correlacionar de corte transversal en el municipio de Cienfuegos, durante el periodo septiembre de 2015 - julio 2016, utilizándose las escuelas de enseñanza primaria, Simón Bolívar, Carlos J Finlay y Elpidio Gómez pertenecientes al Policlínico Docente Universitario “Área VII”. Con el objetivo de: Determinar la presencia de algunos factores de riesgo para las Enfermedades No Transmisibles La muestra definitiva quedó integrada por 131 niños de 5-12 años desglosada de la siguiente manera: 71 niños de la escuela “Simón Bolívar”, 43 niños de la escuela “Carlos Juan Finlay” y el total de los niños de la escuela “Elpidio Gómez”. Para la selección de los niños que fueron incluidos en la investigación se utilizó el generador de números aleatorio del programa estadístico EPIDAT 3.0.

Discusión de los resultados

Según la evaluación nutricional por el Índice Masa Corporal Tabla 1, la mayoría de los niños son normopeso. El sobrepeso y la obesidad representan el 31,3 por ciento y 20,6 por ciento, respectivamente. El exceso de peso (sobrepeso + obesidad) afecta a más de la mitad de los estudiados, el sobrepeso es más frecuente en los niños de 9 y 10 años y la obesidad en el grupo de 7 a 8 años.

En Cuba, se han realizado varios estudios similares; en Santa Clara, durante el período de enero de 2012 a mayo de 2014 con 104 escolares resultó un 55,0 por ciento de sobrepeso/obesidad, coincidiendo con lo encontrado en nuestra investigación². También en edades pediátricas pero esta vez en La Habana, algunas investigaciones realizadas denotan que 42 niños (13,5 por ciento) fueron obesos y 39 (12,6 por ciento) sobrepesos muy por el contrario con nuestros resultados.³

La literatura evidencia que es ascendente la prevalencia actual de sobrepeso y obesidad en niños, se podría suponer un aumento de morbimortalidad en población adulta a corto y mediano plazo, por lo que deberían implementarse precozmente ciertas medidas preventivas eficaces para evitar enfermedades crónicas en la edad adulta.⁴

La prevalencia de obesidad abdominal Tabla 2 según el ICT en los estudiados es de 35,1 por ciento. De los 46 pacientes, que según su ICT tienen obesidad abdominal, 18 que representan el 13,7 por ciento, también la presentan según la medición de su CC, estos resultados estadísticamente son significativos ($p=0,000$).

El ICT es uno de los más importantes predictores para la detección de posibles alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, lo que implica que esta valiosa correlación no sea aprovechada al máximo. Otra de las características que le da valor al índice ICT, es que puede ser empleado a cualquier edad como diagnóstico de sobrepeso y obesidad, y en particular, en edades pediátricas, en las cuales tiene un importante valor, y su empleo, al comparar su efectividad con respecto al IMC, CC y el porcentaje de grasa corporal, aportan resultados que apoyan su uso como un mejor predictor para identificar la presencia de algunos factores de RCV y de riesgo metabólico (RMe), elemento de vital importancia en esta etapa de la vida.⁵ Sin embargo no se reportan estudios nacionales en los que se determinen los puntos de corte de este parámetro en las diferentes categorías nutricionales

En el gráfico 3 se observa los antecedentes prenatales maternos de los niños del estudio, se destaca el aumento de peso de más de 20 kg durante el embarazo con un 59,1 por ciento, seguido de la enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) con 22,7 por ciento y la diabetes gestacional (DG) un 18,2 por ciento respectivamente.

Son diversas las publicaciones de autores nacionales e internacionales que coinciden con nuestro trabajo y relacionan estos antecedente prenatales con sobrepeso/obesidad obteniendo significación estadística ^{6,7-10} En el estudio de Espinosa ⁷ se reporta una prevalencia del 63 por ciento de niños obesos que tuvieron madres con diabetes gestacional mientras que por el contrario los niños obesos sin madres diabéticas tuvo una prevalencia del 37 por ciento.

En la tabla 4 se muestra que el 44,3 por ciento de los niños con sobrepeso y obesidad tiene como antecedente un peso adecuado al nacimiento. De los 6 pacientes con antecedentes de BPN y los 6 que fueron macrofetos, cinco de cada grupo son actualmente sobrepeso u obesos,

La asociación del bajo peso al nacer y la obesidad infantil han sido reportadas por varios autores que señalan que factores ambientales adversos como la desnutrición prenatal, ya sea durante el desarrollo fetal y postnatal, pueden tener consecuencias posteriores cuando va seguida de un crecimiento acelerado durante la infancia, lo que explica la tendencia al sobrepeso y la obesidad en niños que han sido bajo peso o desnutridos durante los primeros períodos de la vida.^{4,11, 12-15}

CONCLUSIONES

Un alto por ciento de los niños incluidos en la investigación presenta sobrepeso/obesidad según el IMC. Existe una morbilidad oculta en las edades pediátricas relacionada con el sobrepeso, la obesidad y la hipertensión arterial encontrándose en la investigación un alto por ciento de niños sobrepeso y obesos.

Los antecedentes maternos prenatales y el peso al nacer se relacionan de una manera u otra con el sobrepeso y la obesidad infantil.

Bibliografía

1-Pérez Clemente L M, Herrera Valdés R, Villacís Ponce D, de León Mario Wi, Fernández Maderos I. Obesidad pediátrica y factores de riesgo cardiometabólico asociados. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2014 Sep [citado 2018 Abr 19]; 86(3): [aprox. 15 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300002&lng=es.

2-Madrugal Mora L, Méndez Gálvez L, Monteagudo Méndez CI, EspinosaVázquez M, Rivera Perez T, Veitia Machadota. Prehipertensión arterial en la edad escolar, un reto para la Atención Primaria de Salud. Acta Médica del Centro [Internet] 2015 [citado 12 Abr 2018] ; 9 (1): [aprox. 12 p]

Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/218>.

3-González Sánchez R, Llapar Milián R, Díaz Sánchez M E, Moreno López V, Pavón Hernández M. Hipertensión arterial y obesidad en escolares de cinco a once años de edad. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Abr 08]; 85(4): [aprox. 9p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000400002&lng=es

4- Mönckeberg B F, Muzzo B S. La desconcertante epidemia de obesidad. Revista chilena de nutrición [Internet] 2015 [citado 2018 Abr 16]; 42: [aprox. 14p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182015000100013&script=sci_arttext&lng=e

5- Hernández Rodríguez J, Duchi Jimbo PN. Índice cintura/talla y su utilidad para detectar riesgo cardiovascular y metabólico. Rev Cubana de Endocrinol. [Internet] 2015 [citado 2018 Abr 13] ; 26(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532015000100006&script=sci_arttext

6-Ramírez-Vélez R, Ortega JG, MosqueraEscudero M, Aguilar de Plata AC. Centiles de lípidos séricos en adolescentes de Colombia. EndocrinolNutr.[Internet] 2011 [citado 08 Abr 2018] ;58:395-400.Disponible en :

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000152&pid=S0124-4108201300020000200030&lng=en

7-Zozzaro-Smith PE, Bacak ,Conway C, Park J.Glantz JC, Thornburg LL. Association Between Obesity During Pregnancy and the Adequacy of Prenatal Care Matern Child Health J [Internet] 2016 Jan. [cited 08 Abr 2018];20:158–63 . Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26400587> DOI 10.1007/s10995-015-1815-8

8-Wander PL, Sitlani CM, Badon SE, Siscovick DS. Williams MA, Enquobahrie DA. Associations of Early and Late Gestational Weight Gain with Infant Birth Size. Matern Child Health J.[Internet] 2015 Nov [cited 08 Abr 2018] ;19(11):2462-9.Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26093689>doi: 10.1007/s10995-015-1765-3

9-Galcerán Chacón G, Ruiz Álvarez V, Alegret Rodríguez M, Díaz Sánchez ME, Hernández Triana M. Crecimiento perinatal asociado al exceso de peso corporal en escolares holguineros Revista Cubana de Alimentación y Nutrición [Internet] Jul – Dic 2014[citado 12 Abr 2018]; 24(2):190-210. Disponible en:<http://www.revicubalimentanut.sld.cu/>

10-Guillot NI, Soto R, Anzalota L, Rosario Z, Cordero JF, Palacios C. Diet, Pre-pregnancy BMI, and Gestational Weight Gain in Puerto Rican Women. Matern Child Health J [Internet] 2015 Nov [cited 08 Abr 2018]; 19(11):2453-6.Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26100133>doi: 10.1007/s10995-015-1764-4

11- Moss BG, Yeaton WH. Young children’s weight trajectories and associated risk factors: results from the Early Childhood Longitudinal Study-Birth Cohort. Am J Health Promot. [Internet] 2011 Jan-Feb [citado 06 Abr 2018]; 25(3):190-8. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21192749>

12-Jiménez SM, Esquivel M, Rodríguez O. Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en los niños y niñas. INHA. Segunda Edición. 2015.

13-Meza Hernández M T J, Dorantes Pineda C M, Ramos Ibáñez N, Ortiz-Hernández L. Actividad física en un grupo de escolares de la Ciudad de México: factores asociados y puntos de corte utilizando acelerometría. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. 2013 Oct [citado 08 Abr 2018]; 70(5): 372-79. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000500006&lng=es.

14-Field AE, Cook NR, Gillman MW. Weight status in childhood as a predictor of becoming overweight or hypertensive in early adulthood. Obes Res.[Internet] Jan. 2005 [cited 12 Abr 2018] ;13(1):163-9 .Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15761176>

15-Bozzola M, Bozzola E, and Abela S, Amato S. Childhood obesity: know it to prevent it. IgSanitaPubl. [Internet] May-Jun 2012 [cited 12 Abr 2018]; 68(3):473-82. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23064142>

Anexos

Formulario de datos

Nombre y Apellidos: _____

Carné de Identidad:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección: _____

Institución escolar: _____ Grado: _____

1. Edad _____
2. Sexo
 - a) Femenino _____
 - b) Masculino _____
3. Color de piel
 - a) Blanca _____
 - b) No Blanca _____
4. Peso _____
5. Talla _____
6. Circunferencia cintura _____ Percentil _____ (según IDF) IC/T _____
7. Tensión arterial
 - a) 1^{ra} determinación: PAS _____ Percentil _____ PAD _____
Percentil _____
 - b) 2^{da} determinación: PAS _____ Percentil _____ PAD _____
Percentil _____
 - c) 3^{ra} determinación: PAS _____ Percentil _____ PAD _____
Percentil _____
8. Cifra de Glucemia de ayuno _____
9. Cifra de Glucemiapostprandial de 2H _____
10. Cifra de Colesterol total _____
11. Cifra de triglicéridos _____
12. Hábito de fumar
 - a) ¿Fuma usted cigarrillos? 1. Si _____ 2. No _____
 - b) ¿Alguien en su casa fuma? 1. Si _____ 2. No _____
 - c) Persona que fuma en la casa:
 1. madre _____
 2. padre _____
 3. abuelos _____
 4. otros _____
14. Antecedentes familiares:
 - a) ENFERMEDADES DE LA MADRE:
 - a. Obesidad _____
 - b. Colesterol alto _____
 - c. Hipertensión Arterial _____
 - d. Infarto del miocardio _____
 - e. Diabetes Mellitus tipo 2 _____
 - f. Accidente Vascular Encefálico _____
 - b) ENFERMEDADES DEL PADRE:
 - a. Obesidad _____
 - b. Colesterol alto _____
 - c. Hipertensión arterial _____
 - d. Infarto del miocardio _____
 - e. Diabetes Mellitus tipo 2 _____
 - f. Accidente Vascular Encefálico _____
 - c) Familiar fallecido con menos de 55 años de enfermedad cardiovascular
 - a. Madre _____

- b. Padre ____
- c. Abuelos ____
- d. Otros ____
- e. Ninguno ____

15. Alimentación

Partiendo del hecho que se deben realizar 6 comidas al día (Desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida y cena)

15.1. En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas? (Plátano, guayaba, mango, piña, fruta bomba, naranja, mandarina, tamarindo, limón, toronja, guanábana, mamey, anón, chirimoya, melón).

- a) Número de días ____
- b) No sabe ____
- c) No responde ____

15.2. ¿Cuántas veces al día como frutas?

- a) Número de veces al día ____
- b) No sabe ____
- c) No responde ____

15.3. En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras y hortalizas? (Pepino, tomate, pimiento, zanahoria, calabaza, remolacha, habichuela, espinacas, aguacate, quimbombó, col, coliflor, lechuga, berenjena, acelga)

- a) Número de días ____
- b) No sabe ____
- c) No responde ____

15.4. ¿Cuántas veces al día come verduras y hortalizas?

- a) Número de veces al día ____
- b) No sabe ____
- c) No responde ____

15.5. ¿Cuántos días en la última semana tomó usted bebidas endulzadas/azucaradas (ej. refrescos, jugos de frutas con azúcar añadido, guarapo, siropes, batidos)?

Número de días ____

- a) No sabe ____
- b) No responde ____

15.6. Una botella o lata de refrescos trae usualmente 350ml. En esos días, ¿cuántas botellas, latas o vasos bebió usted?

- a) Número ____
- b) No sabe ____
- c) No responde ____

15.7. ¿Qué tipo de aceite o grasa se utiliza generalmente en su casa para preparar la comida?. Marque la respuesta adecuada.

- 1. Aceite vegetal ____
- 2. Manteca de animal ____
- 3. Mantequilla ____

4. Margarina ____
5. Otro ____
6. Ninguno en particular ____
7. No se usa ninguno ____
8. No sabe ____
- 15.8. ¿Ud. tiene el hábito de desayunar?
- a) No ____
- b) Sí ____
- c) Algunas veces ____
- 15.9. ¿Ud. añade sal a los alimentos en la mesa, después de confeccionados?
- a) No ____
- b) Sí ____
- c) Algunas veces ____
16. Antecedentes Pre y perinatales:
- 16.1. Peso al nacer _____ grs
- a) Bajo peso al nacer ____
- b) Normopeso ____
- c) Macrofeto ____
- 16.2. Aumento de peso materno >20 kg durante el embarazo
- a) Sí ____
- b) No ____
- 16.3. Presentó Enfermedad Hipertensiva del Embarazo
- a) Sí ____
- b) No ____
- 16.4. Se le diagnóstico Diabetes Gestacional
- a) Sí ____
- b) No ____
17. Inactividad física: ¿Cuántas horas al día permanece el niño frente al TV, Computadora, Video Juegos y/o tabletas electrónicas? _____ horas

Tabla 1: Distribución de los niños estudiados por grupos de edad según el Índice Masa Corporal.

Evaluación Nutricional según IMC		años (agrupado)				Total
		5 - 6	7 - 8	9 - 10	11 - 12	
Delgado	Recuento	4	1	4	1	10

Normopeso	% del total	3,1	0,8	3,1	0,8	7,6
	Recuento	24	13	14	2	53
Sobrepeso	% del total	18,3	9,9	10,7	1,5	40,5
	Recuento	10	6	19	6	41
Obeso	% del total	7,6	4,6	14,5	4,6	31,3
	Recuento	8	9	6	4	27
Total	% del total	6,1	6,9	4,6	3,1	20,6
	Recuento	46	29	43	13	131
	% del total	35,1	22,1	32,8	9,9	100,0
X ² = 14,191		g = 9	p = 0,115			

Tabla 2: Distribución de los niños según la relación de la presencia de obesidad abdominal por la Circunferencia de la Cintura y por Índice Cintura/Talla.

Obesidad Abdominal por ICT		Obesidad Abdominal por percentiles de CC*		Total
		Si	No	
Sí	Recuento	18	28	46
	% del total	13,7	21,4	35,1
No	Recuento	0	85	85
	% del total	-	64,9	64,9
Total	Recuento	18	113	131
	% del total	13,7	86,3	100,0
X ² = 38,559		g = 1	p = 0,000	

*Según las tablas de percentiles para la circunferencia de la cintura de la IDF

Gráfico 1: Distribución de los niños estudiados según los antecedentes prenatales maternos.

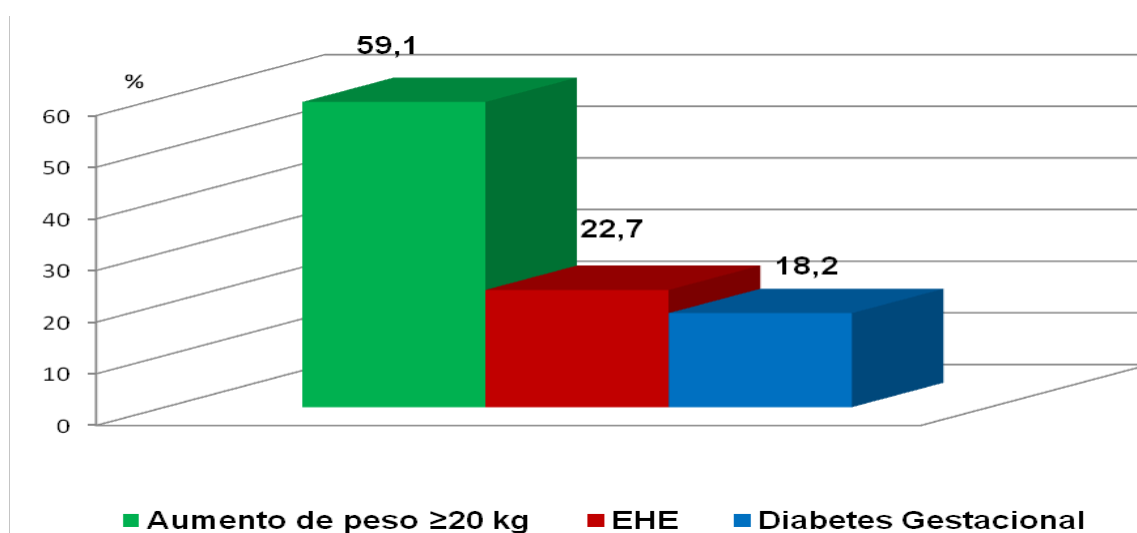


Tabla 4: Distribución de los estudiados según la relación de los antecedentes de peso al nacer y el sobrepeso-obesidad.

Sobrepeso/Obesidad		Peso al nacer			Total
		BPN	Normopeso	Macrofeto	
Si	Recuento	5	58	5	68
	% del total	3,8	44,3	3,8	51,9
No	Recuento	1	61	1	63
	% del total	0,8	46,6	0,8	48,1
Total	Recuento	6	119	6	131
	% del total	4,6	90,8	4,6	100,0
X ² =5,226		g= 2	p=0,073		

Artículo original

TITULO: FACTORES DE RIESGO DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA.

Autor: Dra. Carmen Emilia Guerra Cabrera.

Coautores: Dra. Arisley Reloba Gil. Dra. Zeida Bárbara Alejo Cruz. Dra. Yaima Arrechea Betancourt. Dr. Ernesto Martínez Ferrer. Dra. Dayme Rodríguez Fumero.

Correo: zeida@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico José Luis Chaviano, Cuba, MsC: Atención integral la mujer y al niño.

RESUMEN.

Fundamento: El sobrepeso y la obesidad alcanzan una alta prevalencia entre los niños de todos los países del mundo, trastorno que se asocia a enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta y se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública en la edad pediátrica. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgos de sobrepeso y obesidad en la adolescencia temprana. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo con un diseño de casos y controles, en escolares evaluados según Índice de masa corporal (IMC) como sobrepesos y obesos (casos) y con peso corporal normal (controles). Por cada caso se escogieron 2 controles, correspondientes a la escuela primaria "Guerrillero Heroico" del Área II. Las variables a investigar fueron: peso al nacer, tipo de lactancia, práctica de deportes, horas de actividad física, horas frente al televisor, video o computadora, antecedentes familiares de obesidad y patrón de alimentación. **Resultados:** El alto peso al nacer, el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida, la poca actividad física y los antecedentes familiares de obesidad fueron causantes en este grupo estudio de sobrepeso y obesidad.

Palabras clave: factores de riesgo, obesidad, obesidad pediátrica, sobrepeso.

INTRODUCCION:

Una nutrición adecuada es imprescindible para la salud del ser humano, la productividad y el bienestar comunitario, afirmando El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia que la buena nutrición puede cambiar la vida de los niños.¹

El estudio del estado nutricional en el adolescente es importante ya que estas edades se caracteriza por una evolución constante que se manifiesta por desarrollo funcional, psíquico, maduración sexual y crecimiento somático, teniendo cada niño su patrón de crecimiento, que depende de factores genéticos y ambientales.²

La alimentación y nutrición en los adolescentes, tienen características especiales, pues las necesidades nutricionales aumentan y se producen cambios en el comportamiento alimentario siendo frecuentes los trastornos nutricionales, también en esta etapa comienzan a instaurarse los hábitos alimentarios, que se mantendrán durante toda la vida y repercuten en la salud a corto y largo plazo.^{3,4,5}

La malnutrición es el resultado del desequilibrio entre las necesidades del organismo y la ingesta de nutrientes, conduciendo a síndromes de deficiencias y obesidad. Esta última con una alta prevalencia, asociándose en la edad adulta a enfermedades crónicas no trasmisibles.⁶

Trabajos sobre evaluación nutricional realizados en el Área 1 mencionan el elevado porcentaje de escolares sobrepesos y obesos en poblaciones aisladas pero no se hace un abordaje analítico. Siendo hoy la obesidad infantil un problema de salud, llamada por varios autores como la pandemia del siglo XXI y no existiendo en el área evidencias de estudios donde se analicen los factores que están incidiendo en el aumento progresivo de la obesidad infantil, es que decidimos realizar esta investigación, con el objetivo de determinar los factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en la adolescencia temprana.

Objetivo

Determinar los factores de riesgos de sobrepeso y la obesidad en la adolescencia temprana.

Material y método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo con estudiantes de 5to y 6to grado de la Escuela Primaria “Guerrillero Heroico” de Cienfuegos en el periodo comprendido desde el mes de marzo hasta el mes de julio del año 2014.

El universo lo conformaron 328 estudiantes de primaria, utilizando un muestreo estratificado para la selección de la muestra de 72 estudiantes para un 22 % de representatividad. Para la inclusión de los estudiantes en el estudio se contó con el consentimiento informado de la dirección de la escuela primaria y de los padres.

Se estableció un patrón de comparación entre adolescentes normo peso y adolescentes obesos y sobrepeso del grupo de estudio utilizándose las tablas antropométricas cubanas de Índice de Masa Corporal IMC según sexo.⁷

Una vez seleccionada la muestra se aplicó un cuestionario a los padres, donde se recogieron las siguientes variables: sexo, peso al nacer, tipo de lactancia, práctica

de deportes excluyen el ajedrez, tiempo frente al televisor, video o computadora, antecedentes familiares de obesidad. Para conocer los datos relacionados con la alimentación se preguntó los alimentos ingeridos más y menos de 4 veces por semana

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico SPSS Versión 15.0, calculando frecuencias absolutas, porcentaje, utilizando el valor X^2 (chi - cuadrado); la medición del riesgo se efectuó mediante el estimador del riesgo así como el Intervalo de Confianza (IC) para el 95%.

DESARROLLO:

Resultados y discusión

La distribución de los grupos escolares estudiados según el peso al nacer (Anexo 1), refleja que en el grupo estudio existió un predominio de los nacidos con un peso superior a 4000 g con el 51,39% , mientras en el grupo control predominaron los niños con peso adecuado en un 59,73%. Se encontraron evidencias significativas en la diferencia porcentual para las categorías menos de 3000g y de 3000 a 3999 a favor de los normo pesos y en la categoría de los 4000 y más a favor de los sobrepeso y obeso. Al determinar el OR encontramos que el grupo de 4000 g y más tiene un riesgo 49 veces mayor de ser sobrepeso o obeso que aquellos pacientes con peso inferior al nacer

Se ha comprobado que niños con alto peso al nacer pueden tener más posibilidades de ser obesos a lo largo de su vida. Coincidiendo nuestro estudio con lo encontrado por la González Sánchez R y colab.⁷ y Ferrer Arrocha y colab.⁸ quienes señalan una asociación significativa entre el alto peso al nacer como factor influyente sobre la obesidad en adolescentes.

El tiempo de lactancia materna (LM) recibido por cada niño fue uno de los factores de riesgos analizados, encontrando que en el grupo estudio predominó, con un 52.7% los que estuvieron con lactancia materna exclusiva menos de 6 meses , en cambio en el grupo control predominaron los que tomaron leche materna exclusiva hasta los 6 meses de edad con un 75%. Podemos señalar que los pacientes que tomaron leche materna menos de 6 meses y los que estuvieron con lactancia mixta tuvieron 7 veces más riesgo de sobrepeso y obesidad, además observamos que el tomar LM exclusiva por 6 meses constituyó un factor protector.

.Autores Como la Dra. Puente Perpiñán⁹ y Zayas Torriente¹⁰ reconocen que los niños criados con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en su mayoría tienen tendencia en un futuro a ser normo pesos, coincidiendo nuestros resultados con ellas. También concuerdo con el estudio de la Dra. Basain, al determinar la relación entre LM y el sobrepeso, refiere una fuerte asociación entre la LM terminada antes de los 6 meses de vida y el sobrepeso, en niños de 8 a 11 años.¹¹

Obtenemos además como dato el tiempo de ejercicio físico tanto escolares como extraescolares (Anexo 2) en el grupo de niños obesos y sobrepeso recogimos un 47,23% de los escolares realizaban ejercicios físicos menos de 1 hora, diferencia significativa con los normo peso de presentar obesidad o sobrepeso con riesgo

para el grupo de estudio de 11,98 más que los normo peso y de ellos solo un 9,72% lo realizaba más de 2 horas, en cambio en el grupo control el 84 % de los alumnos realizaban más de 2 horas de ejercicio físico escolares o extraescolares y solo un 6,94 % realizaba ejercicios menos de 1 hora. Constituyendo un factor protector para el sobrepeso y la obesidad el realizar ejercicio físico por más de 2 horas.

Díaz Martínez concluye que la inactividad física es uno de los principales problemas de salud a escala mundial y contribuye a la obesos., criterio compartido por la Dra. Zayas.^{12,13}

Recogemos también en nuestro estudio el tiempo diario frente al TV, Video, computadora o Juego de mesa, observando que en el grupo de obesos y sobrepesos el 61,12% estuvieron más de 2 horas expuestos a uno de estos equipos o juego de mesa, mientras que en el grupo control solo permanecieron más de 2 horas el 28,48% de los niños. Se encontró evidencias altamente significativas de asociación entre las variables evidenciadas que el número de horas influyen sobre el peso del niño, Se obtuvo un OR de 0,253 comportándose como factor protector de sobrepeso y obeso el estar menos de 2 horas diariamente frente al TV, video, computadora o juegos de mesa.

Plantea la Dra. Pérez-Salgado que el tiempo de exposición de niños y adolescentes ante el televisor es significativo de acuerdo con un estudio efectuado en niños y adolescentes de EEUU, el promedio de horas por día frente al televisor, videojuegos y computadora en su estudio fue de 7 horas 57 minutos. Mirar televisión por espacios prolongados ha sido señalado como una de las causas importantes de desarrollo de obesidad en niños y adolescentes, estimulando comportamientos de alimentación y de actividad física no recomendables y ofrece a los adolescentes oportunidades para estar sentados ociosos consumiendo alimentos poco saludable.¹⁴

En niños franceses en edad escolar según refiere la Revista MEDISAN el número de horas que permanecen frente a los equipos novedosos de la tecnología digital por lo general es más de 4 a 5 horas, encontrándose esto asociado positivamente con el sobrepeso y la obesidad.¹⁵

Al analizar los antecedentes familiares de obesidad (Anexo 3) encontramos en el grupo estudio que predominó con el 43,05% los niños que tenían ambos progenitores con sobrepeso u obesidad, mientras que en grupo control el 78,48% no tenían antecedentes de obesidad en la familia. Se ha de señalar que la diferencias para las categorías madre y padres (madre y padre) con obesidad o sobrepeso fue significativa para los niños con sobrepeso y obeso, donde los que tenían la madre con sobrepeso tuvieron 3,82 veces más riesgo que los normopeso y los que tuvieron ambos padres con sobrepeso tuvieron 8,31 veces más posibilidades de ser sobrepeso u obesos.

Tiene gran importancia además lo descrito en un trabajo acerca de obesidad en adolescentes que clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69-80 %; cuando es uno solo, de 41-50 % y de 9 % si ninguno de los 2 tiene este trastorno por lo que el tener ambos

progenitores obesos aumenta el riesgo de padecer de obesidad en sus futuros hijos.⁹

También coincido con lo citado acerca de la Obesidad infantil en México que sin antecedentes de obesidad en los padres, un niño presenta 1.3% de probabilidad de ser obeso en la edad adulta, mientras que los niños identificados con familiares obesos tienen una probabilidad de 17.5% de ser obesos al llegar a la edad adulta.¹⁵

De acuerdo a la frecuencia de consumo y tipo de alimentos, de forma general, podemos observar que los alimentos consumidos en 4 o más veces por semana en ambos grupos fueron los cereales, consumidos por la totalidad de los niños (100%) seguidos en el grupo estudio por las frutas (98,61%), los lácteos (83,33%) y carnes (81,94%), en el grupo control las carnes (96,52), los lácteos (86,11) y las frutas (78,47) Encontramos también que las viandas constituyó el alimento menos consumido en ambos grupos.

Muchas recomendaciones nutricionales actuales consideran también adecuado el consumo de 3 raciones diarias de leche o productos lácteos, encontrándose en nuestro estudio también con una alta ingestión en los escolares con un 83, 33% en el grupo de estudio estos alimentos tienen un alto contenido en calcio y varias vitaminas hidro y liposolubles, el valor nutricional de la leche radica en su componente proteico debido a que contiene todos los aminoácidos esenciales, siendo una fuente importante de vitaminas A y D.¹⁶

Los resultados de la encuesta llevada a cabo por el Dr Rodríguez Vázquez revelaron un patrón de comportamiento similar al descrito previamente donde los cereales es el alimento consumido de preferencia por todos los encuestados, en segundo lugar el consumo de las viandas y en tercero el consumo de vegetales.¹⁷

Las guías alimentarias cubanas para los niños mayores de dos años plantean:

Que una alimentación variada durante el día es agradable y necesaria a su salud. Consumir vegetales y frutas todos los días, preferir los aceites vegetales, el pescado y el pollo son las carnes más saludables, recomienda disminuir el consumo de azúcar y sal.¹⁸

CONCLUSIONES:

Se puede concluir que el moderno entorno obesogeno, que incluye patrón alimentario inadecuado y el reemplazo de actividades físicas por actividades ociosas son factores de riesgos asociados a la obesidad desde edades tempranas de la vida y un adecuado peso al nacer y la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de la vida son factores protectores para el sobrepeso y la obesidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Loaiza M S, Taibo G M, Cornejo A, Atalah S E. [Evolution of nutritional status in a cohort of school age children]. Rev Med Chil. 2009 (Epub 2010 Jan 13Nov) ; 137(11):1449-56. doi: /S0034-98872009001100006.. Spanish. PubMed PMID: 20098803.
- 2.-Macías Gelabert A, Hernández Triana M, Ariosa Abreu J, Alegret Rodríguez M. Crecimiento prenatal y crecimiento postnatal asociados a obesidad en escolares. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en Internet]. 2007[citado: 6 de Enero de 2013]; 26(3): [aprox. 8 p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_3_07/ibi01307.html
- 3.-Pineda Pérez S. Alimentación y nutrición en los adolescentes En: En la adolescencia queremos saber.-- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004: 62-67.
- 4.- Abreu J de, Borno S, Montilla M, Dini E. Anemia y deficiencia de vitamina A en niños evaluados en un centro de atención nutricional. ALAN (Internet). 2008 Sept (citado 13 enero 2013); 55(3): 23-28.
- 5.- Castillo Ruiz O. Patrón alimentario y evaluación nutricional de los niños preescolares de Reynosa Tamaulipas.--Granada: Universidad de Granada, 2008. Disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0t.htm>
- 6.-García Casal MN. La deficiencia de hierro como problema de salud. AnVenez. 2005; 18(1): 23-28
- 7.- González Sánchez R, Llapur Milián R, Rubio Olivares D. Caracterización de la obesidad en los adolescentes. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2009 [citado 2015 Jul 30]; 81(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000200003&lng=es.
8. - Ferrer Arrocha M, Fernández- B, Rodríguez J E, Alonso Martínez M, Carballo Martínez R, Pérez Assef H. Asociación del peso al nacer con sobrepeso e hipertensión arterial en adolescentes. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2015 [citado 2015 Sep 01] ; 14(1): 22-32. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000100005&lng=es
- 9.- Puente Perpiñán M, Ricardo Falcón T R., Fernández Díaz R R.. Factores de riesgo relacionados con la obesidad en niñas y niños menores de 5 años. MEDISAN [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Jul 30] ; 17(7): 1065-1071. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000700006&lng=es

10.- Guías Alimentarias para la población cubana menor de 2 años de edad.-- La Habana: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, 2009.

11.- Basain Valdés J M, Pacheco Díaz L C, Valdés Alonso M del C, Miyar Pieiga E, Maturell Batista A. Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y dislipidemia en pacientes pediátricos. Rev Cubana Pediatr. 2015; 87(2): disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol87_2_15/ped03215.htm

12.- Díaz Martínez X, Mena Bastías C, Chavarría Sepúlveda P, Rodríguez Fernández A, Valdivia-Mora PA. Estado nutricional de escolares según su nivel de actividad física, alimentación y escolaridad de. Rev Cubana Salud Pública. 2013; 39.

13- Zayas Torriente G M, Chiong Molina D, Díaz Y, Torriente Fernández A, Herrera Argüelles X. Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento Rev Cubana Pediatr. 2002; 74 (3)

14.- Pérez-Salgado D, Rivera-Márquez J A, Ortiz-Hernández L. Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2010 Abr [citado 2014 Sep 29]; 52(2):119-126. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000200003&lng=es

15.- MEDISAN [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2015 Ago 31]; 16(10): 1629-1637. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000019&lng=es.

16.- Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. (Consultado el 22 de octubre de 2013). —México, 2013

17.- Cusminsky M. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Organización Panamericana de la Salud. —Washington, 2002

18.- Guías Alimentarias para la población cubana mayor de 2 años de edad.-- La Habana: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, 2009.

ANEXOS:

Anexo 1: Distribución de los grupos de escolares estudiados de acuerdo al peso al nacer.

PESO	Obesos y Sobrepesos		Normopesos		Valores de significación	OR	IC 95%
	No	%	No	%			
Menos 3000 g.	5	6,95	55	38,19	X ² =23,36 gl=1 p=0,0000	0,120	0,045; 0,318
3000 a 3999 g	30	41,66	86	59,73	X ² =6,29 gl=1 p=0,0121	0,481	0,271; 0,855
4000 y más g	37	51,39	3	2,08	X ² =77,33 gl=1 p=0,0000	49,685	14,473; 170,567
TOTAL	72	100,0	144	100,0			

Fuente: Formulario de datos

Anexo 2: Distribución de pacientes del grupo estudiado en cuanto a tiempo de ejercicio físico realizado.

TIEMPO DE EJERCICIO FÍSICO	DE	Obesos y sobrepesos		Normopesos		Valores de significación.	de OR	IC 95%
		Nº	%	Nº	%			
Menos de hora	1	34	47,23	10	6,94	X ² =48,00 p=0,0000	gl=1 11,98 9	5,431; 26,46 4
De 1 a 2 horas		31	43,05	13	9,03	X ² =34,26 p=0,0000	gl=1 7,619	3,647; 15,91 3
Más de horas	2	7	9,72	121	84,03	X ² =109,77gl=1 p=0,0000	0,020	0,008; 0,050
Total		72	100,0	144	100,0			

Fuente: Formulario de datos.

Anexo 3: Distribución en ambos grupos de acuerdo a antecedentes familiares de obesidad.

ANTECEDENTES SOBREPESO EN LA FAMILIA	Obesos y Sobrepesos		y Normopesos		Valores de significación.	de OR	IC 95%
	Nº	%	Nº	%			
Madre	16	22,22	10	6,94	X ² =10,58gl=1p=0,0011	3,828	1,637; 8,952
Padre	8	11,11	9	6,25	X ² =1,56gl=1p=0,2110	1,875	0,691; 5,085
Padre y Madre	31	43,05	12	8,33	X ² =36,29gl=1p=0,000	8,317	3,917; 17,658
Ninguno	17	23,62	113	78,48	X ² =60,28gl=1p=0,000	0,084	0,043; 0,166
Total	72	100,0	144	100,0			

Fuente: Formulario de datos.

Anexo 4: Comparación del patrón alimentario entre los grupos de estudio.

ALIMENTOS (3)	OBESOS SOBREPESOS		Y NORMOPESO	
	Nº	%	Nº	%
Viandas	22	30,55	25	17,36
Granos	25	34,72	40	27,77
Vegetales	41	56,94	62	43,05
Frutas	71	98,61	113	78,47
Carnes	59	81,94	139	96,52
Pescado	55	76,38	54	37,50
Huevo	31	43,05	99	68,75
Lácteos	60	83,33	124	86,11
Grasas	45	62,50	86	59,72
Azúcar	41	56,94	109	75,69
Cereales	72	100	144	100

Fuente: Formulario

n = 72

n =144

TÍTULO: FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA AL AÑO DEL SEGUIMIENTO EN CONSULTA.

Autor: Dr. MsC. Manuel Castillo Frías. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba. Email: manuel.castillo@gal.sld.cu. Vicedirector Medios Diagnósticos y Aseguramientos Médicos. Máster en Educación Médica. Máster Urgencias Médicas

Coautores: Dra. Greter Pérez Peña. Policlínico de Cartagena. Municipio Rodas. Cienfuegos, Cuba. Email: greter.perez@gal.sld.cu. Especialista Medicina Interna; Lic. Gretta Pérez Muñiz. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba. Email: manuelcf@jagua.cfg.sld.cu. Jefa enfermera de la sala 10A del servicio de Geriátrica; Dra. Teresa Amparo Fonseca Fernández. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos; Cuba. Email: teresa.fonseca@gal.sld.cu. Jefe médico de la sala 10B del servicio de Medicina Interna; Dra. Maribel Misas Menéndez Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba. Email: Maribel.misas@gal.sld.cu. Máster en Ciencias de la Educación.

RESUMEN

Fundamentos: La cirrosis hepática representa en Cuba la décima causa de muerte.

Objetivos: Determinar los factores pronósticos de supervivencia en pacientes con cirrosis hepática al año del seguimiento en consulta. **Material y Método:** Estudio descriptivo-correlacional con un universo de 169 pacientes cirróticos desde el primero de enero de 2015 y el 31 de enero de 2017, los cuales fueron seguidos de forma prospectiva para establecer la relación entre variables demográficas, clínicas y analíticas con la supervivencia al año del seguimiento en consulta. La información utilizada fue obtenida de las historias clínicas; en el análisis estadístico fueron empleados el estadígrafo Chi² para diferencias de proporciones; también se utilizó la razón de productos cruzados para medir fuerza de asociación, siendo aceptado un nivel de confianza de 95% (p <0.05). **Resultados:** El grupo de edad que predominó para ambos sexos fue el de 50 a 59 años. La mayoría de los enfermos se agruparon en la clase B de la clasificación de Child Pugh. El 44,4% de los pacientes objetos de estudio se encontraban desnutridos. La causa más frecuente de cirrosis hepática para ambos sexos fue la alcohólica. La ascitis (38,5%) fue la complicación predominante. El 20,7% del universo estudiado fallecieron al finalizar el estudio. **Conclusiones:** El sangrado digestivo alto, el síndrome hepatorenal, la peritonitis bacteriana espontánea, la desnutrición, el estadio C de la clasificación de Child Pugh y la etiología alcohólica son factores que tienen un marcado valor explicativo para la supervivencia del paciente cirrótico.

Palabras claves: cirrosis hepática, factores pronósticos, supervivencia

INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática representa una importante causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y en Cuba. Es una enfermedad crónica, difusa, progresiva y generalmente irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de necrosis, fibrosis y nódulos de regeneración, que condicionan una alteración de la arquitectura vascular intrahepática y reducción de la función del hígado o de la masa funcional, trayendo como consecuencia el desarrollo de hipertensión portal e insuficiencia hepática.¹

Una muestra evidente de la magnitud de la enfermedad es que desde hace varias décadas, se encuentran entre las diez primeras causas de defunciones en el país junto a otras enfermedades crónicas del hígado, con una tasa de mortalidad que

oscila en los últimos 10 años, según el Anuario Estadístico de Salud de Cuba, entre 9 y 11 por cada 100 000 habitantes, siendo la del año 2013 de 12,1; ocupando el décimo lugar entre las 35 primeras causas de muerte en esta nación. Las tasas más elevadas se reportan en las edades comprendidas entre los 40 y 60 años, con una mayor prevalencia en el sexo masculino. La provincia de Cienfuegos presentó una tasa de 13,7; cifra que se encuentra por encima de la media nacional.²

Los modelos pronósticos son importantes para comprender los determinantes y el curso de las enfermedades hepáticas crónicas.^{3, 4} El estudio de los factores pronósticos de supervivencia en los pacientes cirróticos es aplicable también a su valoración integral; su confirmación posibilitaría prevenir y tratar adecuadamente las complicaciones, conocer la historia natural de la enfermedad hepática, predecir su curso y su pronóstico con vistas a intervenir desde el punto de vista terapéutico.

La valoración integral de los pacientes a partir de los factores pronósticos de supervivencia puede ser útil en los grupos de trasplante del país para ajustar los criterios de selección de los candidatos y la prioridad de los pacientes en lista de espera; en los niveles de dirección del Ministerio de Salud Pública posibilitaría la definición de mejores políticas y estrategias orientadas a la disminución de las enfermedades crónicas; también sería un factor de mejora de los conocimientos de esta enfermedad en la Atención Primaria de Salud y un incentivo para la realización de estudios de morbilidad en la población cubana.

Los factores pronósticos de supervivencia en los pacientes cirróticos pueden ser útiles no sólo en las situaciones mencionadas; también podrían emplearse para establecer decisiones respecto al ingreso de pacientes, mejorar la calidad de la atención médica dentro de una unidad específica, evaluar los efectos de nuevos tratamientos o procedimientos y determinar los recursos del hospital. Todo ello se traduciría en mejor calidad de vida de los enfermos y disminución de la mortalidad, así como en la remisión oportuna de los pacientes a las consultas de evaluación de trasplante hepático.

La inexistencia de estudios que hayan determinado los factores pronósticos de supervivencia en pacientes cirróticos, fue lo que motivó a realizar la presente investigación, teniendo como objetivo determinar los factores pronósticos de supervivencia en pacientes con cirrosis hepática al año del seguimiento en consulta.

DESARROLLO

1.1 MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, prospectivo con diseño descriptivo-correlacional, de una serie de casos en el Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de la provincia Cienfuegos, desde el primero de enero de 2015 al 31 de enero de 2017. El universo del estudio estuvo constituido por un total de 169 pacientes con cirrosis hepática de diferentes causas, atendidos en la consulta del servicio de Medicina Interna y en las salas de hospitalización. La selección de los pacientes cirróticos incluidos en el universo del estudio se realizó de forma secuencial según asistían a la consulta de Medicina Interna o durante la hospitalización, de los cuales los que no tenían seguimiento en la consulta se remitían a la misma. A partir del seguimiento en esta, se siguieron prospectivamente durante un año para determinar los factores pronósticos de supervivencia.

Para la recogida de la información se empleó una ficha de recolección de datos, obtenidos de las historias clínicas de los pacientes objetos de estudio, la cual fue confeccionada por los investigadores. Se incluyeron las variables que se mencionan a continuación:

- Demográficas: Edad y sexo
- Clínicas: Estado al concluir el estudio, etiología de la cirrosis hepática, estadios de severidad de la enfermedad, estado nutricional integral y complicaciones
- Paraclínicas: Tiempo de protombina, creatinina, albúmina, bilirrubina, conteo de plaquetas, colesterol y sodio sérico.

Los estudios bioquímicos complementarios (determinaciones analíticas) se realizaron en el departamento de Laboratorio Clínico según los protocolos de actuación definidos o técnicas y procedimientos establecidos en la institución.

Los pacientes fueron consultados cada tres meses para seguimiento clínico por un periodo máximo de observación de 12 meses. La historia clínica se evaluó al final del período de observación compilando toda la información necesaria a los efectos del estudio. Se registraron los eventos ocurridos en la evolución del paciente durante el periodo de observación así como se tabularon las complicaciones como aquel evento que obligó a adoptar nuevas acciones terapéuticas, incluido el ingreso hospitalario del enfermo.

El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0. Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y relativas. Se utilizaron técnicas estadísticas. La información de los resultados obtenidos se presentó en texto, tablas y gráficos diseñados al efecto. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Científica y por el Consejo Científico de la institución. A todos los pacientes incluidos en el estudio se les solicitó el consentimiento informado.

1. 2 RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes cirróticos según grupos de edades, estado de severidad, estado nutricional, etiología, estado final al concluir el estudio y sexo, observándose que para ambos sexos predominó el grupo de 50 a 59 años de edad, con 53 (43,4%) y 20 (42,6%) sujetos respectivamente. Se observa además un predominio de la clase B de los estadios de severidad de la enfermedad, con 96 (56,8%) pacientes. El 44,4% de los pacientes objetos de estudio se encontraban desnutridos. La causa más frecuente de cirrosis hepática en el estudio para ambos sexos fue la alcohólica con 120 pacientes (71,0%), seguido de la infección por los virus de la hepatitis con 29 sujetos para un 17,1%. y el grupo de otras causas con 16 pacientes (9,5%). Al concluir el estudio, 35 pacientes para un 20,7% fallecieron y 134 sujetos (79,3%) se encontraban vivos. Los hombres fallecieron más que las mujeres.

Como se observa en la Tabla 2, la ascitis (65/38,5%) fue la complicación más frecuentes que presentaron los pacientes cirróticos en el estudio.

El análisis univariado de los factores asociados con la supervivencia de los pacientes cirrótico en el estudio se presenta en la tabla 3. Como se puede apreciar la desnutrición, el estadio de Child Pugh y las complicaciones: sangrado digestivo alto, peritonitis bacteriana espontánea y síndrome hepatorenal, se relacionaron de forma significativa con la supervivencia de los pacientes. De igual forma se comportaron la creatinina, bilirrubina, colesterol, albúmina y sodio sérico.

La regresión multivariada se efectuó con todos los factores que resultaron significativos en el análisis anterior y se representan en la tabla 4. Las variables que trascendieron por su valor pronóstico independiente en la supervivencia fueron: la etiología alcohólica, los desnutridos, el estadio de Child Pugh clase B y C, así como las complicaciones sangrado digestivo alto, peritonitis bacteriana espontánea y síndrome hepatorenal. Estas variables fueron los predictores más importantes de

supervivencia en el estudio, lo cual fue reflejado en el nivel de significación mostrado por cada uno de ellos.

1.3 DISCUSIÓN

Varias investigaciones que han estudiado el comportamiento sociodemográfico de la cirrosis hepática en el mundo, encontraron que entre el 60 y 70% de los casos eran del sexo masculino y un 20 - 30% pertenecían al femenino.⁵⁻⁷ Resultados que coinciden con los obtenidos en esta investigación. En Cuba, el análisis del comportamiento epidemiológico de la enfermedad revela que la misma se presenta con una mayor frecuencia en sujetos del sexo masculino.^{4, 8, 9, 30, 11}

Los resultados del presente estudio son similares a lo descrito en la literatura médica revisada, en la cual se señala que la edad promedio en que se presenta la cirrosis hepática es entre los 40 y 60 años de edad,¹² esta variabilidad pudiera estar en relación a la heterogeneidad de los grupos de edades seleccionados en los diferentes estudios.

En lo que se refiere al estadio de progresión de la cirrosis hepática y el sexo los resultados de la presente investigación coinciden con los obtenidos por Mejías Cabrera, Fajardo González y Lebroc Pérez. En sus estudios el mayor porcentaje de hombres y mujeres se ubicaron en la clase B.^{8, 10, 13} Estos resultados reafirman que los pacientes alcohólicos, por lo general, acuden a recibir atención médica en fases muy avanzadas de la enfermedad.¹⁴

Los pacientes con cirrosis hepática secundaria a alcohol y virus de la hepatitis B y C, usualmente registran tasas de descompensación anuales mucho mayores que el resto de las causas. Éstas se han reportado en el 3% para el VHC y 10% para el VHB y en el caso específico de los alcohólicos varían en dependencia de la presencia o no de abstinencia.¹⁵

La desnutrición constituye un hallazgo común en las enfermedades hepáticas crónicas, particularmente la cirrosis hepática. Esta enfermedad constituye la máxima expresión del deterioro e insuficiencia del hígado, órgano responsable de los procesos fisiológicos esenciales para mantener un buen estado nutricional.¹⁶

La desnutrición global encontrada en la presente investigación fue inferior a las reportadas en algunos estudios nacionales e internacionales que utilizaron métodos análogos para la determinación del estado nutricional, pero similar a los resultados encontrados en otros estudios que han detectado una frecuencia de desnutrición que se aproxima al 45%. La literatura reporta además disímiles cifras que van, en el caso de la cirrosis alcohólica, de 34 a 82% y en la no alcohólica de 27 a 87%. Ello lleva a la autora a plantear que existen diferentes frecuencias de desnutrición según los métodos de valoración nutricional empleados, así como también en dependencia de la causa que produzca la enfermedad. Esto trae como consecuencias dificultades para comparar poblaciones de cirróticos atendidas en diferentes latitudes geográficas con sus propias características idiosincrásicas, estilos de vida, conductas asociadas al género, características demográficas de la población, entre otras.⁴

Reportes en Cuba, señalan que la desnutrición es una condición frecuente de la enfermedad cirrótica con un valor predictivo trascendental. Los hombres presentan aproximadamente el doble de riesgo de desnutrición respecto a las mujeres, este comportamiento resulta ser constante en los cirróticos, pero no en esta serie de

cirróticos estudiada, en la que los resultados obtenidos no se corresponden con lo reportado en otras investigaciones.⁹

La similitud encontrada en la frecuencia de aparición de la desnutrición en hombres y mujeres, se infiere que pudiera estar en relación a que en el presente estudio la principal causa de cirrosis hepática tanto para el sexo masculino como femenino fue la alcohólica. Los pacientes con cirrosis alcohólica presentan un mayor grado de desnutrición en relación a otras etiologías.⁹

Las principales causas de cirrosis hepática en el estudio fueron la alcohólica y la viral. Aproximadamente, entre el 40 y 60% de los casos de cirrosis hepática en Europa y Norteamérica son debidos al abuso de alcohol, mientras que el 25-30% es el resultado de la hepatitis crónica vírica.¹⁷ Otros autores consideran que el predominio de etiología alcohólica o viral en las diferentes series de cirróticos estudiadas pueden variar entre ellas en dependencia del área geográfica donde sea realizada la investigación.^{18, 19}

A pesar de no existir muchos datos estadísticos y epidemiológicos nacionales que permitan conocer la condición al finalizar un estudio de los pacientes con cirrosis hepática, varios trabajos señalan que entre un 10 y 20% de los enfermos fallecen al término de la investigación. Se describe además que los del sexo masculino fallecen más que las mujeres.^{4, 8, 13} Resultados que son similares a los encontrados en el presente estudio.

La cirrosis hepática aparece con mayor frecuencia en los hombres, probablemente porque la infección por virus hepatotropos y el etilismo son más frecuentes en el sexo masculino; ambos factores etiológicos se han identificado entre las primeras causas de la enfermedad en el mundo.^{12, 20} En relación al análisis de la supervivencia acumulada de los pacientes cirróticos, a los 6 y 12 meses los resultados son similares a los encontrados en los estudios de Castillo Frías, Samada y Castellano.^{4, 9, 21}

El estadio de Child Pugh es considerado el predictor más fuerte y consistente de mortalidad en la CH²¹ y así quedó demostrado en el estudio.

La desnutrición proteico-energética constituye un problema común en enfermedades crónicas severas como la CH, con implicaciones en las estadías hospitalarias, mortalidad y costos para la salud pública por lo que su diagnóstico precoz y tratamiento resulta imprescindible.⁹

La desnutrición puede incrementar de forma independiente la utilización de recursos y el riesgo de desarrollo de complicaciones postquirúrgicas. La posibilidad de disponer de indicadores del estado nutricional del paciente cirrótico estrechamente asociados con la condición final del paciente y la respuesta al trasplante del órgano puede servir entonces a los fines de un reconocimiento temprano de la desnutrición asociada a la enfermedad cirrótica.⁴

En la actualidad ha resultado extremadamente difícil probar cuan dependiente puede ser la desnutrición en la supervivencia del paciente cirrótico y los resultados han sido contradictorios.^{22, 23, 24} No obstante, la balanza se inclina a considerarlo como un factor predictivo de mortalidad temprana fundamentalmente en los pacientes que son evaluados para trasplante hepático.^{4, 25}

El sangrado de las várices esofágicas puede comprometer la supervivencia de los pacientes; la aparición de estas incrementa la mortalidad en 3,4 % de los casos al año de evolución de la cirrosis.²⁶⁻²⁸

Respecto de la asociación encontrada entre la creatinina y el Na sérico a la supervivencia de los pacientes en el presente estudio, estos datos concuerdan con otras investigaciones que reconocen que los parámetros que estiman la hemodinámica sistémica (presión arterial media, actividad de la renina plasmática) y la función renal (excreción urinaria de sodio, concentración plasmática de creatinina y de sodio) predicen mejor el pronóstico que aquellos que estiman la función hepática.²⁹

Según el estudio de Attia y colaboradores en 172 pacientes africanos cirróticos, la creatinina y la puntuación de Child-Pugh son predictores independientes de mortalidad.³⁰

Algunos autores disienten de esa opinión,³¹ pero en la literatura consultada se recoge que la albumina sérica es un factor predictivo independiente de supervivencia en el paciente cirrótico.²⁹

La hipoalbuminemia no es un indicador específico de disfunción hepática, pero puede utilizarse como indicador pronóstico en los pacientes con cirrosis hepática. Respecto a la asociación significativa entre la presencia de várices y los niveles de albúmina sérica y bilirrubina existen múltiples reportes, pero no de ambas como variables independientes de supervivencia.³²

En esta investigación el tiempo de protrombina (TP) no es un factor pronóstico de supervivencia, aunque algunos autores lo consideran como tal. El análisis multivariado de la investigación de Samada Suárez demostró que, además del estadio de Child-Pugh, se asociaron con menor supervivencia las cinco variables del Child-Pugh, entre ellas el TP. Otros autores también identifican la variable analítica conteo de plaquetas de forma independiente y no factor predictivo de supervivencia en pacientes cirróticos.^{21, 29, 33} Los datos obtenidos en este estudio mediante la clasificación de Child-Pugh coinciden con la mayoría de los autores que utilizan esta clasificación para valorar de forma rápida el pronóstico de los pacientes con cirrosis descompensada;³⁴ Chapman y colaboradores reconocen entre los modelos pronósticos para pacientes con cirrosis hepática más usados la clasificación de Child-Pugh.³⁵ En la investigación de Samada Suárez el análisis univariado demostró que el estadio de Child-Pugh y otras variables fueron factores asociados a la menor supervivencia de los pacientes a los 6 y 12 meses de la primera evaluación.²¹

En el análisis multivariado del presente estudio sólo resultaron factores predictivos independientes de supervivencia la puntuación de Child-Pugh, el sangrado digestivo alto, la peritonitis bacteriana espontánea y el síndrome hepatorenal.

Identificar los factores que puedan predecir la progresión y la mortalidad de la enfermedad hepática ha sido un motivo de debate desde hace años. De hecho y como reflejo de inquietud de la comunidad científica a este hecho, en los últimos 30 años han sido publicados más de 120 estudios en los que se ha intentado esclarecer cuales son los índices pronósticos más fiables, reproducibles e independientes óptimos para todas las fases de la enfermedad hepática independientemente de la etiología.^{22, 36} Se han implicado muchos parámetros como potenciales factores pronósticos de descompensación y mortalidad, aunque el papel de la mayoría de ellos parece poco relevante.

En un metaanálisis realizado en el año 2006, se evaluaron 118 estudios, publicados entre el año 1983 y 2005, basados en identificar los factores que de forma independiente pudieran predecir la mortalidad en pacientes cirróticos.³⁷ Se incluyeron un total de 23797 pacientes. En el análisis global del total de los pacientes incluidos en los estudios, se constató que, independientemente de la

etiología de la enfermedad, la escala Child Pugh (ascitis, bilirrubina, actividad de protombina, albúmina y encefalopatía) y la edad fueron los índices pronósticos más importantes para predecir la mortalidad a 1 y 2 años. La tasa de supervivencia al año y a los dos años, se reduce drásticamente, en función del Child- Pugh, disminuyendo de un 96% a 90 % en pacientes Child A, de un 80 % a un 70% en pacientes Child B y de un 43 % a un 38% en pacientes Child C. ³⁸

Sin embargo, a pesar de que el Child-Pugh es el marcador pronóstico con mayor fuerza, existe una gran variabilidad intragrupal. Cuando se analiza de forma separada los estudios que incluyeron solamente pacientes en fase compensada o descompensada se constata que los factores predictores de mortalidad son diferentes en cada grupo. Mientras que en la fase compensada son las variables relacionadas con la hipertensión portal (recuento plaquetario, varices, diámetro del bazo) las que marcan el paso a la fase descompensada y por tanto disminuyen la supervivencia, en la fase descompensada son las variables relacionadas con la insuficiencia renal y el hepatocarcinoma (HCC) las que determinaran la supervivencia del paciente. Es por esto, en este metaanálisis, se concluye que el gradiente de presión portal debe ser cofactor pronósticos de mortalidad (asociados a la escala Child- Pugh y la edad) en las fases compensada y descompensada, respectivamente. Otros factores, tradicionalmente considerados como marcadores de mortalidad como la ALT, etiología viral, la presencia de edemas o el gasto cardiaco, colaterales abdominales o las resistencias vasculares periféricas, no deben ser utilizados como factores pronósticos independientes. ^{22, 39,40}

Por tanto, es necesario analizar de forma separada aquellos factores que influyen en la progresión de la enfermedad en pacientes compensados y aquellos que determinan directamente la supervivencia en pacientes descompensados.

La historia natural de la cirrosis hepática se caracteriza por la presencia de dos estadios de enfermedad perfectamente diferenciados, que marcan la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes. En la primera fase, asintomática o “compensada”, el paciente se encuentra asintomático, con buena calidad de vida y no ha presentado ninguna complicación de su hepatopatía. En La segunda fase, sintomática o “descompensada”, el paciente ya ha presentado alguna complicación de su enfermedad hepática como la ascitis, hemorragia digestiva o encefalopatía. El paso de una fase a otra marca la historia natural de la enfermedad. La evolución de la cirrosis y el paso de una a otra fase implican un aumento progresivo de la presión portal, y el empeoramiento de la función hepatocelular.

La determinación del pronóstico de los pacientes es una parte importante de su evaluación la cual tiene significativa influencia en la elección de la terapéutica. Es por tanto primordial que se adquieran y se desarrollen herramientas para el pronóstico individualizado de pacientes. En las hepatopatías crónicas, el pronóstico puede ser particularmente valorado para ser usado a la hora de decidir conductas como el trasplante hepático. ⁴¹

Existen modelos pronósticos en los cuales se combinan la existencia o no de factores pronósticos (multitud de características en relación con la enfermedad, los antecedentes del paciente, el tratamiento o las condiciones sociales de este, sean conocidas o no, que ayudan a mejorar la capacidad de predicción); sin embargo, como se comentó anteriormente, este proceso en la práctica médica diaria no es simple. ⁴¹

Muchas hepatopatías crónicas generalmente se mantienen de forma estable con períodos de deterioro y mejoría transitoria. En general, el rango de progresión puede

ser lento, en particular en fases tempranas de la enfermedad. Tarde o temprano, dependiendo de la actividad de la enfermedad, el curso relativamente estable de esta pasa a una fase en la que se desarrolla en forma de aguda aceleración de la progresión, con la aparición de descompensación, complicaciones y muerte.⁴¹

La sobrevida de los pacientes con cirrosis disminuye significativamente después de la descompensación clínica (ascitis, SDA, PBE, SHR, EH o hepatocarcinoma). Es por eso que durante varias décadas gran cantidad de modelos pronósticos han sido desarrollados en general para la cirrosis y enfermedades hepáticas en específico.^{27, 29, 42}

1.4 CONCLUSIONES

La cirrosis hepática se presenta fundamentalmente en el sexo masculino, en pacientes que ingieren bebidas alcohólicas y en edades intermedias de la vida. La ascitis es la complicación más frecuente que se produce en esta enfermedad. El sangrado digestivo alto, el síndrome hepatorenal, la peritonitis bacteriana espontánea, la desnutrición, el estadio C de la clasificación de Child Pugh y la etiología alcohólica son factores que tienen un marcado valor explicativo para la mortalidad en el paciente cirrótico.

1.5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Córdoba Cardona J. Relación entre encefalopatía hepática, calidad de vida y proteínas de la dieta en pacientes con cirrosis hepática. Tesis para la obtención del título de Doctor en Medicina. 2011. Universidad Autónoma de Barcelona.
2. Bess Constantén S. Anuario Estadístico de Salud 2013[Libro en Internet]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2014. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>. Fecha de último acceso: 1 de junio de 2014.
3. Lefton HB, Rosa A, Cohen M. Diagnosis and epidemiology of cirrhosis. *Med Clin North Am.* 2009;93:787-99.
4. Castellanos Fernández MI. Importancia de la desnutrición en el pronóstico del paciente con cirrosis hepática. [Trabajo para optar por el grado de Doctor en Ciencias Médicas] 2010. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García": La Habana.
5. Rodríguez Magallán A, Valencia Romero HS, Trinidad Altamirano J. Etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex.* 2008;75(4):247-56.
6. Huertas Cuaresma J, Méndez Perles C, Medina Mirón M, González Gallardo M. Cirrosis hepática en el hospital clínico San Carlos. En: Piédrola G. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* Madrid;2007. p.1-17.
7. Bustíos C, Dávalos M, Román, R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Rev Gastroenterol Perú.* [Internet]. 2004 [citado 30 mayo 2014]; 27 (3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292007000300003&script=sci_ar text
8. Mejías Cabrera Y. Caracterización de los pacientes con cirrosis hepática en el servicio de medicina interna. [Tesis de especialidad]. Cienfuegos: Universidad Ciencias Médicas "Raúl Dorticos Torrado"; 2012.

9. Castillo Frías M. Evaluación del estado nutricional de los pacientes con cirrosis hepática. [Tesis de especialidad]. Cienfuegos: Universidad Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado"; 2014.
10. Fajardo González MH. Comportamiento de la cirrosis hepática en el hospital "Arnaldo Milán Castro" de julio de 2007 a marzo de 2009. [Tesis de especialidad]. Cienfuegos: Universidad Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado"; 2010.
11. Hierro González A, Hano García OM, González Fabián L. Evaluación nutricional de pacientes cirróticos compensados. *Rev cubana med* 2012;3 vol.51 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012
12. Fleming KM, Aithal GP, Card TR, West J. All-cause mortality in people with cirrhosis compared with the general population: a population-based cohort study. *Liver Int* 2012; 32: 79-84.
13. Lebroc Pérez D, Reina Alfonso BE, Camacho Assef JA, Massíp Ramírez M. Caracterización clínica de los pacientes con cirrosis hepática en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". *MEDICIEGO*. [Internet]. 2011 [citado 12 septiembre 2012]; 17(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=76805&idseccion=3715&idejemplar=7633&idrevista=226
14. Gómez Mantillar N. Factores clínicos y bioquímicos predictores de supervivencia al año en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática. [Tesis de especialidad]. Ciego de Ávila: Hospital General "Dr. Antonio Luaces Iraola"; 2016.
15. Sarmiento Ducónger R, Carbonell García IC, Plasencia Asorey C, Ducónger Castellanos R. Patrones de consumo de alcohol en una población masculina de El Caney. *MEDISAN* 2011; 15(4):495
16. Toledo C. Cirrosis Hepática: Medidas preventivas de algunas de sus complicaciones. *Rev. clin. condes*. 2010; 21(5) 757-763.
17. García Tsao G. Cirrhosis and its sequelae. En: Goldman L MD, Schafer A, editores. *Goldman's Cecil medicine*. 24nd ed. Volume two. Philadelphia: Elsevier; 2012.p.999-1006.
18. Fernandez J, Gustot T. Management of bacterial infections in cirrhosis. *J Hepatol*. 2012 Jan;56(1):S1–S12.
19. Fattovich G, Bortolotti F, Donato F. Natural history of chronic hepatitis B: Special emphasis on disease progression and prognostic factors. *Journal of Hepatology*. 2008; 48:335–52.
20. Mandayam S, Jamal MM, Morgan TR. Epidemiology of Alcoholic Liver Disease. *Seminars in Liver Disease*. 2004;24 (3):217-28.
21. Samada Suárez M. Factores pronósticos de supervivencia en pacientes con cirrosis hepática evaluados para trasplante hepático. [Tesis de doctorado]. La Habana: Facultad Ciencias Médicas "Victoria de Girón"; 2008.
22. D'Amico G, Morabito A, Pagliaro L, Marubini E, Caltagirone M, Filippazzo G et al. Survival and prognostic indicators in compensated and decompensate cirrhosis. *Dig Dis Sci*. 1986; 31:468-75.
23. Bernal V, Bosch J. Cirrosis hepática. En: Montoro MA; García Pagán JC editores. *Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica*. 2nd ed. Barcelona: Elsevier Science; 2012.p.867-890.
24. Martín Llahí M, Guevara M, Ginès P. Nuevos tratamientos para la ascitis en la cirrosis hepática. *Gastroenterol Hepatol*. 2007; 30 (1):42-50.

25. Merli M, Giusto M, Gentili F, Novelli G, Ferretti G, Riggio O et al. Nutritional status: its influence on the outcome of patients undergoing liver transplantation. *Liver int.* 2010;30(2):208-14.
26. Sam J, Nguyen GC. Protein calorie malnutrition as a prognostic indicator of mortality among patients hospitalized with cirrhosis and portal hypertension. *Liver Int.* 2009;29(9):1396-402.
27. Carvalho L, Parise ER, Samuel D. Factors associated with nutritional status in liver transplant patients who survived the first year after transplantation. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010; 25:391–6.
28. Ortega Quiroz RJ, Reyes Romero A, Guevara Casallas LG. ¿Es la terapia farmacológica la mejor decisión para la prevención primaria de la hemorragia variceal en pacientes con cirrosis hepática? *Rev Col Gastroenterol [Internet]*. 2010 [citado 15 Feb 2014];25(1):57-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v25n1/v25n1a13.pdf>
29. Merli M, Giusto M, Gentili F, Novelli G, Ferretti G, Riggio O et al. Nutritional status: its influence on the outcome of patients undergoing liver transplantation. *Liver int.* 2010;30(2):208-14.
30. Attia KA, Ackoundou-N'guessan KC, N'dri-yoman AT, Mahassadi AK, Messou E, Bathaix YF, et al. Child-Pugh-Turcott versus Meld score for predicting survival in a retrospective cohort of black African cirrhotic patients. *World J Gastroenterol [Internet]*. 2008 [citado 12 Feb 2014];14(2):286-91. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Eugene_Messou/publication/5663331_Child-PughTurcott_versus_Meld_score_for_predicting_survival_in_a_retrospective_cohort_of_black_African_cirrhotic_patients/links/0deec5285fb43c605b000000.pdf
31. Bernal Monteverde V, Bosch Genover J. Cirrosis hepática En: Montoro Huguet MA, García Pagán JC, editores. *Práctica clínica en Gastroenterología y Hepatología*. Madrid: CTO Editorial;2016. p. 753-80.55. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu>
32. Lindor KD, Gershwin ME, Poupon R, Kaplan M, Bergasa NV, Heathcote EJ; American Association for Study of Liver Diseases. Primary biliary cirrhosis. *Hepatology.* 2009;50:291-300.
33. Llanio Navarro R. Principales síndromes del aparato digestivo. En: Llanio Navarro R, Perdomo González G, editores. *Propedéutica clínica y semiología médica*. 2nd ed. Tomo 2. Ciudad Habana: Ecimed; 2005.p.971-973.
34. Beltrán Galvis O, Varón Puerta A, Botero Arango RC. ¿Es la terapia endoscópica la mejor decisión en la prevención primaria de la hemorragia variceal de los pacientes con cirrosis hepática? *Rev Col Gastroenterol [Internet]*. 2010 [citado 15 Feb 2014];25(1):52-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v25n1/v25n1a12.pdf>.
35. Chapman R, Fevery J, Kalloo A, Nagorney DM, Boberg KM, Shneider B, Gores GJ. Diagnosis and management of primary sclerosing cholangitis. *Hepatology [Internet]*. 2010 [citado 12 Jun 2015];51(2):660-78. Disponible en: <http://www.oxfordmedicaleducation.com/wpcontent/uploads/2015/01/AASLD-Guidelines-PSC.pdf>
36. Attia KA, Ackoundou-N'guessan de los indicadores pronósticos MELD SCORE y Child Pugh, en pacientes con hemorragia digestiva secundaria a hipertensión portal. *Gac Med Bol [Internet]*.2011 [citado 19 En 2015];34(1):16-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v34n1/a04.pdf>

37. Durand F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child-Pugh versus MELD. *J Hepatol* [Internet]. 2005 [citado 7 May 2015];42:S100-7. Disponible en: [http://www.journalof-hepatology.eu/article/S0168-8278\(04\)00533-1/pdf](http://www.journalof-hepatology.eu/article/S0168-8278(04)00533-1/pdf)
38. Ripoll C, Groszmann R, Garcia-Tsao G, et al. Hepatic venous pressure gradient predicts clinical decompensation in patients with compensated cirrhosis. *Gastroenterology*. 2007 Aug;133(2):481-8.
39. D'Amico G, Garcia-Tsao G and Pagliaro, Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: Asystematic review of 118 studies, *J Hepatology* 44 (2006), 217–231.
40. Groszmann G, Garcia-Tsao G, Bosch J, Grace N, Burroughs A, Planas R, Escorsell A, Garcia et al for the Portal Hypertension Collaborative Group. Beta-blockers to prevent gastroesophageal varices in patients with cirrhosis, *N Engl J Med* 353 (2005), 2254–2261.
41. Calzadilla Bertot L, Vilar Gómez E, Lincheta Enriquez L. Modelos pronósticos para la cirrosis hepática. *Revista Cubana de Medicina* 2011; 50(2): 190-201. <http://scielo.sld.cu>.
42. Prieto M, Aguilera V, Berenguer M, Pina R, Benlloch S. Selección de candidatos para trasplante hepático. *GastroenterolHepatol* 2007; 30(1):42-53.

ANEXOS

Tabla 1. Características generales de los pacientes con cirrosis hepática según grupo de edades, estado final y sexo. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. 2017.

Características generales	Masculino n=122/72,2%	Femenino n=47/27,8%	Total n=169/100,0
---------------------------	--------------------------	------------------------	----------------------

Grupos de edades			
Menores de 30	2/1,6%	0/0,0	2/1,2%
30-39	5/4,1%	0/0,0	5/2,9%
40-49	24/19,7%	5/10,6%	29/17,2%
50-59	53/43,4%	20/42,6%	73/43,2%
60-69	23/18,9%	13/27,6%	36/21,3%
Mayores de 70	15/12,3%	9/19,2%	24/14,2%
Estado de severidad			
Clase A	31/25,4%	16/34,0%	47/27,8%
Clase B	71/58,2%	25/53,2%	96/56,8%
Clase C	20/16,4%	6/12,8%	26/15,4%
Estado nutricional			
Desnutrido	56/45,9%	19/40,4%	75/44,4%
No desnutrido	66/54,1%	28/59,6%	94/55,6%
Etiología			
Alcohólica	100/82,1%	20/42,5%	120/71,0%
Viral	11/9,0%	18/38,3%	29/17,1%
Mixta	2/1,6%	2/4,3%	4/2,4%
Otras	9/7,3%	7/14,9%	16/9,5%
Estado final al concluir el estudio			
Vivos	94/77,0%	40/85,1%	134/79,3%
Fallecidos	28/23,0%	7/14,9%	35/20,7%
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 2. Distribución de los pacientes cirróticos según complicaciones. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. 2017.

Complicaciones	No.	%
Ascitis	65	38,5
Encefalopatía Hepática	34	20,1
Sangrado digestivo alto	30	17,7
Peritonitis bacteriana espontánea primaria	28	16,6
Síndrome hepatorenal	10	5,9
Neumonía	2	1,2
Total	169	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 3. Análisis univariado de los factores asociados con la supervivencia. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. 2017.

Variable	OR	IC 95%	p
Sexo	1,47	0,48 – 2,70	0,796
Edad	1,62	0,84 – 5,23	0,087
Causas			

Viral	2,06	0,79 – 6,01	0,287
Alcohólica	1,60	0,47 – 6,45	<0,003*
Otras	1,00	-	0,794
Estado nutricional (Desnutridos)			
Child-Pugh			
B	20,40	2,80 – 169,56	<0,003*
C	12,35	12,97 – 199,76	<0,001*
Complicaciones			
PBE	5,56	2,85 -17,87	<0,002*
SDA	4,54	2,25 – 9,45	<0,001*
SHR	5,77	3,08 – 23,40	<0,002*
Neumonía	1,00	-	-
Analíticas			
Creatinina	1,04	1,04 - 1,90	<0,001*
Bilirrubina	1,45	1,00 - 1,01	<0,001*
Colesterol	0,47	0,34 – 0,98	<0,001*
Albúmina	0,96	0,92 – 0,99	<0,002*
Tiempo protombina	1,02	1,00 – 1,04	0,298
Sodio sérico	10,02	2,56 – 34,04	<0,001*
Plaquetas	1,01	1,00 – 1,01	0,393

Fuente: Ficha de recolección de datos. Leyenda: Análisis univariado por regresión de Cox. IC: intervalo de confianza, OR: odds ratio, p: nivel de significación, PBE: peritonitis bacteriana espontánea, SDA: sangrado digestivo alto, SHR: síndrome hepatorenal.

Tabla 4. Análisis multivariado de los factores asociados con la supervivencia. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. 2017.

Variable	OR	IC 95%	p
Etiología alcohólica	1,0	4,85 – 492,75	0,002*
Estado nutricional (Desnutridos)			
Child-Pugh			
B	15,78	1,82 – 154,23	0,013*
C	48,89	4,85 – 492,75	0,001*
Complicaciones			
PBE	5,42	2,77 – 17,92	0,002*
SDA	5,96	2,14 – 16,50	0,002*
SHR	5,52	0,90 – 33,67	0,002*
Analíticas			
Creatinina	1,00	0,95 – 1,01	0,275
Bilirrubina	0,99	0,99 – 1,00	0,783
Colesterol	0,75	0,47 – 1,118	0,220
Albúmina	1,01	0,99 – 1,03	0,253
Sodio sérico	1,04	0,85 – 1,05	0,2434

Fuente: Ficha de recolección de datos. Leyenda: Análisis multivariado por regresión de Cox. IC: intervalo de confianza, OR: odds ratio, p: nivel de significación, PBE:

peritonitis bacteriana espontánea, SDA: sangrado digestivo alto, SHR: síndrome hepatorenal.

FAMILIA CUIDADORA DEL ADULTO MAYOR Y SOBRECARGA. REFLEXIONES PARA UN ABORDAJE DESDE LA FAMILIA.

Lic. MSc. Zenia Tamara Sánchez García¹, Lic. MSc. Jayce Díaz Díaz², Lic. MSc. Yamirka Gonzalez Puerto³, Lic. MSc. Daimy Rodríguez Díaz⁴, Dra. Elizabeth Rodríguez Montenegro⁵, Lic. Esther Hernández Pérez⁶.

¹ zeniasg@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos - Cuba, Master en Atención Primaria de Salud, ² jaycedd@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos - Cuba, Máster en Educación, ³ yamirkagp@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos - Cuba, Máster en Promoción de Salud, ⁴ daimy.rodriguez@gal.sld.cu, Hospital Provincial "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" – Cuba, Master en Urgencias Médicas, ⁵ Policlínico Univesitario Docente "Raúl Suárez Martínez" Rodas.Cienfuegos – Cuba, ⁶ metdircit3003@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos – Cuba.

Resumen.

Cuba cuenta en la actualidad con 2 198 220 adultos mayores, si utilizamos el llamado índice de envejecimiento quedará mejor reflejado el por qué nuestro país exhibe uno de los envejecimientos mayores de América Latina y el Caribe. El proceso de envejecimiento de la población cubana ocurre fundamentalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX y se ha profundizado en las últimas décadas. Para el cuidado de estos en los últimos años, hemos contado en su inmensa mayoría con el cuidador informal, persona que hoy encontramos en la Familia Cubana, convirtiéndose en un tema de especial relevancia, si se considera que esta funciona como un sistema, como una unidad, a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos. Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado es que hemos realizado este trabajo con el objetivo de fomentar la reflexión en el colectivo de personas que pudieran estar implicadas en la atención a esta población. Este apoyo informal brindado principalmente por familiares, a diferencia de los cuidadores formales; quienes reciben un pago por sus servicios, cuentan con formación profesional y en el menor de los casos capacitación para proporcionar los cuidados, los cuales realizan esta labor teniendo en cuenta dos grandes objetivos evitar su agotamiento al desarrollar este hermoso cuidado y que el adulto mayor se deleite de una alta calidad de vida.

Palabras Claves. Adulto Mayor, Envejecimiento, Familia, Sobrecarga, Cuidador.

Introducción.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) traza perspectivas futuras respecto a la población mundial con más de 60 años de edad, prevé que esta se duplique para el 2050, pasando de aproximadamente el 11 % al 22 %, que representará más de la quinta parte de la población global. Según datos ofrecidos por las Naciones Unidas, se espera que el número de personas ancianas aumente de 605 millones a 2 mil millones en ese periodo, de ellas, 190 millones vivirán en América Latina y el Caribe. ^{1, 2, 3} Actualmente, existen en el mundo cerca de 900 millones de personas de 60 años y más, el envejecimiento demográfico es un hecho que está sucediendo en todas las regiones. Dos

tercios de las personas de más de 60 años ya viven en países de ingresos bajos y medios, y esto aumentará a cuatro quintas partes hasta el año 2050, dicho de esta manera, para esta fecha las personas más ancianas vivirán en los países en vías de desarrollo.⁴ Dado que las mujeres viven generalmente más que los hombres, hoy ellas constituyen la mayoría de la población de personas mayores, debido a que esta proporción aumenta con la edad, las mujeres representan el 62 % de las personas de 80 y más años. Los países de Latinoamérica y el Caribe experimentarán un envejecimiento demográfico sin precedentes. Para el 2030, el número de personas de 60 años y más triplicará el número de las que vivían en el 2000. El periodo en que la proporción de personas de 60 años o más se incrementará de 8 % a 15 % en América Latina y el Caribe, se producirá en 2/5 del tiempo que este incremento tardó en ocurrir en los Estados Unidos de Norteamérica, y entre 1 y 2/5 del tiempo que tomó a Europa Occidental para alcanzar una proporción similar.⁵

Cuba cuenta en la actualidad con 2 198 220 adultos mayores, si utilizamos el llamado índice de envejecimiento quedará mejor reflejado el por qué nuestro país exhibe uno de los envejecimientos mayores de América Latina y el Caribe. El proceso de envejecimiento de la población cubana ocurre fundamentalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX y se ha profundizado en las últimas décadas. Estos logros están sustentados por la voluntad política de los dirigentes del estado y a planes y programas del sector salud. El país ha transitado desde un 12,9% de personas de 60 años y más en el año 2000 y hasta un 19,8 % en la actualidad, serio problema que debe enfrentar toda la sociedad cubana, en particular el sistema de salud.⁶

Esta distribución constituye un reflejo del proceso de envejecimiento que atraviesa el país del cual no escapa la provincia de Cienfuegos

Este fenómeno encuentra explicación en diversos factores, entre los que se cuentan cambios en el ámbito económico, cultural y social, además de otros elementos particulares, como la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral, el retraso de la maternidad, la disminución de las tasas de natalidad y mayores expectativas de vida. Este creciente aumento de la población de adultos mayores, sumado al estilo de vida de éstos y generalmente a condiciones económicas deficientes, conlleva un mayor grado de vulnerabilidad de la salud del adulto mayor, afectando su autonomía, ya que se hace cada vez más dependiente de otras personas para realizar sus actividades de la vida diaria⁷.

En los últimos años, el cuidador informal de personas mayores dependientes, aquel que no es llevado a cabo por un profesional de la salud ni es remunerado y mayoritariamente realizado por familiares, se ha convertido en un tema de especial relevancia, tanto del punto de vista social como clínico. Aunque en ocasiones son varios los miembros de la familia los que atienden al familiar dependiente, lo cierto es que en la mayoría de las veces, el peso del cuidado recae sobre una única persona: el cuidador primario.⁸

Este rol generalmente es desempeñado por los familiares más cercanos, sobre todo en nuestro país, donde la familia representa el sistema de apoyo más importante. “El cuidado surge de compromisos emocionales sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo que busca bienestar de sus miembros”⁹

A pesar de ello, el atender a un enfermo por un tiempo prolongado representa un cambio sustancial para la vida de sus cuidadores, para el cual en la mayoría de los casos no se encuentran preparados.

El objetivo que pretendemos con la realización de este trabajo es fomentar la reflexión en el colectivo de personas que pudieran estar implicadas en la atención a esta población.

Desarrollo

La tarea de cuidar a un familiar mayor con algún tipo de dependencia, ya sea física o cognitiva, puede tener consecuencias negativas para el cuidador, debido a que conlleva a una sobrecarga que incrementa el riesgo de padecer importantes alteraciones emocionales y problemas físicos. Algunos autores como Vicenta Roig, Abengózar y Serra informan que el sexo, la edad y el nivel socioeconómico están relacionados de forma significativa con la capacidad para continuar proporcionando los cuidados.⁸

La mayoría de los estudios acerca del rol de la familia en el cuidado de personas mayores están enfocados en el miembro de la familia sobre el que recae la mayor parte de la responsabilidad, llamado el «cuidador principal o primario», dando un enfoque individual más que basado en la unidad familiar. Sin embargo, en el proceso de la dependencia, por su trascendencia, es importante dirigir la atención a la familia en su totalidad para conocer los cambios que suelen ocurrir en su unidad¹⁰⁻¹¹.

La teoría de sistemas de familia es uno de los marcos más influyentes en la atención a la familia y tiene un enfoque holístico. Se centra en los procesos que suceden en la familia y en la interacción entre subsistemas y suprasistemas. La familia es por tanto considerada como la unidad de cuidado. Así, la familia se considera el foco de atención y es vista como un sistema interaccional. La mirada se pone sobre la dinámica y las relaciones familiares internas, así como sobre la estructura de la familia y sus funciones. Sin olvidar las relaciones familiares entre los diferentes subsistemas, la totalidad del sistema y el contexto¹².

Durante los últimos años se han realizado diversos estudios relacionados con cuidadores de adultos mayores, que se han centrado principalmente en las consecuencias que su labor supone en los distintos ámbitos de su vida. Hay estudios que revelan problemas psicopatológicos, principalmente ansiedad y depresión, ya que atender a una persona senil hasta en sus más simples necesidades pueden resultar una tarea en extremo difícil y absorbente. Paralelamente, se han desarrollado otros estudios que han identificado variables relacionadas con el cuidado de ancianos discapacitados, las que actúan como mediadoras o moduladoras entre estos y las consecuencias emocionales en los cuidadores. Como fruto de estos estudios, se han encontrado variables que desempeñan un papel importante en este terreno, primordialmente el apoyo social.¹³

Sin embargo, a pesar de que para realizar una buena y completa valoración es importante conocer todos los aspectos relacionados con la interacción entre el cuidador y la persona cuidada o entre el cuidador y otros miembros de la familia, la realidad es que estos

aspectos no suelen tenerse en cuenta. Asimismo, muy rara vez se adopta en la investigación o en la práctica profesional una perspectiva de tipo familiar o sistémica.¹⁴

Cuando una persona mayor tiene algún tipo de dependencia por la que precisa ayuda, generalmente un miembro de la familia asume el rol de cuidador/a principal. La mayor probabilidad de desempeñar este rol la tiene el/la cónyuge, en el caso de que esté capacitado para ello. En el caso de que esto no ocurra, el rol recae normalmente en algún hijo adulto, generalmente en una hija. Estos numerosos cuidadores invisibles dedican una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo a la responsabilidad que han asumido, calculándose que más de la mitad de ellos dedican, como promedio, de 4 a 5 horas al día durante los 7 días de la semana al cuidado de su familiar.¹⁵

No cabe duda de que las personas dependientes requieren de una intervención continuada, basada en el apoyo y los cuidados, con lo cual, la dependencia se enmarca tanto en el ámbito sanitario como en el de los servicios sociales.

Teniendo en cuenta estos hechos, no puede sino aplaudirse lo que es una extendida decisión por parte de las familias de cuidar a sus miembros mayores dependientes. Esta decisión, a su vez, tiene un notable impacto económico y unas importantes implicaciones para la política social, ya que al reducir o evitar la utilización de recursos formales supone una disminución del gasto público.¹⁵

Como se ha evidenciado, el cuidado familiar representa el apoyo más importante que reciben estas personas. Por ello, los profesionales de la salud específicamente la enfermera y el médico de la familia, deberían incluir en sus acciones de promoción y prevención de salud tanto a la persona dependiente como a su familia que le cuida, si se quiere lograr un adecuado cuidado a esas personas. Asimismo, para mejorar la atención prestada a estas personas se debe mejorar a la vez la adecuación de los recursos ofrecidos a los cuidadores familiares, ofertando aquellos que sean necesarios en relación a su perfil y las actividades que realizan, es decir debe ser responsabilidad de la enfermera y el médico y del policlínico a que pertenecen de dotar a estos cuidadores de los recursos al menos mínimos para atender a estas personas.

Un enfoque sistémico de la familia es un modo de conocer la dinámica familiar y las preocupaciones acerca de la salud y la enfermedad a través de la vida diaria. Al considerar la familia como un sistema, se constatará que funciona como una unidad, a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos ¹²

Para Ursula Lehr¹¹, la familia no debe ser considerada como una entidad estática, sino que debe ser vista como un proceso dinámico interactivo a lo largo del ciclo de la vida. La evolución y los cambios que afectan a un miembro de la familia conllevan a su vez evolución y cambios en cada uno de los restantes miembros. Por todo ello, sólo con esta concepción dinámica se podrá abordar de manera adecuada la relación entre los miembros de distintas generaciones.

Ahora bien, si es cierto que los cuidadores constituyen un recurso valioso, también es cierto que se trata de un recurso vulnerable, ya que el compromiso de cuidar tiene generalmente importantes costos materiales, emocionales y de salud para los cuidadores que dedican sus capacidades a cuidar a su familiar de forma tan intensa y continuada como generalmente lo hacen.

En otros términos, existe un consenso generalizado entre los investigadores respecto a que la situación de cuidar a una persona mayor constituye una situación estresante. Más específicamente, podría considerarse que cuidar es una de las situaciones generadoras de estrés crónico más representativas.

Los cuidadores tienen miedo de ser testigos del sufrimiento y dolor de su familiar, a fracasar en su rol, a que las consecuencias negativas asociadas al cuidado afecten su forma de ser, a tomar decisiones equivocadas que lleven como consecuencia el malestar de los familiares.¹⁶

Los cuidadores “informales” en la mayoría de los casos no disponen de capacitación para cuidar o manejar este tipo de situaciones, no son remunerados por su tarea pero tienen un elevado grado de compromiso, caracterizado por el afecto en el trato y una atención sin límites. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, a diferencia de los cuidadores formales; quienes reciben un pago por sus servicios, cuentan con formación profesional y en el menor de los casos capacitación para proporcionar los cuidados. Los servicios de cuidado profesional se brindan en asilos, centros de día y en el hogar, por personal capacitado para ello. El grado de ayuda que requiere el adulto mayor con deterioro cognitivo depende del avance de la enfermedad, lo que implica contar con el conocimiento para desarrollar tareas con mayor eficiencia. A su vez, el asumir nuevas actividades para sustituir las funciones que realizaba la persona y adaptarse a un nuevo estilo de vida genera estrés en el cuidador, y a veces consigo un mal cuidado por desconocimiento acerca de la manejabilidad de la situación. Por lo que estos cambios ocasionan ansiedad, temor, sentimiento de culpa, irritabilidad, tristeza, alteraciones a la salud y sensación de impotencia al enfrentarse a dichas situaciones.¹³

La mayoría de los cuidadores primarios al responsabilizarse de las personas enfermas, ignoran toda la carga y las implicaciones que conlleva el cuidado. El cuidador primario progresivamente incrementa el tiempo de cuidado a la persona y disminuye el tiempo de descanso para él, con tendencia a la sobreprotección, lo que implica mayor tiempo, trabajo y dedicación, enfrentando los riesgos asociados a estrés y/o agotamiento. En un exhaustivo estudio realizado sobre la situación del cuidado informal en nuestro país, los cuidadores manifiestan que la limitación del tiempo libre y la reducción de las actividades sociales, el deterioro de su salud, la pérdida de intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales son repercusiones especialmente importantes que se derivan de su rol de cuidadores.¹⁵

La mayoría de las investigaciones analizan las consecuencias del cuidado por parte del cuidador y refieren al estrés como resultante negativo; pocas son las que centran su atención en las necesidades de aquel, aunque suelen estar implícitas, observándose un gran rezago en el conocimiento del tema, en particular las necesidades educacionales y la base empírica que las sustenta, además de no incluir el rol de la familia y la responsabilidad que ella tiene en estos casos.

Durante los últimos 15-20 años ha tenido lugar una extensa producción científica acerca de los efectos que tiene sobre los cuidadores el hecho de cuidar a personas mayores de su familia. Este cuerpo de conocimientos se ha desarrollado partiendo de un reducido número de estudios sobre el cuidado informal hasta llegar a un punto en el que el cuidado se ha convertido en un tema principal en la gerontología. Actualmente estos trabajos nos permiten afirmar que prestar asistencia informal a personas mayores con problemas de salud (funcionamiento físico, cognitivo, problemas de conducta, etc.) constituye una situación típicamente generadora de estrés en las personas encargadas de tal cuidado, con importantes consecuencias para su bienestar físico, psicológico y social.¹⁵

Las personas con enfermedad crónica son atendidas especialmente por integrantes de la familia, quienes en muchos casos no tienen la habilidad ni los soportes requeridos para asumir estas responsabilidades de cuidado, es por ello que la necesidad de ofertar a los pacientes un cuidado seguro, continuo e integral es prioritaria.

Los profesionales de salud de Atención Primaria pueden actuar como mediadores, para guiar a la familia, orientando la toma de decisiones relacionadas con el cuidado a la persona dependiente. En esta línea es importante escuchar, dejar que expresen sus sentimientos e inquietudes y tratar de ayudarles. Es responsabilidad de estos profesionales no sólo saber cómo deben cuidar a la persona dependiente, sino también cómo deben cuidarse dentro de la familia. Por ello es necesario apoyarles incorporándoles al proceso del cuidado, no solamente como un recurso, sino como personas que necesitan de asistencia para mantener su capacidad como cuidadores y contribuyendo así a mantener su bienestar y calidad de vida

Esto nos lleva inevitablemente hacia una valoración integral como instrumento de evaluación y a la necesidad de un modelo de cuidados que asuma la multidisciplinariedad y la coordinación como principios para la actuación. Dicho modelo debe tener una base profesional con equipos que tengan una formación adecuada en la evaluación de las necesidades de los ancianos dependientes y de sus familias que les cuidan, y un conocimiento de los recursos existentes.¹⁷

Consideramos oportuno crear un sistema de acciones integral que permita rehabilitar al cuidador específicamente al principal de la familia, pues como hemos planteado anteriormente es el que menos tiempo tiene para cuidar de su propia salud y bienestar físico pues cuando se lleva cuidando más de un año aparece el agotamiento y una de las justificaciones lo es el cansancio físico, algunas frustraciones, en ocasiones ausencia de apoyo de otros familiares que compartan esta tarea y se hace la labor aún más difícil, a esto se le suma que cuando se cuida a un anciano sin tener conocimientos de lo que trae el envejecimiento no se conoce que por la caducidad propia del organismo se pierden capacidades y habilidades.

Este será el único modo que permitirá poner en prácticas algunos de los principios inspiradores de la Ley que son, entre otros, la atención integral e integrada, la permanencia de las personas en el entorno en el que desarrollan su vida y la calidad de los servicios¹⁸.

Otro temas que consideramos oportuno señalar es que las mujeres adultas mayores están en desventajas por su relativamente menor asistencia a los recursos materiales y financieros, por dedicarse más a los quehaceres hogareños que al disfrute de los recursos a su disposición, regularmente asumen con mayor frecuencia el rol de cuidadoras y no el de cuidadas por su edad, no es infrecuente encontrar a una esposa cuidando a su pareja y ambos casi de la misma edad, otra modalidad ya encontrada con reiteración es una anciana cuidando a su hermano o hermana discapacitado, soltero o simplemente sin hijos.

En todas las dimensiones de la calidad de vida juega un papel fundamental la familia y el soporte que tenga el anciano, y por tanto, las acciones encaminadas a mejorarla debe ser sustentada por labores con la familia y personas que cuidan los mismos como son los cuidadores implicados en gran medida en la calidad de vida de los adultos mayores, se debe hacer énfasis en que es a esta edad cuando más se necesita de los familiares y amigos o personas dispuestas a ayudar a los gerontes.

Generalmente los ancianos requieren cada vez de más tiempo, más dedicación y no se observa mejoría de su estado. La vida de los cuidadores gira en torno al ser cuidado, pero está indisolublemente unida a otros miembros de la familia como hijos, cónyuge, hermanos y esto trae consigo abandonar por un tiempo primero, luego de manera indefinida otros intereses no menos importantes.^{19, 20}

No se nos puede olvidar que la familia como está compuesta por la persona cuidada, el cuidador y el resto de las personas que componen la unidad familiar. Trabajar con un enfoque unitario y sistémico en la familia significa trabajar fundamentalmente con la unidad familiar como grupo, y no sólo como la suma de sus miembros

Las múltiples y variadas responsabilidades del cuidado que requiere un anciano, dificultan que sus cuidadores puedan disponer del tiempo y las fuerzas necesarias para cuidarse a sí mismo. No obstante, los cuidadores que desean disfrutar de un mayor bienestar tanto emocional como físico, así como desarrollar un óptimo rendimiento en las tareas relacionadas como cuidador, necesitan valorar la importancia que tiene la tarea que realizan y aprender cómo hacerlo.²¹ Con dos grandes objetivos evitar su agotamiento al desarrollar este hermoso cuidado y que el adulto mayor se deleite de una alta calidad de vida

Conclusiones.

Podríamos concluir afirmando, que el cuidado informal, proporcionado por la familia, continúa siendo el eje central en el papel del cuidado, y para la mayoría de las personas mayores dependientes es la opción de cuidados preferida. Una mejora de la atención profesional a las personas que presentan algún tipo de dependencia así como a sus familias podría repercutir a medio y largo plazo en una disminución de los costos sanitarios, al crear enlaces entre los servicios sanitarios y sociales, y por lo tanto optimizar los recursos disponibles aumentando así la autonomía de las familias y disminuyendo sus limitaciones o sufrimientos. Asimismo, es importante destacar, como requisitos imprescindibles para un avance en la calidad de la atención, la rehabilitación del personal

encargado del cuidado del adulto mayor, como clave para mantener la calidad de vida de los mismos.

Referencias Bibliográficas.

1. Bejarano-Roncancio JJ, Ardila-Guzmán LSy, Montaña-Rodríguez A. Alimentación, nutrición y envejecimiento: un análisis desde el enfoque social de derechos. Rev. fac. med. [Internet]. 2014 Dez; 62 (Suppl1):73-79 Disponible en: <http://www.scielo.org.co>.
2. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura .Por qué la nutrición es importante. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición 19 - 21 de noviembre de 2014.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. Washington, D.C: OPS/OMS; 2013: Censo Nacional de Población y Viviendas. Cuba. ONE. Disponible en: http://www.cubagob.cu/otras_info/censo/graficos_mapas/anexo.htm
4. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015, El Impacto Global de la Demencia. un análisis de la prevalencia, incidencia, costos y tendencias. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/World-Report-2015-Summary-sheet-Spanish>.
5. Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2014, Informe en profundidad, pág.24,25. [citado 2017 Nov 05]. Disponible en: <http://www.oiss.org>.
6. Oficina Nacional de Estadística e Información. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. La esperanza de vida. 2011-2013. Cálculos para Cuba y Provincias por sexo y edades. La Habana, 2014. Disponible en: <http://www.one.cu>
7. Retamal-Matus H, Aguilar L , Aguilar M, González R, Valenzano S. Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile. Rev Psicogeriatría 2015; 5 (3): p. 119-124.
8. Milesi, V, Sotelo L M, Medina O. Relación entre las características del Cuidador Primario y las reinternaciones de Adultos Mayores. Rev. Fac. Med. UNNE XXXIV, 2014, I, 12-19.
9. Astudillo A., W. y Mendinueta A., C. Necesidades de los Cuidadores del Paciente Crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa, 1° ed., 2003. p 235-250. Recuperado de: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t91>.
10. Peisah C. Practical application of family and system theory in old age psychiatry: three case reports. Int Psychogeriatr 2006; 18: 345-353.
11. Cohen-Masfield J, Parpura-Gil A, Golander H. Salience of self-identity roles in persons with dementia: differences in perceptions among elderly persons, family members and caregiver. Soc Sci Med 2006; 62: 745-757.

12. Wright LM, Leahey M. Nurses and families: A guide to family assessment and intervention. 5º ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2009.
13. Hernández Zamora, Z E, Ehrenzweig Sánchez, Y. Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 2008, VOL. 13, NUM. 1: 127-142.
14. Losada A, Peñacoba C, Márquez-González M. Cigaran M. Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención con cuidadores familiares de personas con demencia. Madrid: Ediciones Encuentro, 2008.
15. Montorio Cerrato I, Fernández de Trocóniz, MI, López López A, Sánchez Colodrón M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Rev. anales de psicología*. 1998, vol . 14, Nº 2, p. 229-248.
16. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud .Anuario Estadístico de Salud, 45 ed. La Habana. Cuba, 2017.Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba>.
17. Fontanals M, Ancizu I, Pascual J. De la cronicidad a la dependencia. Definición y perspectiva histórica. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre implantación de un Sistema de Protección de la Dependencia 2005 enero 25, Valladolid.
18. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia 2006. BOE 299: 44142-44156.
19. Valer DB, Aire M, Fengler FL. Adaptación y validación del Inventario de Sobrecarga del Cuidador para uso en cuidadores de ancianos. *Rev Latino-Am[Internet]*. 2015 [citado 2015 abr 22]; [aprox 2p]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00130.pdf
20. Alfonso Urzúa M, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *TERAPIA PSICOLÓGICA [Internet]*. 2012. 30(1): [aprox 10 p]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
21. Baster Moro JC. Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública[Internet]*. 2012; 38(1): [aprox 3 p]

TÍTULO: FISIOPATOGENIA DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE BUCAL. ACTUALIZACIÓN.

Autor:

Carla María García San Juan, rubengn@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de tercer año de la carrera de Estomatología.

Coautores:

Carlos Moisés Méndez Castellanos, inv_up.fcm@ucm.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de cuarto año de la carrera de Estomatología.

Dra. MSc Magalys S. Salas Rodriguez, Hospital Pediátrico Universitario “Paquito Gonzalez Cueto” Especialista de I y II Grado en Cirugía Maxilo Facial. Profesora Auxiliar y Consultante.

Dr. José Daniel Gil Milá, Hospital Provincial Universitario “Dr Gustavo Aldereguia Lima” Especialista de I Grado en Cirugía Maxilo Facial.

Resumen:

El carcinoma epidermoide es un tumor maligno epitelial de etiología desconocida, cuya representatividad a nivel mundial y en América ha aumentado considerablemente. Existen una serie de factores de riesgo que podrían actuar como agentes carcinogénicos favoreciendo el desarrollo de la enfermedad a partir de una grupo de mecanismos fisiopatogénicos. Con el objetivo de describir los factores etiológicos y fisiopatogénicos responsables del desarrollo del Carcinoma Epidermoide Bucal se realizó una revisión actualizada de la bibliografía existente. Los artículos se identificaron a través de la búsqueda automatizada en las bases de datos de los sistemas referativos SCOPUS y GOOGLE. Fueron seleccionados 30 artículos originales. Se concluye que esta patología está asociada a estilos de vida no saludables sobre los cuales el Estomatólogo General Integral debe actuar para disminuir la incidencia de esta entidad acompañado del diagnóstico precoz a través de la implementación correcta del PDCB.

Palabras Clave: Carcinoma Epidermoide-Etiología-Patogenia

Introducción

La palabra cáncer es un término común para designar a todos los tumores malignos, que deriva de la palabra latina *canoer* (cangrejo), siendo Hipócrates (469 a 370 a.c) quien lo describió por primera vez, utilizando los términos *carcinos* y *carcinomas*, otros autores lo han definido como un proceso tumoral que ocurre en todas las poblaciones humanas y animales, apareciendo en los tejidos compuestos por células con potencialidad de división. (1)

Como entidad maligna tiene un gran índice de mortalidad, considerándose el hecho que cada año mueren en el mundo cuatro millones de personas por este padecimiento, de mantenerse dicha tendencia será considerada la primera causa de muerte en este siglo. (2)

Entre todos los tipos de cáncer, el bucal es la sexta causa de muerte más frecuente en el mundo y en Cuba el cáncer bucal está entre los diez tipos más comunes, con incidencia y mortalidad crecientes, según datos del Anuario Estadístico de Salud 2014. (3)

El cáncer oral es un problema para la salud pública. El 90% de este tipo de cáncer corresponde a carcinoma escamoso o espinocelular. Esta patología tiene una distribución mundial desigual, siendo los continentes de mayor incidencia, Asia del Sur y Sudeste y Europa del oeste y este, en donde los países con mayor incidencia son Francia y Hungría. Los países de mayor riesgo son Sri Lanka, India, Pakistán y Bangladesh, presentándose con mayor frecuencia en hombres. (4)

En Latinoamérica, la situación no es muy distinta. Las incidencias más altas se reportan en Argentina, sur de Brasil y Uruguay. El 30% de los casos se presentan en las capitales.

En Cuba el cáncer es la primera causa de muerte desde el año 2012 desplazando así a las patologías cardiovasculares; cambiar este panorama supone un reto para el Sistema Nacional de Salud Pública cubano el cual no se encuentra desprovisto de medidas y un programa bien fundamentado aplicado desde 1986, el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDPCB), único en el mundo por su cobertura nacional; que plantea entre sus funciones la pesquisa masiva de lesiones de la cavidad bucal a todos los sujetos mayores de 15 años con el objetivo fundamental de detectar lesiones premalignas y malignas en etapas incipientes que a pesar de manifestarse en un área anatómica visible y contar con un personal supuestamente calificado no deja de ser en nuestra actualidad un reto razón mas que suficiente para continuar su estudio. (3), (5)

En nuestro país en el año 2013, murieron 723 cubanos por este tipo de cáncer y se recoge en el Anuario Estadístico un total de 1167 casos diagnosticados con cáncer en localizaciones como; el labio, la cavidad bucal y la faringe. (6).

El cáncer bucal tiene una etiología multifactorial y muchos de los factores de riesgo han sido extensamente estudiados, entre ellos el consumo de tabaco y alcohol¹⁾ sin embargo, se conoce que varios factores pronósticos pueden influir sobre la supervivencia de los pacientes a la enfermedad. (3)

Es indiscutible el papel del odontólogo en la prevención primaria (promocionando un estilo de vida saludable) y secundaria (diagnóstico precoz) del cáncer oral, haciéndose imprescindible al tener en cuenta que en aproximadamente la mitad de los casos el cáncer oral va precedido por lesiones o condiciones precancerizables, por lo que un diagnóstico precoz de las mismas influirá notablemente en la tasa de supervivencia, reduciendo la morbilidad y mortalidad. Sin embargo, un gran porcentaje de tumores son diagnosticados en un estado de evolución muy avanzado conduciendo a la necesidad de tener que aplicar técnicas terapéuticas agresivas que alteran notablemente la calidad de vida de los enfermos. (7)

Por la importancia que reviste el conocimiento de los factores etiológicos y patogénicos del carcinoma epidermoide se plantea el siguiente **problema científico**:

¿Cuáles son los factores etiopatogénicos que determinan la aparición del carcinoma epidermoide bucal?

Objetivo:

Describir los factores etiológicos y fisiopatogénicos responsables del desarrollo del carcinoma epidermoide bucal.

Desarrollo

El carcinoma epidermoide es un tumor maligno epitelial con origen aparente en la propia epidermis desde donde se infiltra hacia la profundidad de los tractos irregulares de células espinosas atípicas anaplásicas. Dentro de sus formas de presentación encontramos la ulcera plana, mancha blanquecina, macula eritematosa, nodular submucosa, hundida o infiltrante, exofítica, excavada. (8), (9), (10)

I-Etiología del cáncer oral:

El cáncer es una enfermedad multifactorial causada por alteraciones en los genes mediante una amplia gama de mecanismos que involucran también factores no genéticos. (11)

Factores de riesgo.

Hábito de fumar

El efecto dañino del tabaco sobre la mucosa bucal se debe a que contiene unas 300 sustancias cancerígenas que se convierten en metabolitos activos capaces de interactuar con el ADN por la acción de enzimas oxidativas entre los que se destacan la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. (12)

Desde el punto de vista anátomo-patológico el humo del tabaco puede considerarse un estímulo subletal cuya actuación prolongada sobre las células de la mucosa oral provocan el desarrollo de una adaptación por parte de las mismas.

El epitelio de la cavidad oral cambia de epitelio estratificado plano no queratinizado a queratinizado, es decir de un epitelio menos resistente a uno de mayor resistencia a fin de hacer frente al estímulo lesivo. A esta adaptación se le denomina Metaplasia.

Si el estímulo no es eliminado la Metaplasia constituye un terreno fértil para el desarrollo de una Displasia que pudiera evolucionar a una futura Neoplasia.

El riesgo de desarrollar un cáncer no solo varía en función de la dosis y de la duración del consumo (el riesgo aumenta de manera significativa después de 20 años de consumo), sino también influye la forma de consumo y el sinergismo con el alcohol. Si ambos factores de riesgo están combinados existen mayores posibilidades de aparición de cáncer.

Consumo de alcohol

Aunque el mecanismo por el cual el alcohol produce cáncer bucal no está bien determinado es, junto con el tabaco, su principal factor etiológico. Se han propuesto varios mecanismos oncogénicos del alcohol: actúa como factor químico irritativo local, provoca una disminución del índice inmunitario, facilita la absorción de otras sustancias cancerígenas por su efecto cáustico sobre la mucosa bucal y su oxidación a acetaldehído, un cancerígeno que interfiere con la síntesis y reparación del ADN. (13), (14)

Factores Dietéticos

Las deficiencias nutricionales, sobre todo de vitaminas y minerales, favorecen la aparición del cáncer de la cavidad bucal. La condición nutricional más importante asociada al cáncer bucal es la anemia ferropénica. En el déficit de hierro se encuentra una atrofia de la mucosa, que asociada a otros factores de riesgo puede incrementar la actividad mitótica y disminuir la capacidad de reparación del epitelio.

Factores Ambientales

Los factores ambientales como las radiaciones ionizantes de fuentes naturales o terapéuticas o accidentes nucleares contribuyen al riesgo de cáncer, aunque existen pocos datos sobre el cáncer bucal. El cáncer de labio es más frecuente en personas de piel blanca expuestas a los rayos solares. En personas predispuestas, el sol puede provocar queilitis exfoliativa o queratosis solar en los labios, sobre todo, en el labio inferior. La mayoría de estos carcinomas se inician sobre queilitis crónicas y, dentro de ellas, la de mayor grado de malignización son las de origen actínico. (15)

Factores infecciosos

Infecciones bacterianas y micóticas

Las infecciones bacterianas, micóticas y virales se vinculan al surgimiento y desarrollo de los cánceres bucales por diferentes mecanismos, no del todo esclarecidos. (6)

II-Fisiopatogenia

Bases Moleculares del Cáncer Oral

Carcinogénesis

La **carcinogénesis** es el mecanismo a través del cual se desarrolla una neoplasia maligna. (7) Los protooncogenes son secuencias génicas que codifican las proteínas que controlan el crecimiento y diferenciación celular. El resultado de la alteración de la secuencia génica del **protooncogén**, por mutación, amplificación o reordenamiento cromosómico, se conoce con el nombre de **oncogén**. (7)

Ciclo Celular

La acción de diversos oncogenes, aparece implicada en fenómenos de proliferación, diferenciación y supervivencia celular, así como en la capacidad de diseminación y metástasis de las células neoplásicas. (7)

Los oncogenes codifican proteínas llamadas oncoproteínas, similares a los productos normales de los protooncogenes, salvo que las oncoproteínas carecen de algunos elementos reguladores importantes y su producción no depende de factores de crecimiento ni de otras señales externas. (7)

Los receptores de crecimiento son proteínas transmembrana que sufren una activación transitoria cuando el receptor capta a su factor de crecimiento específico, a lo que sigue rápidamente la mitosis. Las versiones oncogénicas de estos receptores sufren activaciones persistentes sin necesidad de unirse al factor de crecimiento correspondiente. De esta forma, el receptor mutante libera hacia la célula continuas señales que estimulan la mitosis. (7)

Gen p53

Este gen, en condiciones de normalidad, codifica una fosfoproteína nuclear (proteína natural o salvaje) que actúa como un regulador negativo de la proliferación celular mediante una acción compleja, puesto que al mismo tiempo actúa como factor de transcripción, interruptor del ciclo celular e inductor de apoptosis. Cuando ocurren mutaciones en p53, se produce una síntesis anormal de proteína, proteína p53 mutada, que tiende a estabilizarse y acumularse en el núcleo. Esta proteína mutada pierde su capacidad supresora del crecimiento celular. La regulación negativa del p53

sobre la replicación ocurre ante diferentes tipos de agresiones en el ADN, aumentando entonces la cantidad de proteína nuclear p53. La consecuencia inmediata del incremento de p53 es la detención del ciclo celular en G1, actuando mientras los mecanismos de reparación del ADN. (7)

Si la reparación del ADN es satisfactoria, p53, activará a un gen denominado mdm2, cuyo producto se une e inhibe a la propia p53, levantando así el bloqueo celular. Si las alteraciones del ADN son muy extensas y el daño no puede ser reparado, la proteína p53 puede inducir el inicio de muerte celular fisiológica (apoptosis). De esta forma, la proteína salvaje p53 actúa como un verdadero guardián de la integridad del genoma, estableciendo la posibilidad de que las células dañadas reparen su ADN, previniendo la inestabilidad genómica. (7)

La p53 bloquea el ciclo celular mediante la inducción de la proteína **p21**, inhibidora de las CDK. La p21 bloquea la transición G1-S y bloquea también directamente la replicación del ADN en la fase S del ciclo celular mediante la inhibición de la actividad de la proteína PCNA sobre la ADN polimerasa α . También se ha visto como la p21 puede actuar por otro mecanismo independiente de la p53. (7)

El gen p53 bloquea también la angiogénesis, posible favorecedora del desarrollo y la diseminación tumoral, a través de la secreción de trombospondina-1 (TSP-1) por parte de los fibroblastos; de esta forma, en las células transformadas, la ausencia de p53 favorecería la inducción de la angiogénesis mediante una disminución de la secreción de TSP-1. (7)

A partir de lo analizado anteriormente se puede apreciar que el carcinoma epidermoide se desarrolla como resultado de la acumulación de errores genéticos, donde las mutaciones y acumulación en el interior de la célula del gen supresor de tumores p53, es el más común en todos los cánceres humanos. Esto da lugar a una sobreproducción de la proteína p53 inactiva que se acumula en las células epiteliales perdiendo su capacidad supresiva.

Conclusiones:

El conocimiento de la fisiopatogenia y de los factores etiológicos que inciden en la aparición del carcinoma epidermoide bucal para los estudiantes de estomatología y los estomatólogos del primer nivel de atención, resulta indispensable para lograr mediante la implementación correcta del Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) el diagnóstico y la remisión precoz y oportuna al segundo nivel de atención,; contribuyendo de esta manera a la disminución de la incidencia de dicha enfermedad.

Referencias bibliográficas:

1. Pérez C, Calunga M, Dieste H, Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2014 [citado 15 Abr 2016]; 43(1): [Aprox. 16 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100007
2. Celedón C. Reflexiones de algunos aspectos éticos de la asistencia en el paciente oncológico terminal de cabeza y cuello. RevOtorrinolaringolCir Cabeza Cuello [Internet]. 2012 [citado 30 Jun 2014]; 72(2): [Aprox. 7p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162012000200013&script=sci_arttext&lng=en
3. Torres Morales Y, Rodríguez Martín O, Herrera Paradelo R, Burgos Reyes GJ, Mesa Gómez R. Factores pronósticos del cáncer bucal. Revisión bibliográfica. MEDICIEGO [Internet]. 2016 [citado 16 Mayo 2017]; 22(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/419/1007>
4. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncology. 2009; 45: 309-16.
5. Pérez Hernández A, Carmona Fernández E, Velázquez Martínez A. Morbilidad del carcinoma epidermoide de lengua en Pinar del Río, 2000-2016. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2016 [citado 16 Mayo 2015]; 20 (6): [aprox. 13 p.]. disponible en: Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2832>
6. Miguel Cruz PA. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 [citado 16 Mayo 2017]; 53 (3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1030/303>
7. García García V, González-Moles MA, Bascones Martínez A. Bases moleculares del cáncer oral: Revisión bibliográfica. Av Odontoestomatol [Internet]. 2005 Dic [citado 16 Mayo 2017]; 21(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852005000600002&lng=es
8. Guzmán P, Villaseca M, Antonio L, Araya J, Aravena P, Cravero C, et al. Carcinoma epidermoide oral y orofaríngeo: Estudio clínico-patológico. Rev Chil Cir [Internet]. 2011 Jun [citado 10 Abr 2017]; 63(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000300003&lng=es
9. Gaviria LA, Monsalve BM, Monsalve PA, Peláez MC. Caracterización del cáncer oral en 127 muestras tomadas en laboratorios de la ciudad de Medellín de 1999 al 2003. CES Odontol [Internet]. Jul. 2006 [citado 14 Abr 2017]; 19(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/resources/lil-454843>

10. Ortega P. Actualización en metástasis ganglionar de carcinoma escamoso de cabeza y cuello: Disección ganglionar, ganglio centinela y técnicas de biología molecular. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2008 Abr [citado 10 Abr 2017]; 68(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162008000100010&lng=es. doi: 10.4067/S0718-48162008000100010.
11. Verdecia Jiménez AI, Álvarez Infantes E, Parra Lahens J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM [Internet]. 2014 [citado 24 Abr 2016];18(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es
12. Vargas-Ferreira F, Nedel F, Etges A, Gomes AP, Furuse C, Chaves Tarquinio SB. Etiologic factors associated with oral squamous cell carcinoma in non-smokers and non-alcoholic drinkers: a brief approach. Braz Dent J [Internet]. 2012 [cited 16 Mayo 2017]; 23(5): [aprox. 13 p.]. Disponible en: : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402012000500020&lng=en
13. García Kass AI, Domínguez Gordillo AA, García Núñez JA, Cancela Rivas G, Torres Salcines J, Esparza Gómez GC. Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. Av Odontoestomatol [Internet]. 2013 [citado 16 Mayo 2017]; 29(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000500005&lng=es
14. Batista Marrero K, Niño Peña A, Martínez Cañete M. Rol de los factores ambientales en la aparición del cáncer bucal. CCM [Internet]. 2014 [citado 16 Mayo 2017];18(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300014&lng=es
15. Gheno JN, Martins MA, Munerato MC, Hugo FN, Sant'anaFilho M, Weissheimer C, et al . Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. Braz Oral Res [Internet]. 2015 [cited 16 Mayo 2017]; 29(1):4-4. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242015000100289&lng=en

FORMACIÓN CIENTÍFICA DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA A TRAVÉS DEL CURSO ELECTIVO DE ELECTROCARDIOGRAFÍA.

Sandra Williams Serrano,¹ Idioel Abreu La Rosa,² Rubén García Núñez,³ Leticia Seoane Monzón,⁴ Judeny Colls Cañizares⁵

¹ sandraws@jagua.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Master en EDUMED, Medicina Bioenergética y Natural

² medialr951118@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Estudiante de Cuarto Año de Medicina

³ rubengn@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Master en EDUMED

⁴ vddf@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Master en Educación

⁵ mf4710@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Resumen

Este artículo considera el desarrollo de la actividad científica estudiantil de manera dosificada durante el curso electivo de Electrocardiografía impartido al 3er año de Licenciatura en Enfermería. Se valoran planteamientos afines al desarrollo de la investigación plasmados en los lineamientos de trabajo del Partido Comunista de Cuba, de la importancia de la investigación en el proceso de enseñanza aprendizaje, su vinculación con el contenido y con los problemas de salud que deberá enfrentar el egresado. Se abordan referentes teóricos y resultados de investigaciones realizadas por los autores. Se propone identificar las características electrocardiográficas en los principales problemas cardíacos a manejar por el personal de enfermería y orientar un sistema de acciones progresivas para la ejecución de las investigaciones estudiantiles relacionadas con los temas seleccionados. Se concluye que es necesario trabajar en la motivación para desarrollar un trabajo sistemático y mantener el clima organizacional que estimule la actividad científica estudiantil

Palabras clave: aptitud, dominios científicos, estudiantes de salud pública, investigación biomédica

Introducción

Los centros de educación médica superior, se enfrentan cada vez más al desafío del rápido desarrollo científico-técnico, lo que demanda de su preparación continuada, para una contribución eficiente al logro del modelo del profesional al que se aspira en la especialidad de Enfermería, el cual declara la actividad investigativa como una de las funciones del futuro egresado y al analizar el componente investigativo del currículo, se constata la relación estrecha entre lo problémico y lo investigativo que se pone de manifiesto tanto en lo académico como en lo laboral del proceso donde se logra lo sistémico entre los componentes del proceso docente educativo al abordarse los problemas de salud que deberá abordar el licenciado en enfermería.

En conformidad con los pasos para el perfeccionamiento, tanto del Sistema Nacional de Educación como del Sistema Nacional de Salud, expresados en los Lineamientos de la política económica y social del partido y la Revolución¹ se insiste en la necesidad y obligación moral de formar egresados del sistema, integralmente desarrollados, que apliquen en la práctica los conocimientos alcanzados, solucionen los problemas con

creatividad y con altos valores humanos, lo que pone de manifiesto la calidad del sistema educacional de salud.¹

En la Unión Europea, desde la última década del siglo XX se inició un movimiento de revisión sobre la misión de la Universidad en la sociedad del conocimiento, y se consideró a la investigación como la tercera función incorporada a las tradicionales en el ámbito de tres ejes vertebradores: innovación, emprendimiento y compromiso social lo que justificó una estrategia para lograrlo, tema de importancia capital, dados los objetivos planteados para la universidad europea para el 2020 de una Europa del Conocimiento para el Crecimiento.²

Universidades de Latinoamérica, constatan pobre definición de un objetivo dirigido a la formación investigativa y un bajo número de publicaciones científicas.³ Dávila, en Venezuela, considera a la investigación científica como un proceso que combina razonamiento y experiencia, que favorece el abordaje de nuevos problemas por lo que requiere una permanente y profunda revisión epistemológica y metodológica a todos los niveles a través de puntos de encuentro disciplinario, interdisciplinario y transdisciplinarios, por su parte en México, Gómez López valora la utilidad de la lectura crítica y señala que se requiere capacitar a los docentes en esta estrategia educativa.^{4, 5}

Los autores de este trabajo consideran que este accionar tendría una gran relevancia en el pregrado para garantizar el mejor aprovechamiento de los estudiantes.

En Cuba múltiples investigadores señalan la significación de la necesaria enseñanza de la investigación científica en los centros universitarios en general y en Ciencias Médicas y se constata que aunque el currículo de Medicina declara la importancia de la actividad científica en la formación integral del Médico General, en Santa Clara se presentan insuficiencias para el logro de las habilidades investigativas, que declara el modelo del profesional; se aprecia carencias en el establecimiento de nexos inter y multidisciplinarios desde una perspectiva integradora que considere los requerimientos de los años y la contribución de las disciplinas en este empeño e identifican como habilidades deficientemente desarrolladas: la formulación incorrecta del problema científico, objetivos e hipótesis, y en menor grado, las asociadas a la comunicación científica de los resultados.⁶

También en Santa Clara, se comparte la opinión expresada en varios estudios, al considerar a la investigación debe ser trabajada con intencionalidad, rigor y organización al ser un componente fundamental en el proceso de desarrollo profesional por su función productora de nuevos conocimientos que enriquecen la cultura profesional del docente y son fuente de actualización del contenido del proceso formativo a su cargo ⁷ donde los estudiantes identificaron los aspectos metodológicos como la temática a priorizar en la investigación para enfrentar el proceso investigativo estudiantil y consideran de utilidad la adquisición de los conocimientos sobre metodología de la investigación, así como su inclusión en el currículo de Medicina.⁸

Casanova Moreno y cols han verificado como mínimas, las publicaciones e investigaciones pedagógicas en la mayoría de los docentes del claustro de la asignatura Salud Pública en comparación con el resto de las temáticas científicas, ello apunta hacia las necesarias acciones docentes que benefician la preparación pedagógica, como necesidad indiscutible, ⁹ en lo que los autores consideran la posible

valoración uso del método investigativo durante el desarrollo del procesos docentes. En este sentido, Rodríguez Abrahantes señala que en la universidad médica actual es necesario utilizar nuevos y adecuados métodos pedagógicos y didácticos para asumir el liderazgo en la realización de importantes investigaciones que contribuyan a elevar la calidad de las acciones de prevención y promoción y la atención médica en esta instancia.¹⁰

En Cienfuegos desde la asignatura de Metodología de la Investigación Científica se diagnosticaron las mayores insuficiencias en las habilidades relacionadas con la revisión adecuada de la bibliografía, la identificación y formulación del problema científico, la determinación y operacionalización de las variables del estudio, así como la defensa oral de los informes¹¹ y al evaluar el impacto de la actividad científica en los resultados de la asignatura Morfofisiología III, se constató falta de la sistematicidad requerida para el tutelaje de los estudiantes lo que pudo influir negativamente en el impacto que la operacionalización de las habilidades investigativas pudiera representar para garantizar la calidad de los resultados docentes.¹²

En este sentido Valcárcel insiste en que los programas de formación deberán manejar métodos docentes diversificados enfocados al aprendizaje, las tutorías, la evaluación del conocimiento y las nuevas tecnologías,¹³ de manera que una intervención pedagógica contribuye a la búsqueda del perfeccionamiento lo cual exige un acercamiento hacia los referentes teóricos en pos de una mejor fundamentación práctica mientras se definen las pautas a seguir para la selección de las alternativas de cambio teniendo en cuenta los estándares internacionales para la educación médica que demandan formar a los alumnos con un profundo pensamiento científico y los métodos de investigación.¹⁴

Desde otro punto de vista, las enfermedades cardiovasculares que generan alteraciones electrocardiográficas, tienen alta incidencia en el cuadro de salud, por lo que su identificación y adecuado manejo involucra a los miembros del equipo de salud, donde el licenciado en enfermería desempeña un papel primordial, por su compromiso en el proceso de atención que genere gran parte del tiempo en contacto con el paciente y que según datos de la OMS se calcula que en 2013 murieron por enfermedades cardiovasculares 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los accidentes vasculares encefálicos. En el 2015 estas entidades ocasionaron 15 millones de defunciones, la cardiopatía isquémica fue la causa de casi 9 millones de defunciones y ambas han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años.^{15,16}

En los Estados Unidos de América se producen cada año 1,5 millones de IMA, lo que representa alrededor del 30 % aproximadamente de la mortalidad; en Alemania, 113 mil personas y en España las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte para los dos sexos y para todas las edades¹⁷ y el aumento en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares prevista para Latinoamérica en las próximas tres décadas alcanza el 140%.¹⁸

En Cuba, desde hace más de 40 años, las enfermedades del corazón constituyen las primeras causas de muerte en todas las edades.¹⁹ Representaron en el año 2017 una tasa de 241.6 por 100 000 habitantes, de las cuales el 64.9 % ocurre por enfermedades isquémicas y de ellas, el 45.3 % por infarto agudo del miocardio,²⁰ mientras en la

provincia de Cienfuegos, en el año 2016, las enfermedades del corazón representaron una tasa de 227.1 por 100 000 habitantes y el IMA fue la causa de 365 fallecimientos.²¹ Así la utilización de un curso electivo de Electrocardiografía, relacionado con los problemas señalados, representa una oportunidad para fomentar de manera sistemática la estimulación de la formación de habilidades investigativas, al ser aprovechado conscientemente por los docentes involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje.

En este sentido, los autores consideran de importancia la diversificación de los métodos de enseñanza aprendizaje, la aplicación del método investigativo, así como la concreción de una tutoría que garantice desarrollo de las investigaciones estudiantiles, como sucede en Cuba.

Problema científico

A pesar de las reflexiones anteriores se impone esclarecer cómo estimular la formación de habilidades investigativas sistemáticamente a partir de un curso electivo de Electrocardiografía abordando problemas de salud relacionados con la temática e impartido de manera extendida durante el 3er año de licenciatura en Enfermería, curso 2018-2019

Justificación

La preparación y dominio del método científico, que apoya a la investigación orientada, tiene un impacto positivo en el desarrollo de lógica en los procesos mentales que se establecen durante el proceso de enseñanza- aprendizaje.

La implicación del personal de enfermería en el proceso de atención al paciente con trastornos cardiovasculares que se traducen en alteraciones electrocardiográfica, exige de un dominio del tema para garantizar la adecuada atención a los pacientes.

Objetivos

- Orientar un sistema de acciones progresivas a lo largo de la asignatura para la ejecución de las investigaciones estudiantiles relacionadas con los problemas de salud seleccionados capaces de afectar las características del electrocardiograma.

Desarrollo

Plan de Estudio de Enfermería

En el plan de estudio queda bien definida la exigencia que, para la formación del profesional de enfermería, se genera teniendo en cuenta el desarrollo actual del conocimiento orientado a la formación de profesionales de perfiles amplios, que luego se especialicen en perfiles más estrechos a través de las formas de postgrado establecidas ya sea académico o de educación permanente, de manera que los capacite para enfrentar los problemas del profesional de enfermería²²

Entre los problemas generales de Enfermería, los autores de este trabajo seleccionan a los siguientes para los cuales el egresado está legalmente autorizado para hacerlo, corresponden enteramente a su área de competencias y reafirman su autonomía profesional y cito:²²

1. Alteración en la satisfacción de las necesidades de la persona sana o enferma.
2. Respuesta clínica y humoral ante acciones diagnósticas y terapéuticas de diferente naturaleza.
3. Situaciones problemáticas en el objeto de trabajo que tributan a problemas científicos de la profesión y otros campos afines.

El plan de estudio define que los problemas profesionales de enfermería van a proporcionar el crecimiento potencial de los conocimientos en el egresado lo que le permitirá adentrarse en el abordaje a las exigencias tecnológicas actuales para la identificación y solución de los problemas durante el cumplimiento de su encargo social valiéndose del método investigativo.

Estructura del plan de estudio.

El plan de estudio tiene una duración de 5 años. Se estructura en disciplinas, semestres, años académicos y ciclos; en dicho currículo se plasman disciplinas de formación general como: Informática en Salud, Filosofía y Salud, Educación física, Inglés, Historia de Cuba y de la Enfermería, de formación básica como Morfofisiología Bioquímica, así como otras específicas como , Enfermería, Farmacología, Atención de Salud en desastres, Medios diagnósticos y Psicología.²²

Plan del Proceso Docente

En el plan del proceso docente correspondiente al segundo semestre de 3er año y que está vigente a partir del curso escolar 2014-2015 quedan conformadas las asignaturas a impartir, donde se refleja el curso electivo que sustenta este trabajo.²²

Carrera: Licenciatura en enfermería. Tipo de curso: Regular Diurno 3er Año. 2do Semestre		
Asignatura	h/c	EF
Enfermería Pediátrica *	460 (348 ET+100 C) 96 GE (12hx8s)	SI
Filosofía y Sociedad II	54	SI
Inglés VI	64	SI
Curso propio de Enfermería	60	SI
Curso optativo/electivo	46	SI

Leyenda:

EF: Examen final ET: Educación en el trabajo
 C: conferencia GE: guardia estudiantil

Actividades extracurriculares ²²

Según se plasma en el plan de estudio, la actividad científica estudiantil, que tiene como objetivos generales desarrollar motivaciones, habilidades y hábitos de investigación, además de propiciar la participación de los estudiantes en eventos científicos queda relegada a la esfera extracurricular, como algo complementario al desarrollo curricular.

Esta concepción ~~en el plano extracurricular, de la actividad científica estudiantil,~~ que por demás es una forma organizativa docente, propicia la tendencia a su ejecución de manera saltatoria en respuesta a la celebración de jornadas científicas estudiantiles y otros eventos, lo que no permite que el uso del método científico se ponga de manifiesto de manera sistemática y consciente para la solución de los problemas que a diario enfrentan al abordar los contenidos que se imparten.

Se toma en cuenta esta reflexión y se propone tratar de estimular a través del curso electivo de electrocardiografía el desarrollo de la actividad científica estudiantil de manera progresiva. A continuación se exponen algunos aspectos relacionados con este curso.

Programa curso electivo: Actualización en Electrofisiología Cardíaca Normal y Patológica

Objetivos del curso electivo de electrocardiografía

- 1.- Interpretar expresiones funcionales del aparato cardiovascular en el adulto joven relacionadas con la excitabilidad y conducción del impulso eléctrico en el miocardio, teniendo en cuenta los mecanismos reguladores, con un nivel de profundidad tisular.
- 2.- Interpretar expresiones patológicas del aparato cardiovascular en el adulto joven relacionadas con la excitabilidad y conducción del impulso eléctrico en el miocardio, teniendo en cuenta los mecanismos reguladores, con un nivel de profundidad tisular.
- 3.- Predecir las acciones preventivas a desarrollar por el personal de enfermería en dependencia de los factores de riesgo identificados al abordar las diferentes entidades nosológicas que cursan con alteraciones electrocardiográficas con un nivel de profundidad tisular.
- 4.- Desarrollar las acciones del personal de enfermería establecidas en el plan de atención al paciente con trastornos cardíacos abordados en el curso, según el nivel de enfermero general.
5. Brindar orientación sistemática para el perfeccionamiento de la actividad investigativa estudiantil vinculada al contenido impartido

Plan temático del curso por horas y forma organizativa docente

No. Tema	C	CT	CP	ET	E	Total
1. Excitabilidad del músculo cardíaco	10	2				12
2. Registro y lectura del EKG	4	6	2			12
3. Alteraciones electrocardiográficas. Medidas de promoción y prevención por el personal de Enfermería	6	4		8		18
Evaluación					4	4
Total	20	12	2	8	4	46

Leyenda: C: conferencia CT: clase taller. CP: clase práctica ET educación en el trabajo
E: evaluación

Estrategia docente.

El curso será impartido en locales de la Facultad de Ciencias Médicas y el Servicio de Cardiología en dos frecuencias semanales de dos turnos durante 18 semanas. Las formas organizativas docentes serán las conferencias, clases taller y clases práctica, educación en el trabajo y la evaluación final mediante la presentación de un trabajo referativo que puede ser una revisión bibliográfica pero preferentemente un tema libre.

Se les presentó un banco de problemas para el desarrollo de la actividad científica estudiantil, que se sintetiza a continuación:

1. Incidencia de cardiopatías en el cuadro de salud en Cienfuegos. Reflexión necesaria. Intervención comunitaria en enfermedades cardiovasculares en Cienfuegos. Papel del enfermero.
2. Hipertensión arterial. Fisiopatología y atención integral al paciente. Promoción y prevención de la hipertensión arterial. Incidencia de factores de riesgo de hipertensión arterial en edad pediátrica. Proceso de atención de Enfermería en pacientes

hipertensos. Fundamentación científica de los cuidados de enfermería en pacientes hipertensos

3. Incidencia de factores de riesgo de cardiopatía isquémica. Promoción y prevención de la cardiopatía isquémica. Fisiopatología y atención integral al paciente. Proceso de atención de Enfermería en pacientes con cardiopatía isquémica Fundamentación científica de los cuidados de enfermería.
4. Incidencia de factores de riesgo de arritmias en Cienfuegos. Fisiopatología y atención integral al paciente. Promoción y prevención de Arritmias. Fundamentación científica de los cuidados de enfermería en pacientes con Arritmias.

Programación de actividades para el desarrollo de la actividad científica estudiantil (ACE)

Semana	Actividad para trabajo investigativo	Fecha
1	Presentación de banco de problemas para el desarrollo de la ACE.	12-16/2
2	Selección de los temas y conformación de los equipos	19-23/2
3	Presentación de programa de revisión de la ACE	26/2-3/3
4	Evolución histórica del problema científico	5-9/3
5	Revisión del planteamiento del problema científico y su fundamentación	12-16/3
6	Revisión de los objetivos	19-23/3
7	Material y método	26-30/3
8	Revisión de la contrastación de las fuentes	2-6/4
9	Fundamentación teórica	9-13/4
10	Revisión de la posición del autor	23-27/4
11	Revisión de las conclusiones	30/4-4/5
13	Revisión de las referencias bibliográficas. Normas de Vancouver	14-18/5
14	Revisión de los anexos	21-25/5
15	Requisitos para la presentación	28/5-1/6
17	Consulta y Entrega de trabajo final	11-15/6
18	Discusión de trabajo final	18-23/6

Los autores de este trabajo toman en consideración que a partir de la incidencia de diferentes entidades nosológicas que afectan a la población del mundo, Cuba y Cienfuegos en lo particular, se justifica la sensibilización hacia el manejo de las principales variaciones que se producen en el electrocardiograma que pueden ser dominadas por el personal de enfermería que se forma de manera que estén capacitados para desencadenar estrategias hacia la toma de medidas pertinentes y ajustadas al tiempo necesario teniendo en cuenta la vulnerabilidad del paciente y las consecuencias de una demora en las acciones para el tratamiento del paciente con problemas cardiovasculares. Se insiste en este curso en las modificaciones electrocardiográficas que se producen en el paciente hipertenso, así como en los casos de la cardiopatía isquémica y las arritmias al tomar en consideración la incidencia de estas enfermedades.

Para contribuir a la formación investigativa en el desarrollo de proceso de enseñanza en los estudiantes se orientaron las acciones que de manera gradual ellos debía ejercer para ir redactando el tema seleccionado para presentar como evaluación del curso.

Esta información se brindó desde la primera semana de clase y está contenida en la primera carpeta semanal del grupo. No obstante todavía no se logra un trabajo sistemático de los estudiantes a pesar de que se les advirtió que la entrega según la programación tendría incidencia en la evaluación final de la asignatura.

Esto demuestra que el accionar del colectivo de docentes tanto tutores como de manera general debe ser más intencionado para motivar a los estudiantes en cuanto a la importancia de la actividad científica, para favorecer los procesos lógicos del pensamiento.

Conclusiones

- A partir de la incidencia de enfermedades cardiovasculares que afectan a la población y exhiben alteraciones electrocardiográficas, se realizó una selección teniendo en cuenta la relación estrecha entre el paciente y el personal de enfermería, e informar a los estudiantes acerca de las características electrocardiográficas en dichas entidades nosológicas, lo cual podrá favorecer el desarrollo de estrategias pertinentes durante el cumplimiento de su encargo social.
- A pesar de la programación para el desarrollo de la actividad científica, de manera progresiva con entrega sistemática del estado de la temática de investigación seleccionada por los estudiantes, de manera general no ha existido una respuesta que denote una óptima motivación y solo algunos estudiantes van realizando las tareas.
- Esta conducta impone desarrollar un trabajo más intencionado por el colectivo de docentes de manera tal que exista un clima organizacional que estimule el desarrollo sistemático de la actividad científica estudiantil y no su desarrollo saltatorio, de evento en evento o al final de las asignaturas que llevan como evaluación final la presentación de trabajos referativos.

Referencias bibliográficas

1. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. (Resolución del VI Congreso del PCC). 2011. Disponible en: www.congresopcc.cip.cu
2. Bueno Campos E, Casani Fernández de Navarrete F. La tercera miión de la universidad, enfoques e indicadores básicos para su evaluación. Revista Economía Industrial [Internet] 2007 [citado 10 Abril 2017]; 366. [aprox. 19 p]. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=580582>
3. Miyahira Arakaki JM. La investigación formativa y la formación para la investigación en el pregrado. Rev Med Hered [Internet] 2009 [citado 10 Abril 2017] 20(3) p: 1018-130. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?sCript=sci_arttext&pid=S1018-130X2009000300001
4. Dávila Newman G. El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. Laurus [Internet] 2006 [citado

- 10 Abril 2017]; 12: 180-205. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/761/76109911>
5. Gómez López VM, Rosales Gracia S, García Galaviz JL. Percepción de la utilidad de la lectura crítica en el aprendizaje de la investigación médica en posgrado. Educación Médica Superior [Internet] 2016 [citado 10 Abril 2017]; 30(4). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/729/435>
 6. González Capdevila O, González Franco M, Cobas Vilches ME. Las habilidades investigativas en el currículo de Medicina. Una valoración diagnóstica necesaria. EDUMECENTRO. [Internet] 2010 [citado 10 abril 2017]; 2(2): 66-78. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/75/153>
 7. Gallardo Sánchez Y, Núñez Ramírez L. La actividad científica: espacio idóneo para la colaboración en ciencias médicas. EDUMECENTRO [Internet] 2016 [citado 10 Abril 2017]; 8(1):181-186. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/670>
 8. Roque Herrera Y, Blanco Balbeito N, Del Rosario Criollo A, Ugarte Martínez Y, Reyes Orama Y. Experiencias de una estrategia pedagógica para desarrollar habilidades investigativas en estudiantes de Medicina. EDUMECENTRO [Internet]. 2012 [citado 10 abril 2017]; 4(1):65-73. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/156/316>
 9. Casanova Moreno M, Trasancos Delgado M, Ramírez Pérez N, Concepción Royero M, Prats Álvarez O. Preparación pedagógica y producción científico educacional en profesores de Salud Pública. EDUMECENTRO [Internet]. 2013 [citado 10 Abril 2017]; 5 (3):82-94. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/251>
 10. Rodríguez Abrahantes TN, Rodríguez Abrahantes A, García Pérez M. La investigación y su contribución formativa en estudiantes de las ciencias médicas. EDUMECENTRO [Internet] 2016 [citado 10 Abril 2017] 8(1) 143-158. Disponible en: http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/601/pdf_129
 11. Sánchez Ortiz L, Melián Rivero H, López González E, Rojas Rodríguez Y, Quintero Argudín J, Bello Benet MI. Caracterización de las habilidades investigativas en estudiantes de la enseñanza técnica profesional de ciencias médicas. EDUMECENTRO [Internet]. 2016 [citado 10 Abril 2017]; 8(2):79-93. Disponible en: http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/629/pdf_152
 12. Williams Serrano S, León Regal MI, Coll Cañizares J, Alemañy Co JA. Impacto de la actividad científica estudiantil en los resultados docentes de la asignatura Morfofisiología III. Medisur [Internet] 2017 [citado 9 Abril 2018]; 15(2). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3288>
 13. Valcárcel Cases M. La preparación del profesorado universitario para la convergencia europea en educación superior. Educatio [Internet] 2005 [citado 10 Abril 2017]; No. 23: p.p. Disponible en: http://www.univ.mecd.es/univ/html/informes/estudios analisis/ resultados_2003/EA20_03_0040/informe_final.pdf.
 14. Williams Serrano S, Garcés Garcés B. La formación de habilidades investigativas en la Universidad Médica. Realidades y perspectivas. Medisur [Internet] 2018 [citado 2018 Abr 3]; 16(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3627>
 15. Borraro G, Pérez G, Martínez O, Almeida E, Ramírez E, Arriaga J, et al. Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: Código infarto. Rev Med

- IMSS [Internet] 2017 [citado 6 de junio 2017]; 55(2): 233-246. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c8b5e437-e8e4-474f-a0e7-1e65337aa732%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4209>
16. OMS. Las 10 principales causas de defunción <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
 17. Casaña B. Infarto agudo del miocardio, su diferencia entre sexos en la tercera edad. Rev Cub Enf [Internet] 2008 [citado 6 de Junio 2017]; 24(3/4): 1-22. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=55e37d4e-8f80-4a7a-a5cb-c67ecc03aee8%40sessionmgr4006&vid=0&hid=4209>
 18. López Jaramillo P. Situación de los factores de riesgo cardiovascular en Latinoamérica. Medunab [Internet] 2015 [citado 6 de Junio 2017]; 17(3): 24-25. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1e37b344-c8cf-4e77-b920-612419a57df0%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4209>
 19. Abalos V, Costafreda C, Sánchez T, González J. Morbilidad y mortalidad por infarto agudo del miocardio. Medisan [Internet]. 2014 [citado 6 junio de 2017]; 18(4): 528-534. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ca6181b8-30eb-4df2-8a28-e18eb178d895%40sessionmgr4010&vid=0&hid=4209>
 20. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2017. La Habana: MINSAP; 2018. Disponible en: <files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
 21. Cueto-Eduarde I, Díaz-Marrero J. Anuario Estadístico de Salud. 2016. Medisur [Internet]. 2018 [citado 2018 Abr 12]; 16(1): [aprox. 98 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3880>
 22. Ministerio de Salud Pública. Área de Docencia e Investigaciones. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Plan de Estudios de La Carrera de Licenciatura en Enfermería. C. de La Habana, 2008

FORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS EN LA PROVINCIA DE CIENFUEGOS.

Autores:

Felicia Margarita Llerena Bermúdez feliciamlb@jagua.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba Máster en Educación Médica, María Cristina Núñez Martínez mariacnm@jagua.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba Máster en Educación, Lourdes González Pérez lourdesgp@jagua.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba Máster en Educación Médica, Grisel Elvira Menéndez Rodríguez griselelr@jagua.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba Máster en Educación, Loreta Sánchez Ortiz farmacología7412@ucm.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba Máster en Educación.

Resumen:

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar el desarrollo histórico de la formación de los recursos humanos en diferentes planes de estudio para atender los servicios farmacéuticos en la provincia de Cienfuegos, considerando las diferentes etapas de este proceso a partir de 1959 hasta la actualidad. Para obtener y procesar la información se utilizaron métodos empíricos como el análisis documental y métodos teóricos de la investigación cualitativa, predominando el método histórico lógico. Se empleó además el método analítico-sintético, el inductivo-deductivo y la generalización. Se concluye que la evolución de la farmacia en el territorio, ha sido un proceso progresivo y gradual, influido por los cambios socio políticos en el país en sus diferentes períodos y que la formación de recursos humanos en Docencia Médica Media y Superior para garantizar el funcionamiento de los servicios farmacéuticos en Cuba, ha contemplado dos vertientes o ramas: la formación de profesionales universitarios y la formación de técnicos y de personal auxiliar, se destaca la participación de la mujer tanto en la formación, como en el colectivo pedagógico a cargo del proceso docente educativo, que labora en pre grado y , atiende la superación de post grado de estos egresados según resultados de la investigación científica e identificación de necesidades de aprendizaje en los profesionales formados.

Palabras Claves: Proceso de formación, recursos humanos, servicios farmacéuticos, atención farmacéutica.

Introducción:

La Medicina y las Ciencias Farmacéuticas marcharon juntas desde los inicios de la humanidad. Las personas que se dedicaban al noble empeño de enfrentar las enfermedades eran individuos con cierto grado de conocimientos empíricos o dados por la experiencia y las tradiciones que se encargaban de determinar la enfermedad, recomendar un tratamiento, preparar los diferentes productos medicinales y aplicarlos.

El incremento progresivo de los conocimientos condujo a la separación gradual de funciones en dos vertientes muy relacionadas pero con particularidades

específicas, una encaminada hacia el estudio de las enfermedades y la atención de los pacientes y otra encargada del estudio de los productos medicinales en toda su magnitud: Medicina y Farmacia fueron consolidándose y especializándose cada vez más como ciencias independientes.⁽¹⁾

Asumir la ciencia como producción de conocimientos científicos que modifican una visión del mundo y la innovación tecnológica como factor que también contribuye a ello, nos aproximará al estudio de la farmacia, su evolución y su progreso como una alternativa del desarrollo social humano.⁽¹⁾

Los medicamentos constituyen la tecnología médica más utilizada en el mundo contemporáneo, estos han salvado vidas, han prevenido enfermedades, fundamentalmente desde la segunda mitad del siglo XX, pero su amplia utilización los está convirtiendo en un problema de salud pública, estudios recientes revelan que el uso de medicamentos constituye una de las principales causas de muerte en el mundo desarrollado.⁽²⁾ Basado en este análisis se puede argumentar la importancia que se le confiere a la formación de los recursos humanos que se desempeñarán en estos servicios.

En el presente trabajo, se expresa una descripción de los antecedentes y desarrollo de la formación de los recursos humanos para el desempeño en los servicios farmacéuticos relacionando la perspectiva nacional con el contexto de la provincia de Cienfuegos, exponiendo los principales resultados alcanzados específicamente en este territorio y el impacto social que tiene el desarrollo de la misma en la actualidad, teniendo en cuenta que el objetivo esencial de los Servicios Farmacéuticos es fomentar el uso racional de los medicamentos y garantizar la disponibilidad de los mismos para enfrentar los problemas de salud del individuo y de la sociedad.

Para obtener y procesar la información se utilizaron métodos empíricos como el análisis documental y métodos teóricos de la investigación cualitativa, predominando el método histórico lógico. Se empleó además el método analítico-sintético, el inductivo-deductivo y la generalización.

Nos hemos propuesto como objetivos:

- Describir el desarrollo de la formación de los recursos humanos para los servicios farmacéuticos en Cienfuegos a través de su evolución histórica.
- Explicar la influencia del desarrollo científico-técnico en la Atención Farmacéutica como pilar en los Servicios Farmacéuticos.
- Destacar la participación de la mujer en la formación de recursos humanos y los servicios farmacéuticos en el territorio de Cienfuegos.

DESARROLLO:

LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS CUBANOS A PARTIR DE 1959

Al analizar el desarrollo de la Farmacia cubana a partir de 1959 debemos tener presente, ante todo, las condiciones políticas y socioeconómicas por las que ha atravesado el país en el decursar de los 60 años transcurridos, las que han influido decisivamente en el desenvolvimiento de las ciencias farmacéuticas como en otras esferas. En esta etapa, se rompió drásticamente con toda una sociedad capitalista y por tanto sustentada económica y financieramente por esta, para instaurar una sociedad que respondiera a los intereses populares,

ello afectó en gran medida al sector farmacéutico desde el punto de vista económico, suministros de materia prima, equipamientos, piezas de repuesto, como desde la óptica técnico- profesional, al emigrar muchos de los profesionales farmacéuticos que eran dueños de sus establecimientos que vieron afectados sus intereses con las medidas revolucionarias.⁽³⁾

La formación de los recursos humanos de la Farmacia:

La docencia de técnicos medios de la salud en 1959, era muy deficitaria en Cuba, existiendo un marcado desinterés por el Estado en la formación de los recursos humanos, se recrudece la situación al no existir un Sistema Nacional de Salud.

A partir de esta fecha surge el Ministerio de Salud Pública el cual orienta realizar un estudio de las especialidades esenciales para cubrir las necesidades de la salud de la población. Se comienza el desarrollo de la industria farmacéutica nacional.⁽⁴⁾

A continuación, se inició una política de formación acelerada de técnicos medios y auxiliares, se descentralizó la docencia a los puestos de trabajo, formación en corto plazo de personal auxiliar, cumpliendo un principio que se mantiene en la actualidad de vincular el estudio con el trabajo e integrar los servicios con la docencia.⁽³⁾

Etapa 1965-69: consolidación de la formación técnica

- ❖ Creación de los cursos de nivel técnico de 2 años de duración de Farmacia.
- ❖ Inicio del ajuste de los programas a las necesidades sociales expresadas en términos de metas y directrices elaboradas por la Dirección de Docencia Médica Media

La primera etapa del programa de desarrollo de formación de estos profesionales, acentúa la diversificación de acciones sobre todo vinculada a la formación técnica. En los primeros años de la década del 60, surgen las Escuelas de Técnicos del MINSAP, que inicialmente formaron Auxiliares con nivel de ingreso de 6to grado en un período de seis meses y con 9no grado los Técnicos en Farmacia, primero con una duración de dos años y luego en tres.⁽⁵⁾

Etapa 1970-75: revisión de los aspectos cualitativos del proceso docente y estrechamiento de los vínculos con el Ministerio de Educación (MINED)

- ❖ Articulación planes de estudio de los técnicos medios con la enseñanza general.
- ❖ Creación de los departamentos provinciales y regionales de docencia médica media.
- ❖ Prolongación de los planes de estudio a 3 años en la mayoría de las carreras técnicas.
- ❖ Establecimiento de 500 instituciones de salud como áreas de experiencia práctica para los estudiantes.
- ❖ En 1975 ya existían 11 "troncos básicos comunes" en las especialidades técnicas con 34 perfiles de salida.

A partir de 1976 se inició una nueva etapa con la creación de una red de politécnicos en todo el país, el perfeccionamiento de los planes y programas de estudio, la elaboración de libros de texto y la de otros materiales docentes. En 1983 se creó el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico y Profesional de la Salud (CENAPET), que asumió la dirección de la superación continua de los técnicos de la salud y la formación pedagógica de los profesores de los politécnicos. En las 2 décadas finales del siglo XX se produjeron también varios perfeccionamientos en los programas de formación. ⁽³⁾

Teniendo en cuenta el desarrollo alcanzado por nuestro Sistema Nacional de Salud y la experiencia acumulada en la formación de los recursos humanos se hacía necesario buscar una nueva forma de estudio que cumpliera distintos objetivos, uno de ellos vincular de forma temprana a los jóvenes a la experiencia laboral, los estudios con la debida flexibilidad que permitieran diferentes momentos en la formación del profesional y algo fundamental: aportar a nuestro sistema de salud y al mundo fuerza calificada y bien formada en las distintas ramas técnicas de la salud, situación muy a tono con la política de nuestro gobierno, referida a la formación masiva y descentralizada de profesionales a lo largo del país. ⁽³⁾

En esta década comienza a ser palpable la recuperación de los Servicios Farmacéuticos a nivel nacional, gracias al incremento de unidades asistenciales en todas las provincias, se aprecia el aumento de las capacidades tecnológicas para la producción industrial de medicamentos y de la formación de profesionales y técnicos en farmacia dispensarial e industrial que han contribuido a los logros de la ciencia cubana en la esfera de la Biotecnología y la Industria Médico- Farmacéutica.

La carrera Tecnología de la Salud surge en 1989 de forma centralizada para varios perfiles. La Educación Médica Superior, como parte de la universidad cubana ha iniciado con esta carrera, la aplicación de un nuevo modelo de formación para una carrera universitaria con duración mínima de 5 años, estructurada en 3 niveles con 2 salidas intermedias: un primer nivel de formación universitaria de 1 año de duración en curso regular diurno con salida de un técnico básico; un segundo nivel con duración mínima de 2 años en cursos para trabajadores y salida de un técnico de nivel superior, y un tercer nivel, también estructurado en cursos para trabajadores con duración mínima de 2 años y salida de un Licenciado en Tecnología de la Salud como profesional universitario, con un perfil especializado en los Servicios Farmacéuticos. ⁽³⁾

A partir de septiembre del 2000, la Universidad en Cuba entró en una nueva etapa con el propósito de garantizar el más vasto acceso de todos los cubanos a la educación superior. Así se amplía el modelo pedagógico de formación que aprovecha la infraestructura del sistema educativo creado y combina la realización por el estudiante de importantes actividades sociales y el éxito del estudio con la actividad laboral. Posee las características siguientes: flexibilidad, estructura centrada en el estudiante, sistema de actividades presenciales, de estudio independiente y de información científico-técnica y docente. ⁽³⁾

La carrera para formación de licenciados en Tecnología de la Salud en el perfil Servicios Farmacéuticos comenzó en Cienfuegos en el año 2004, en cuyos planes de estudio egresaron 431 profesionales para este servicio tanto en Cursos para Trabajadores -CPT-, como en Cursos Regulares Diurnos -CRD-, esta formación se mantuvo hasta la última graduación en el año 2014.

En la fundamentación de la carrera Tecnología de la Salud para el perfil Servicios Farmacéuticos, se plantea que el sistema de salud cubano demanda en sus servicios farmacéuticos de un profesional con un gran dominio de los aspectos farmacológicos y farmaterapéuticos de los medicamentos, capaz de identificar problemas relacionados con estos como lo son las reacciones adversas, las interacciones medicamentosas, intoxicaciones y otras así como proponer soluciones a dichos problemas. Un Farmacéutico con gran capacidad de comunicación, percepción y psicología para interrelacionarse con pacientes, familiares y con los restantes miembros del equipo de salud, creativo, con un profundo sentido de pertenencia con el servicio, actitud ética, encomiable preparación ideológica para comprender y un gran nivel de responsabilidad-compromiso con el trabajo que realiza. Dominio de la computación, idioma, elementos de pedagogía y de la metodología de la enseñanza y la investigación entre otras disciplinas.⁽⁸⁾

Luego de varios años sin ingresos en la carrera, en el año 2015 se retomó la formación técnica y profesional en la provincia Cienfuegos, a partir de la decisión del nivel superior y necesidades del territorio, en la cual ya próximamente tendremos la segunda graduación.

Al referirnos a los egresados en las diferentes formaciones, han sido graduados: un total de 89 Auxiliares Técnicos; 957 Técnicos Medios, de los cuales 901 son mujeres y 56 hombres. Del total de técnicos, 65 son de otras nacionalidades integrados por 40 hombres y 25 mujeres.

De la carrera Licenciatura en Tecnología de la Salud perfil Servicios Farmacéuticos han egresado 431 profesionales; 419 corresponden al sexo femenino (1 estudiante extranjera) y 12 al sexo masculino (3 de ellos extranjeros).

Resulta de gran importancia destacar las posibilidades que tiene este sector en el progreso industrial cubano; se ve en el trabajo cómo la ciencia farmacológica y biotecnológica se transforma en fuerza productiva para el desarrollo socioeconómico de Cuba, y su lucha por insertarse en el mercado mundial y elevar el nivel de vida de la población.⁽⁶⁾

La biotecnología inicia una revolución en las bases tradicionales de competencia en la industria farmacéutica, en especial, en términos de desarrollo y fabricación de productos. Esto le permite a los científicos desarrollar nuevos productos biofarmacéuticos basados en sustancias que están presentes en la naturaleza en cantidades muy pequeñas, como por ejemplo: activadores del plasminógeno tisular (TPA), eritropoietinas, factores de crecimiento, anticuerpos monoclonales, productos de la placenta, y otros. Esta lista de bioproductos crecerá en los próximos años y los procesos de

extracción tradicionales serán reemplazados por métodos recombinantes de producción. ⁽⁶⁾

Los Servicios Farmacéuticos han de rebasar el marco de la unidad de Farmacia propiamente dicha para integrarse al resto del equipo de salud en la atención directa de pacientes y la comunidad de forma activa, ocupando espacios tradicionalmente desiertos y especializándose en nuevas acciones que amplían el horizonte de la actividad farmacéutica como son : la Farmacia Clínica, , los Servicios de Información de Medicamentos, la Farmacovigilancia, Aseguramiento de la Calidad, la Farmacoepidemiología, entre otras. Este nuevo enfoque, mucho más integral queda conceptualizado en la práctica como ATENCION FARMACEUTICA ⁽⁷⁾

La Atención Farmacéutica tiene como objetivos generales:

- Alcanzar el máximo beneficio posible de la medicación.
- Lograr la disponibilidad de los medicamentos.
- Disminución de los costos por consumo de medicamentos.
- Promover el uso racional de los medicamentos.

El profesional de la Farmacia, del presente siglo tiene retos muy importantes que cumplir como parte del equipo de salud, que consisten en lograr la buena atención del paciente con equidad, eficiencia y efectividad, con control del costo con resultados medibles, y con impacto en la salud y en la calidad de vida, participando en tareas de promoción de salud y prevención de las enfermedades. Así como debe mantener su actualización científica y técnica y la vinculación a la investigación.

Desde este referente de trabajar por la excelencia en los Servicios Farmacéuticos y tomando en consideración que la atención farmacéutica es un eslabón determinante para alcanzar resultados positivos en el uso de los medicamentos; la dirección de Farmacia de Cienfuegos, ha demandado a nuestro claustro la preparación de los recursos humanos que laboran en el área de dispensación en las farmacias de la provincia; a partir del año 2012, se han capacitado una cifra de 454 egresados, los que han recibido su certificado de Habilitado como Dependiente de Farmacia. A estos efectos se les imparte un programa con los temas de principios básicos de los servicios farmacéuticos, Procedimiento de expendio-dispensación de medicamentos información sobre medicamentos, fármaco divulgación y promoción de salud problemas más comunes en la dispensación, legislación, comunicación y ética.

Durante las etapas mencionadas y hasta los momentos actuales, paralelamente a la formación técnica se forman en universidades de 3 provincias del país adscriptos a la Educación Superior egresados de estudios universitarios de Farmacia, los cuales están relacionados con la actividad científica e industrial a partir de la carrera universitaria Licenciatura en Ciencias Farmacéuticas, con una cobertura limitada hacia las demás provincias. ⁽⁵⁾

Los docentes que se han desempeñado en la formación de los egresados de las carreras partir de la década del 70, en las disciplinas propias de la especialidad fueron 98 % del sexo femenino, se incluyen los docentes que

forman parte de la plantilla del centro de formación y los docentes adjuntos que laboran en las unidades de farmacias comunitarias, hospitalarias, entre otros centros.

En consonancia con los cambios en la formación, el colectivo pedagógico que ha conducido la especialidad, ha estado integrado, inicialmente por Doctoras en Farmacia, a las que dieron continuidad Técnicos Medios en Farmacia Dispensarial con Post Básico Docente, los cuales en corto tiempo asumieron la prioridad de la superación, egresaron de carreras pedagógicas afines con su perfil de formación, y han evolucionado positivamente en cuanto a su superación, alcanzando categoría docente como profesores universitarios y maestrías en Educación y Educación Médica el 100% de estos profesionales; se destaca además la activa participación en la actividad científico investigativa con resultados relevantes.

Se resalta de igual manera la importante actividad del colectivo pedagógico de Servicios Farmacéuticos (SF) en la formación para el post grado de los profesionales egresados, los cuales se han implicado en investigaciones científicas en temas prioritarios con enfoques diferenciados de la realidad actual de los SF para identificar y resolver los problemas concretos del territorio y garantizar la Atención Farmacéutica en su máxima expresión.

Los retos planteados en muchos países en los últimos años con relación a la calidad de la formación y superación de los recursos humanos han estado vinculados directamente con los cambios políticos, económicos y sociales que se han generado, donde el desarrollo social de la ciencia, la técnica, la práctica y la investigación han obligado a aplicar los conceptos de eficiencia, calidad y exigencia en los procesos educativos que realizan las universidades, cada vez más comprometidas y en interacción con la sociedad. ⁽⁹⁾

A pesar de la expectativa existente con la formación de los recursos humanos en el perfil de Servicios Farmacéuticos, la Atención Farmacéutica está planteada como uno de los problemas profesionales a resolver con el modelo actual de formación, en el cual les corresponde profundizar a todos los factores que intervienen en la conducción del proceso docente educativo.

Conclusiones:

- A partir de 1959 se produjo un gran impacto en todos los sectores del país, en especial en el desarrollo de la industria farmacéutica y la formación de los recursos humanos que en ella se desempeñan, por lo que representa en el ámbito social, económico y político, la prioridad de la salud del pueblo.

- El desarrollo alcanzado por nuestro Sistema Nacional de Salud y la experiencia acumulada en la formación de los recursos humanos ha propiciado el perfeccionamiento de los planes y la introducción de nuevos modelos pedagógicos de formación que se correspondan con las necesidades de la sociedad en cada una de las etapas y han influido favorablemente en las proyecciones para el desarrollo de una mejor Atención Farmacéutica, en la que el colectivo pedagógico que participa en la formación de los recursos humanos destinados a desempeñarse en estos servicios, han de jugar un papel fundamental.

-Se evidencia la participación decisiva de la mujer, tanto en la conducción de los procesos docente educativos de la formación de recursos humanos, como en los propios recursos humanos egresados de las diferentes formaciones para desempeñarse en los servicios farmacéuticos y en la educación post graduada.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Llerena Bermúdez, FM Influencia social del desarrollo evolutivo de la Farmacia en la atención farmacéutica y la formación de los recursos humanos. Trabajo para ejercicio de evaluación sobre problemas sociales de la ciencia y la tecnología para obtención de categoría docente de asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. 2009.
- 2.- MINSAP. Formulario Nacional de Medicamentos, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba, 2006.
- 3.- Hernández R, Márquez M. Docencia médica media en Cuba. Educ Méd Salud. La Habana 1976.
- 4.- García, M y Martínez S. Apuntes para la historia de la farmacia en Cuba. Cuadernos de Historia de la Salud Pública # 33, La Habana, 1988.
- 5.- Llerena Bermúdez, FM. Estrategia de superación post graduada para el Licenciado en Tecnología de la Salud, perfil Servicios Farmacéuticos. Tesis de maestría. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. 2010.
- 6.- Cejas , Y. MSc Enrique. La industria Farmacéutica. Instituto Superior Pedagógico Boyeros La Habana.
- 7.- Manual de Normas y Procedimientos Farmacia Comunitaria. MINSAP Tomo I La Habana, 2005.
- 8.- Fundamentación de la carrera Licenciatura en Tecnología de la Salud, perfil Servicios Farmacéuticos. MINSAP. La Habana, 2003.
- 9.- Fundamentación histórica de la carrera Tecnología de la Salud. La Habana. Cuba. 2000.

TÍTULO: GLOSARIO DE TÉRMINOS Y VOCABLOS INDÍGENAS PARA COLABORADORES DE LA SALUD EN CENTRO AMÉRICA.

Autores:

MsC. Lic. David Cuesta de las Casas ⁽¹⁾, MsC. Lic. Estela de la Caridad del Sol Liriano ⁽²⁾, Dra. Dainy L. Cuesta del Sol ⁽³⁾, José A. Cuesta del Sol ⁽⁴⁾, MsC. Lic. Rosa Maria Masot Rivero ⁽⁵⁾, MsC. Lic Mabel Collazo Díaz ⁽⁶⁾

- (1) Master en Educación Médica. Licenciado en Enfermería. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Vicerrector General Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. ceprobio@jagua.cfg.sld.cu.
- (2) Master en Educación. Licenciada en Educación. Profesora Asistente. Investigadora Agregada. Universidad. Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. bclinico7414@ucm.cfg.sld.cu
- (3) Especialista en EGI. Dra Estomatología. Profesora Asistente. Policlínico Ernesto Guevara de la Serna, municipio de Cienfuegos, Cuba. dainy.cuesta@nauta.cu
- (4) Estudiante de Pre Grado. 6to años de la carrera de medicina. Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. medjacs9312@ucm.cfg.sld.cu
- (5) Master en Educación. Licenciada en Educación. Profesora Asistente. Investigadora Agregada. Directora de Cuadros. Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. cuadros@ucm.cfg.sld.cu.
- (6) Master en Educación. Licenciada en Educación. Profesora Asistente. Aspirante a Investigadora. Universidad. Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba. mabelcd@jagua.cfg.sld.cu

RESUMEN:

El carácter internacionalista de la Medicina cubana ha adquirido en nuestros días singular relevancia. La mano amiga y solidaria de Cuba se hizo presente mediante la colaboración médica , con personal y/o recursos, durante los terremotos de: Irán 1990 y Colombia 1999, en la epidemia de cólera de Perú en 1991, en el volcán Cerro Negro de Nicaragua en 1992, Erupción volcánica en la Isla Monserrat en 1995, intensas lluvias en Perú en 1998 y Venezuela en 1999, y el Huracán Georges en Dominicana en 1998, y Huracán Mitch en Nicaragua, Honduras y Guatemala en 1998 entre otras más. En Nicaragua en la zona de Waspán y otras comunidades remotas de la RAAN, pobladas por la etnia miskita, fue necesario convencer primero a los brujos locales para poder atender a la población así como en la población de Muelles de los Bueyes de la RAAS, en estas regiones rurales existe gran dificultad con uso de dialectos y vocablos que los profesionales cubanos tuvieron que enfrentar en estas zonas , por los que se surge como problema científico: ¿ Cómo contribuir a facilitar la comunicación de los colaboradores y la población de las regiones rurales en Nicaragua? Para ello nos trazamos el siguiente objetivo : Elaborar un glosario de términos y vocablos indígenas para colaboradores de la salud y de otras ramas en centro américa. Para llegar al diagnóstico de las necesidades se aplicaron diferentes métodos de investigación: la

entrevista, encuestas, guía de observación, análisis de documentos, registro anecdótico y triangulación.

Palabras claves: GLOSARIO DE TÉRMINOS, VOCABLOS , COMUNICACIÓN,

INTRODUCCIÓN:

Desde el triunfo de la Revolución en el año 1959, nuestro país ha mantenido como principio inviolable, su disposición de brindar ayuda solidaria y desinteresada a todos los pueblos y naciones que han sido afectados por desastres naturales y tecnológicos, sin tener en cuenta diferencias ideológicas y sociales, inspiradas únicamente en el noble y humanitario sentimiento de mitigar el dolor y el sufrimiento que generan los desastres. Con el nuevo proyecto social que construye Cuba desde 1959, el internacionalismo, como valor social, ha constituido uno de los rasgos esenciales que ha caracterizado a la salud pública cubana, concretando de esta manera una de las ideas transcendentales de nuestro apóstol José Martí: *Patria es humanidad*. Miles de trabajadores del sector -médicos, personal de enfermería, técnicos y personal de apoyo- han brindado su ayuda humanitaria en decenas de países en los más disímiles contextos y condiciones. El carácter internacionalista de la Medicina cubana ha adquirido en nuestros días una singular relevancia. ⁽¹⁾

La mano amiga y solidaria de Cuba se hizo presente mediante la colaboración médica, con personal y/o recursos, durante los terremotos de: Irán 1990 y Colombia 1999, en la epidemia de cólera de Perú en 1991, en el volcán Cerro Negro de Nicaragua en 1992, Erupción volcánica en la Isla Monserrat en 1995, intensas lluvias en Perú en 1998 y Venezuela en 1999, y el Huracán Georges en Dominicana en 1998, y Huracán Mitch en Nicaragua, Honduras y Guatemala en 1998 entre otras más. No consideramos necesario detallar la colaboración médica que, en el orden asistencial y docente durante el decenio, han brindado más de 10 000 trabajadores de la salud en más de 57 países del Tercer Mundo ubicados Asia, África, América Latina y el Caribe en gran medida aliviar los graves problemas higiénico-epidemiológicos y de falta de asistencia médica que afrontan los mismos. Un hecho de gran sensibilidad humana, en la atención de afectados por desastres, lo constituye el que, los pioneros cubanos brindaron sus hospitales pediátricos y el Centro de recreación de Tarará para que en ellos fueran tratados más de 18 000 niños y familiares afectados por el accidente de Chernovil. Coincidente con los enfoques de la OPS/OMS de brindar servicios de salud a los pobres y grupos vulnerables, Cuba, a raíz del azote de los huracanes Georges y Mitch al Caribe y Centroamérica, elaboró un Plan Integral de Salud con miras a enfrentar la situación sanitaria post huracán y continuar las acciones para contribuir a la reconstrucción que ocurre en estos países. Ante la gravedad de la situación en ellos, nuestro gobierno propone y comienza a desarrollar el Plan Integral de Salud para Centroamérica y el Caribe, después ampliado a algunos países de África, a solicitud de los respectivos gobiernos. Se formaron brigadas de colaboración y una de ellas fue para Nicaragua prestando sus servicios en zonas rurales donde su labor no interfiera con la de los galenos del país en cuestión, con previa presentación de la documentación que acredita el nivel profesional de los trabajadores de la salud que Cuba les envía. Dicho programa demuestra cómo puede hacerse mucho con muy poco. Nuestro país no posee grandes recursos económicos, pero sí un valioso y experimentado capital

humano, parte del cual estamos en condiciones de poner a disposición de otros pueblos hermanos del tercer mundo. Estamos conscientes de que nuestro aporte es modesto, pero no ignoramos que el hecho de que lo realice un país pobre y con grandes dificultades económicas como Cuba, se convierte en un estímulo para todos aquellos que, disponiendo de más recursos, pueden contribuir a la reconstrucción y al desarrollo en la medida en que lo requieren y lo merecen los países más pobres y sufridos de este hemisferio, de África y del resto el mundo. Cuba pone en manos de la comunidad internacional este plan, y manifiesta así su disposición de enviar sus profesionales a los lugares más apartados de los países más necesitados, y llama a todos a contribuir de una u otra forma para mejorar las condiciones de vida de los pueblos más requeridos de apoyo en nuestro planeta ⁽²⁾.

Se dice que los desastres provocados por el Mitch en centro américa hizo retroceder en treinta años a esta región del continente. Solo en Nicaragua hubo casi tres mil muertos, y unas novecientas personas desaparecidas. Más de cuarenta y un mil viviendas fueron afectadas. A solos unos días del paso del huracán dos mil profesionales de la salud cubanos parten hacia centroamérica para trabajar en las zonas más intrincadas y necesitadas de asistencia médica. Cuba fue el primer pueblo que extendió su mano solidaria a los damnificados ⁽³⁾

Destacando la brigada Che Guevara y la solidaridad cubana en Nicaragua ese es el caso de la brigada médica cubana que llevó con orgullo su nombre y que desde abril de 2007 desarrolló un ingente trabajo en Nicaragua, principalmente en las regiones autónomas caribeñas, para preservar la salud de hombres, mujeres y niños de las poblaciones originarias que habitan en esas zonas. El trabajo de la brigada en la RAAN (Región autónoma del Atlántico Norte) , la RAAS (Región autónoma del Atlántico Sur) y Río San Juan es de gran importancia, pues se trata de áreas donde, antes de la llegada de los cubanos, apenas se prestaba atención médica a la población, y en algunas zonas a las que, por su aislamiento y difícil acceso, nunca antes había llegado un médico , las anécdotas acumuladas durante todo este tiempo por los miembros de la brigada son numerosas, pues en algunos sitios ha sido necesario conciliar la atención médica con hábitos y tradiciones ancestrales forjadas a lo largo de muchos años de abandono gubernamental. Desde el 2008 se integran a la brigada los estudiantes nicaragüenses que terminan el quinto año de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), en La Habana, para cursar el sexto curso y graduarse como médicos bajo la dirección de los profesionales de la brigada categorizados como profesores. El personal cubano tuvo que enfrentar disímiles de dificultades a las que se crecieron y asumieron la tarea con valentía y entrega total.

Tal es que en Nicaragua las lenguas comprenden tanto el español nicaragüense que es la principal lengua hablada por la población de Nicaragua actualmente, como un cierto número de lenguas indígenas que perviven desde antes de la llegada de los europeos a América, como un cierto número de lenguas habladas por comunidades de migrantes que residen en Nicaragua. En particular existían grupos de al menos tres familias lingüísticas diferentes:

Lenguas del grupo nahua que ocupaban las siguientes regiones: En el noroeste de la costa del Pacífico, actualmente departamento de Chinandega, vivían los tezoategas-nahoas. En el sur de la Costa Pacífica, actualmente departamento de Rivas, moraban los nicaraos que parecen haber sido un grupo nahoa.

Lenguas otomangues pertenecientes a diversos subgrupos entre ellos: En el centro norte de la costa del Pacífico, actualmente departamento de León, poblaban los marribios-sutiabas cuya lengua es muy cercana al idioma tlapaneco hablado aún en México. En el centro sur de la Costa Pacífica (actualmente León Viejo, Managua, Carazo, Masaya y Granada), radicaban los imabites, los nagrandanos, los chorotegas, los dirianes, los nequecheris. En las regiones del centro y de la costa del Atlántico, actualmente ocupadas por los departamentos de Estelí, Madriz, Nueva Segovia, Jinotega, Matagalpa, Boaco, Chontales, así como sobre la Costa Caribe de Nicaragua y Río San Juan), residían pueblos misumalpas. También sobre la costa del Caribe vivían otros pueblos que hablaban una lengua chibchense: en Cayo Rama habitaban los ramakis y un poco más al sur los guatusos.

Presumiblemente los pueblos de las dos primeras familias lingüísticas habrían penetrado en Nicaragua procedentes de Mesoamérica en una época relativamente reciente. En la otra familia lingüística que procede del norte de Sudamérica, ya estaba asentada antes de la llegada de dichos pueblos otomangues y utoaztecas.

Durante el período colonial algunos ñeri se establecieron sobre la costa del Atlántico, actualmente muchos de sus descendientes siguen hablando idioma garífuna. Igualmente en criollo de Costa Miskito se remonta a la misma época.

En Waspán y en otras comunidades remotas de la RAAN, pobladas por la etnia miskita, fue necesario convencer primero a los brujos locales para poder atender a la población así como en la población de Muelles de los Bueyes de la RAAS, siendo una gran dificultad el uso de dialectos y vocablos que los profesionales cubanos tuvieron que enfrentar en estas zonas rurales, por todo lo antes expuesto surge el siguiente problema científico: ¿Cómo contribuir a facilitar la comunicación de los colaboradores y la población de las regiones rurales en Nicaragua?

Para ello nos trazamos el siguiente objetivo : Elaborar un glosario de términos y vocablos indígenas para colaboradores de la salud en centro América.

DESARROLLO:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre el desempeño de la brigada médica cubana en Nicaragua en la región de Muelles de los Bueyes ubicada en (RAAS) (Región Autónoma del Atlántico Sur) durante el período de Agosto del 2013 hasta Agosto del 2015. Comenzando las contradicciones entre el Español hablado por los colaboradores y el español hablado por la población de esa zona rural donde se dispuso cumplir la tarea. No coincidían las palabras y los significados de las mismas. Para la recolección de la información se confeccionó una guía de Observación, análisis de documentos, entrevista a los pobladores de la región y registro anecdótico. Partiendo de los resultados se elabora un glosario de términos y vocablos indígenas para facilitar la comunicación de los colaboradores y la población de las regiones rurales en Nicaragua. Se pone en práctica este glosario ya con los colaboradores que llegan nuevos de relevo de los que culminan permitiendo su validación, se recogen criterios de los colaboradores que terminan y los que comienzan donde los que culminan la misión refieren que resulta de gran utilidad y de haberlo tenido en sus llegadas no se les hubiese dificultado la comunicación con la población antes mencionada. Los nuevos colaboradores recién llegados al enfrentarse con la población detectan que a pesar de los nativos hablan el Español es propio de Nicaragua y los significados de múltiples palabras son diferentes, incluidos términos y vocablos de

algunas patologías presentadas en los pacientes nativos, por lo que se demuestra la pertinencia de este glosario de términos y vocablos.

En el hospital de Muelles de los Bueyes existe varios servicios de salud, haciendo mención de algunos de ellos tenemos Laboratorio clínico, servicios de Transfusiónología, Imagenología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Ortopedia, Estomatología, especialista en Dermatología, Medicina General Integral, Medicina Interna, Terapia intensiva, por lo que asistían pobladores de toda la región y más allá, era el lugar donde la asistencia era gratuita y a su vez el prestigio de los profesionales de la salud Cubana que allí laboraban era reconocido por gran parte de la nación.

Un equipo de profesionales cubanos durante el período de la misión internacionalista en esa localidad de Muelles de los Bueyes nos dimos a la tarea de ir recopilando las palabras más usadas y que no tenían los mismos significado que en el español cubano, con la ayuda de algunos de los trabajadores nicaragüenses y alumnos de 6to año de la carrera de Medicina que cursaban el último año allí pero provenían de la (ELAM), así como de los mismos pobladores de esa zona rural obteniendo este material que a continuación mostraremos algunos de estos vocablos .

El glosario de términos y vocablos se encuentra en formato digital e impreso este último en un tamaño pequeño, asequible para facilitar el uso del mismo en las consultas, en el laboratorio y demás servicios antes mencionados, se brinda para los colaboradores de la salud en centro América y para los profesores que se enfrentan a estudiantes que provienen de estas zonas rurales en los países de centroamérica

Como resultados mostraremos una representación de este glosario:

Palabras relacionadas con la salud

Nicaragua	Significado
A	
Amocephado	Decaído , postrado, atormentado por causas físicas o mentales
Apulismarse	Ponerse flaco, enfermizo, retrasarse en el crecimiento y desarrollo. También se nombra a las frutas cuando no llegan a su completo desarrollo
Apupujado	Inflamado, amarillento por causa de anemias u otras enfermedades
B	
C	
Chincaca	Parte baja de la espalda entre los gluteos
Chintana/o	Persona sin dientes
Chistate	Ardor al orinar
Churepo	Dicho de una persona que tiene los labios gruesos y la boca hundida
Currutaca, cursalera	Diarrea
Deschincacado/a	Dicho de una persona que tiene muchas fracturas en el cuerpo
E	
Enconcharse	Doblarse en posición fetal

H	
Hacer agua	Orinar
J	
Juelgo	Falta de aire
Jupa / chipota	Cabeza
K	
P	
Pacha	Biberón
Paparapa	Que habla con rapidez y pronuncia los sonidos con dificultad
Pulpería	Tienda
Pupusear	Defecar
R	
Rabadilla	Parte baja de la espalda
S	
Sulfurado	Enojado
T	
V	
Verija	Vagina

CONCLUSIONES:

Se evidencia el importante papel que ha desempeñado desde el triunfo de la Revolución en el año 1959 nuestro país, ha mantenido como principio inviolable, su disposición de brindar ayuda solidaria y desinteresada a todos los pueblos y naciones que han sido afectados por desastres naturales y tecnológicos, sin tener en cuenta diferencias ideológicas y sociales, inspiradas únicamente en el noble y humanitario sentimiento de mitigar el dolor y el sufrimiento que generan los desastres.

Constituye una necesidad la elaboración del glosario de términos y vocablos indígenas para colaboradores de la salud en centro américa, se encuentra en formato digital e impreso este último en un tamaño pequeño, asequible para facilitar el uso del mismo en las consultas, en los laboratorio y demás servicios antes mencionados, se brinda para los colaboradores de la salud en centroamérica y para los profesores que se enfrenten a estudiantes que provienen de estas zonas rurales a nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 Corona-Martínez L, Olivert-Hernández O, Rodríguez-Zamora D, Casanova-González M. La colaboración cubana y el problema de la insuficiencia renal crónica en Santa Lucía: una experiencia internacionalista. **Medisur** [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 Abr 16]; 13(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2986>
- 2 Reinoso Fariñas AT, Álvarez Mesa N. Conocimientos y actitudes de los colaboradores médicos cubanos sobre desastres. *Rev Cubana Salud Publ* [serie en Internet]. 2009 [citado 2009 Oct 4]; 35 (2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 3 Elizundia Ramirez A, Nicaragua no somos dioses. En: Pablo de la Torriente, Editorial Unión de Periodistas de Cuba. Centro nacional de información de Ciencias Médicas. Ministerio de salud Pública. 2001 pág 9-57.
- 4 La Rosa Hernández N, García López I, Amechazurra Oliva M. Posgrado "Proyectos de integración en América Latina y colaboración médica cubana": una necesidad pertinente. *EDUMECENTRO* [Internet]. 2016 Sep [citado 2018 Abr 20]; 8(3): 52-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742016000300005&lng=es.
- 5 García Alcolea E, El proyecto Misión Milagro potencia la interrelación entre los países de América Latina. *MediSur* [Internet]. 2009 Ago [citado 2018 Abr 20]; 7(4): 2-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000400002&lng=es.
- 6 Del Sol Liriano E, Cuesta de las Casas D, En: Registro anecdótico de Glosario de términos y vocablos en zonas rurales de Nicaragua. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba. 2015 Ago. pág 10

ANEXOS:

Glosario de términos y vocablos indígenas para colaboradores de la salud en centro américa.

En Nicaragua	Significado
A	
1 menos 10	Faltan 10 para la 1
A la garnacha	Por fuerza, a la fuerza
Abanico	Ventilador
Achote	Vija de pintar comida
Agarrón	Riña cuerpo a cuerpo
Aguachacha	Alimento líquido insípido

Aguadearse	Flaquear , desmayar, desalentar
Aguado	Decaído, debilitado, desfallecido, flojo, impotente
Aguaje	Aguacero
Aguardentoso	Individuo que ha bebido agua ardiente
Aguazal	Charcos de agua
Águila	Hombre perspicaz, lince, vivo, despabilado
Ahora	Es más tarde , luego, después
Ahorita	Diminutivo de ahora, es el momento, ahora mismo
Ahuevado	Acobardado, amilanado
Ahumarse	Hacerse en sentido figurado humo, desaparecer, escapar, disiparse
Ai	Barbarismo de por ahí, allí, ai estate
Ajá!	Para manifestar sorpresa, amenaza, advertencia
Ajambado	Idiota, bobo , imbécil
Ajumarse	Embriagarse , coger una juma
Al nomasito	Propiamente allí, sin ir muy lejos, a muy corta distancia
Alambrado	Cerca de alambre púas
Alambrar	Cercar , hacer cosas con alambre púas
Alaste	Viscoso, pegajoso, resbaladizo
Alazán	Color café claro que tira a rojizo
Albarda	Especie de sillas de montar, cincha, estribo, baticola
Albarda	Montura de caballo
Alcahuete	Persona que condesciende, tolera, se muestra indulgente con los deseos, gastos y caprichos de amigos a quienes prefiere
Alcanzar	Caber en algún lugar
Alegar	Cuestionar, porfiar, altercar
Alfeñique	Miel de caña, cuando está a punto se extrae caliente del perol y se hace cuajar a fuerza de batida
Aliñar	Preparar y meter en la alforjas o en otro utensilio a propósitos provisiones de boca, ropa y demás efectos para un viaje
Aliño	Provisiones y demás menesteres para viajar
Alisarse	Pasarse el peine rápidamente en los cabellos para presentarse a toda prisa ante personas extrañas
Almariarse	Emborracharse
Almuercero	Aperitivo antes del almuerzo
Alumbrada	Parida, buenas o malas noticias
Amacizar	Endurecer, fortalecer , compactar
Amanezquera	Acción y efecto de velar toda la noche en una fiesta y prolongarla hasta después de amanecer
Americano	Yanqui, el de los EU
Andar	Llevar algo
Apa!	Para expresar sorpresas
Apachar	Aplastar, adelgazar, bajarse
Apaleada	Castigo a palos, expresión de algunos juegos
Apayanar	Triturar, desmenuzar, deshacer
Apero	Conjunto de utensilios para cabalgar, jáquima, frenos, espuelas,

	riendas
Apersogar	Atar un animal con una cuerda larga para que paste
Ardido	Enojado , resentido
Argollas	Consortio de limitado números de personas, con fines de negocios
Arisquear	Asustar a un animal, y también se aplica a personas que por temor de ser engañada se tornan recelosa y desconfiada.
Ayote	Calabaza
Azarearon	Algo que no me gusto y me incomode
B	
Balde	Cubo, recipiente
Bastimento	Guarnición del plato fuerte
Bidón	Tanque de agua, Pomo
Bochorno	Mucho calor
Bolo	Borracho
Brisando	Lloviznando
Bueno	Hasta luego, hola, adios, gracias, nos vemos, vale.
C	
Cacho	Tarros de animal
Champurrear	Obtener algo con facilidad
Chancho	Cerdo
Chapas	Aretes, pendientes
Chele	Rubia/o
Chicha	Teta
Chicha de Maíz	Bebida fermentada
Chiclero	Algo de baja calidad
Chiltoma	Aji
Chimirringo/a	Dicho de una persona pequeña de edad y estatura
Chinamo	Casucho pequeño
Chinchinga	Gesto de burla que se hacen los niños con la mano simulando tocar las cuerdas de la guitarra en el pecho
Chinéalo	Cárgalo
Chingastes	Desecho del café (borra), desecho de la piña cuando se bate
Chingolearse	Hacer movimientos al andar con el fin de llamar la atención.
Chintano/a	Dicho de una persona que le faltan algunos dientes
Chipota	Cabeza
Chochada	Tontería, estupidez, cosa sin importancia
Cholenco	Dicho de un caballo viejo y cansado
Chollarse	Caerse
Chuchar	Realizar el coito.
Chuncha	Vasija
Cochón	Homosexual
Cochonero	Hombre típicamente heterosexual que penetra cochones
Coger	Tener sexo
Colochón	Pelo crespo
Comarca	Finca

Conchudo	Sin vergüenza, persona aprovechada. Ejm Este conchudo me debe dinero
Corcholar	Interrumpir las relaciones con una persona.
Cosito	Recipiente pequeño
Cuchuvalearse	Ponerse de acuerdo.
Cuechero/a	Cuentista (que acostumbra contar chismes)
Culebra	Pene
Culillo	Miedo, acobardarse. Ejm. Juan le tiene culillo a Pedro (Juan le tiene mucho miedo a Pedro)
Cusnaca	Dulce hecho con jocotes (ciruelas) cocidas, leche y agua
D	
Desenguaracar	Deshacer una maleta de forma desordenada
Desguapar	Estropear una prenda de vestir.
Desmambichar	Golpear a alguien con violencia
Desmarimbar	Golpear o hacer caer a alguien.
Desniñar	Desvirgar
Desturcar	Golpear, destruir
Dibiezo	Forúnculo
Empericuetarse	Acicalarse y vestirse con esmero
Encabe	Error cometido por una persona
Enconchate	Poición fetal
F	
Fregar	Molestar , romper algo
Fresco	Refresco
Furulla	Enredo, engaño, mentira
G	
Gallo pinto	Arroz con gris
Guarisapos	Gusarapo
Guaro	Ron/ tomar ron
Guatusero	Persona hipócrita
Guatusero	Hipócrita
Guayola	Mentira (expresión contraria a lo que se sabe)
Güebón	Aragán
Guineo	Pene
Guiñársela	Masturbarse
Güirila	Tortilla de maíz tierno y dulce
Hornada	Rosquilla en horno
Hoyuda	Mujer fácil
J	
Jocote	Ciruela
Jura	Policía
K	
Kumichi	El niño más pequeño de la casa
L	
Lagarto	Glotón

Lajazo	Pedrada (golpe)
Lambeculo	Adulador
Lampazo	trapeador
Lana	Mazamorra
Libretear	Tomar una decisión sin consultar a un superior
Los estados	Estados unidos
M	
Macanas	Dientes
Machigüe	(desechos ,comida para cerdos)
Maje	Persona babosa, guatacona
Maso	Pistola
Mazamorra	Lombriz
Mero	El mismo , el Jefe
Mero mero	El mismo Jefe
Moclin	Violador
Moclín	Violador de mujeres, generalmente niñas
Mojón	Pedazo de cemento
Motasatol	Dulce preparado con el fruto de la piñuela, azúcar, harina de maíz y canela.
Murruco	Pelo muy crespo
Nacatamal	Comida típica de nicaragua hecha de maza de maiz cocido y carne de cerdo por lo general
P	
Paila	Sartén
Pajilla	Absorbente para beber
Pajista	Vago (holgazán)
Palmado/a	Dicho de una persona sin dinero
Palmado/a	Persona sin dinero
Palmazón	Ambiente triste, aburrido o sin ninguna diversión
Pana	Plato, pozuelo, recipiente de plástico
Patango/a	Regordete
Pesquisón/a	Curioso/a
Pichel	Jarrón
Pichelero	Hombre de nivel social medio o alto que enamora a las empleadas domésticas
Pichinga	Jarra
Pilibuey	Vaca
Piligüey	Carnero, oveja sin pelo
Pinolillo	Bebida hecha de Maíz
Popeando	Hirviendo
Pujagua	Variedad de maíz de mazorca pequeña con grano morado
Q	
Quequisque	Guagui
S	
Sandia	Melón

Sipote	Un Bebe, niño pequeño
Socado	Apretado
T	
Pinche	Tacaño
Tajador	Sacapuntas
Te mire	Te vi
Te miro	Te veo
Te vengo a traer	Venir a recogerte
Traer	Recoger
Tuca	Pedazo de árbol
Tukito	Pedacito de cualquier cosa
Ujú	Para expresar acuerdo y aprobación de lo que afirma el interlocutor.
Un carajo	Un muchacho
Vaga	Prostituta
Y	
Yoltamal	Tamal de Maíz tierno pero con Azúcar y envuelto en la hoja del maíz
Z	
zancudo	mosquito
Zanganada	Gente vaga, molestar

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE LA CESÁREA DE URGENCIA.

Autores. Lic. MsC. Daimy Rodríguez Díaz¹, Lic. MsC Zenia T. Sánchez García², Lic. Ricardo Ramos Estrada³, Lic. Rosania Enriquez Rodríguez⁴, Lic. MsC Jayce Díaz Díaz⁵, Dra. MsC. Amarilys Martínez Guerra⁶

¹daimy.rodriguez@gal.sld.cu, Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” – Cuba, ² zeniasg@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos - Cuba, Master en Atención Primaria de Salud, ³ ricardo.ramos@gal.sld.cu, Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” – Cuba, ⁴ rosania.enriquez@gal.sld.cu, Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” – Cuba, ⁵ jaycedd@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos - Cuba, Máster en Educación.⁶ dircit@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos – Cuba, Directora de Ciencia e Innovación Tecnológica, UCMC, Master en Atención Integral a la Mujer

RESUMEN.

La obra de la revolución en la salud pública cubana ha priorizado siempre a los grupos poblacionales de riesgo, así han sido destacadas las acciones sociales y de salud con relación a la mujer y los niños, dentro de estos programas se encuentra el Programa Materno Infantil en el cuál se vela mucho por la operación cesárea, pues inicialmente estaba reservada sólo para algunos casos excepcionales, y hoy en día, es la cirugía abierta más frecuentemente realizada en las mujeres. La enfermería como profesión social es responsable del cuidado de las necesidades humanas y está obligada a ofrecer una atención esmerada y consciente, desarrollando técnicas y procedimientos invasivos y no invasivos que respondan a los requerimientos de los pacientes sanos o enfermos, jugando un papel fundamental en este tipo de procedimiento. El objetivo que pretendemos con la realización de este trabajo es Proponer una guía de intervención de enfermería para el manejo de la cesárea de urgencia. Dicha guía se elaboró teniendo en cuenta 2 etapas, una de diagnóstico y otra de elaboración donde se tuvo como premisa el Proceso de Atención de Enfermería. Esta guía está basada en los criterios y modelos que incluye el PAE.

INTRODUCCIÓN

El Programa Materno Infantil constituye una tarea de primer orden para el sistema de salud. La obra de la revolución en la salud pública cubana ha priorizado siempre a los grupos poblacionales de riesgo, así han sido destacadas las acciones sociales y de salud con relación a la mujer y los niños. Con este programa el Ministerio de Salud Pública persigue elevar el nivel de salud y el bienestar de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en la mujer embarazada o no, y en los niños y adolescentes. Entre sus objetivos generales cuenta con el mejoramiento de la atención ginecobstétrica, pediátrica y del adolescente, priorizando los grupos de riesgo.¹

El índice de la operación cesárea es uno de los indicadores diseñados para la evaluación cualitativa de la atención perinatal, este proceder es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en el servicio de obstetricia, hacer o no operación cesárea es un dilema de la práctica cotidiana del ginecobstetra. Es reconocida como un recurso de extraordinaria utilidad, concebida como medida salvadora para la madre y el feto, y ha sido abordada en múltiples trabajos tanto nacionales como extranjeros.¹

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas.²⁻³

La operación cesárea, inicialmente reservada sólo para algunos casos excepcionales, es hoy en día, por mucho, la cirugía abierta más frecuentemente realizada en las mujeres. De hecho, en las últimas dos décadas, su uso se ha incrementado tanto, que lo que inicialmente surgió como una solución, ahora se vislumbra como un problema.⁴

Hacer o no la operación cesárea es un dilema de la práctica cotidiana del obstetra. Aunque es reconocida como un recurso de extraordinaria utilidad y está concebida como medida salvadora para la madre y el feto, no se debe devaluar su efecto negativo sobre la salud de la madre. Sus complicaciones son esperadas y aunque se ha logrado practicar la cesárea segura, esto no indica que no puedan aparecer efectos adversos que hagan que el resultado no sea el esperado.

En sus inicios, la altísima mortalidad materna (MM) atribuible a la cesárea hizo que los obstetras comenzaran a realizarla con cierto temor hasta que, finalmente, con el advenimiento de la hemoterapia, la anestesiología y gracias al empleo de los antibióticos, la morbimortalidad materna por esta causa comienza a descender. No obstante, resulta importante no desestimar los riesgos de la operación cesárea pues acorde a lo planteado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), "El incremento del índice de cesáreas más allá del límite de sus beneficios, agrega morbilidad y costo, y se transforma de solución, en problema".^{1, 5}

La enfermería como profesión social es responsable del cuidado de las necesidades humanas y está obligada a ofrecer una atención esmerada y consciente, desarrollando técnicas y procedimientos invasivos y no invasivos que respondan a los requerimientos de los pacientes sanos o enfermos, perfeccionando las tecnologías propias de la profesión, de tal manera que pueda responder con eficiencia, eficacia y oportunidad en el ámbito de la atención preventiva, curativa y de la rehabilitación.

El objetivo que pretendemos con la realización de este trabajo es Proponer una guía de intervención de enfermería para el manejo de la cesárea de urgencia.

DESARROLLO

DISEÑO METODOLÓGICO

Etapas de la investigación

La investigación contó con dos etapas:

Etapa de diagnóstico: En esta etapa se diagnosticó el modo de actuación actual de los profesionales de enfermería mediante la observación participante que sirvió de base para la siguiente **Etapa de elaboración** ya que teniendo en cuenta las dificultades detectadas y con el criterio de los especialistas se determinaron las acciones necesarias que deben regir el modo de actuación profesional de los enfermeros en el manejo de la cesárea de urgencia diseñando una guía de intervención de enfermería que fue validada por el criterio de los especialistas.

Guía de intervención de enfermería para el manejo de la cesárea de urgencia

A nivel mundial, el parto por cesárea se ha incrementado, provocado fundamentalmente por lo que se conoce como parto medicalizado, al ser ofrecido como opción a las mujeres de cómo tener a sus hijos, práctica fuertemente criticada por otros autores por las complicaciones que dicho proceder implica.^{6,7}

La Cesárea tiene complicaciones maternas y fetales y estas pueden presentarse en el trans y post operatorio. Dentro de las complicaciones que con más frecuencia se observan en el trans operatorio se relacionan la hemorragia, los accidentes quirúrgicos, el embolismo del líquido amniótico y las complicaciones anestésicas; las cuales difieren de las complicaciones que aparecen en el post operatorio donde se citan la hemorragia, los hematomas, y de aparición más tardía los trastornos del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base, el íleo paralítico mecánico, hematomas y sepsis, entre otras.⁸

A pesar de la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal y aunque es indiscutible que las cesáreas bien indicadas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, no pueden soslayarse los riesgos del procedimiento. Hoy en día se reconoce que en el 46,8% de las MM directas está presente, de una u otra forma, la cesárea.⁹

- 10

Los enfermeros que laboran con pacientes que reciben procedimientos quirúrgicos deben ser profesionales que posean calificaciones complementarias a las del enfermero de cuidados generales que desarrolla un modelo de atención sistémico, integral y especializado sobre la base de estándares de enfermería, validados por un proceso de análisis, diseño, desarrollo e implementación fundado en el método científico y proceso de enfermería. Ellos realizan cuidados perioperatorios especializados en cirugía basados en un modelo de organización y gestión que se desprende de una planificación de los cuidados, el desarrollo de programas de calidad, la formulación de estándares y el monitoreo efectivo de las operaciones programadas y realizadas como una forma de medir y evaluar la gestión de recursos humanos y logísticos.

En muchas instituciones del mundo los profesionales de enfermería realizan los cuidados a los pacientes basándose en protocolos elaborados, en manuales de procedimientos (no siempre actualizados) mientras que otros hacen lo correcto y basan sus cuidados en los modelos y teorías de enfermería. Nosotros proponemos esta guía de intervención basados en el modelo conceptual de Virginia Henderson y a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), utilizando la clasificación de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de 2011.¹¹

La autora considera importante esta guía ya que los pacientes que ingresan en esta unidad se encuentran en situación de compromiso vital y los cuidados que precisan son muy especializados. Se requieren enfermeras (os) con conocimientos y habilidades suficientes para trabajar con criterios de prioridad y coordinación. Deben además controlar el entorno y manejar correctamente el equipamiento de la unidad.

Modelo conceptual de Virginia Henderson

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Ella definió la función de enfermería de la siguiente manera:

"La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte); actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico".

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo.

El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarle a morir dignamente.

Elementos fundamentales del modelo

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de Virginia Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico.

Las 14 necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Relación entre el modelo de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático de prestar cuidados enfermeros. En la propuesta de guía de intervención que se hace, su empleo va a estar guiado por el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Valoración

Esta etapa orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos. Se formulan los diagnósticos de enfermería.

Diagnóstico de enfermería: Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y que se soluciona a través de intervenciones determinadas por ella. Definen la actuación enfermero destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. Se utilizan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de 2011.

Intervención

En esta etapa se establece un orden de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir. Se formula el plan de cuidados y se aplican las acciones.

Objetivos: Reflejan el resultado esperado, son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del paciente y no de la enfermera.

Plan de cuidados: Debe dar todo el protagonismo a la persona / familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados. El modelo adoptado repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas.

Evaluación

En la fase de evaluación, se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Consta de valoración de la situación actual del paciente, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados.

Es importante resaltar que la valoración de enfermería es una parte vital ya que es la primera etapa del proceso de enfermería y de esta dependerá en gran parte los cuidados que el profesional de esta disciplina le proporcione al paciente; se hace con el fin de lograr llegar a un diagnóstico enfermero exacto, para esto se han creado diferentes herramientas con el paso del tiempo, no obstante, la más utilizada es la propuesta de patrones funcionales de Marllory Gordon (1992); estos patrones funcionales le permiten a la enfermera/o realizar una valoración sistemática a cada paciente con el fin de recaudar información de una manera ordenada que facilite el análisis de esta información. Los parámetros funcionales contienen algunos aspectos que son relevantes para la salud de todas las personas; estos parámetros son once patrones que sirven para valorar diferentes aspectos pero siempre buscando mantener una óptica integral del ser humano. Los patrones son:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional – Metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad – Ejercicio
- Patrón 5: Sueño – Descanso
- Patrón 6: Cognitivo – Perceptual
- Patrón 7: Auto percepción - Auto concepto
- Patrón 8: Rol – Relaciones
- Patrón 9: Sexualidad – Reproducción
- Patrón 10: Adaptación – Tolerancia
- Patrón 11: Valores- Creencias

Conclusiones.

La sistematización teórica permitió evidenciar que la dificultad en las acciones de enfermería a desarrollar durante el manejo de la cesárea de urgencia constituye un reto en el modo de actuación del enfermero, el cual deberá de apertrecharse de un conjunto de conocimientos y desarrollar las habilidades que le permitan un modo de actuación activo, responsable y creador ante las exigencias de la nueva sociedad.

Se diseñó una guía de intervención que se sustenta en los referentes teóricos de las acciones de enfermería ante el manejo de la cesárea de urgencia.

La guía propuesta fue validada por especialistas, quienes coincidieron en otorgar la máxima evaluación en relación con su grado de aplicabilidad, viabilidad y generalización a otros escenarios del Sistema Nacional de Salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conde Rebozo A. "Glosario histórico de la operación cesárea". Revista 16 de Abril. Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/>.

2. Cesárea. Parto y nacimiento. Disponible en: <http://www.babysitio.com/>
3. Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/>
4. Quispe AM, Santivañez-Pimentel A, Leyton-Valencia I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev Peru Med Exp Salud Publica vol.27 no.1 Lima enero/mar. 2010. Disponible en: <http://www.scielosp.org/>
5. Villarreal Peral C. "La epidemia nos ha alcanzado". Rev Ginecol Obstet Mex. 2015; 73 (5):286-7.
6. Constante P. Una epidemia de cesáreas. Bid America, julio-agosto 2010; 7(3): 22-45.
7. Olza I. Parto natural. La cesárea Disponible en: <http://www.holistika.net/>
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Consenso de Procederes diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2015.
9. Acien Álvarez P. "Tratado de Obstetricia y Ginecología". Alicante: Ediciones Molloy; 1998.
10. Marocco A. "Cuatro de cada diez partos son por cesáreas". Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2016.
11. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Heberprot-P® una alternativa científica eficaz en la calidad de vida del paciente con Píe Diabético.

Autor: MsC. Lic. Anaisa Cecilia Del Sol Zerquera, Lic. Anaisa del Sol Zerquera, anaisa.delsol@gal.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguia Lima. Cienfuegos, Cuba, Jefe de Enfermería del servicio de Angiología del HGAL en Cienfuegos, MsC. En Atención Integral a la Mujer, Miembro Titular de la SOCUENF, Profesor Asistente.

Coautor: Dra. Ivonne Marrero Rodríguez, ivonnemr@jagua.cfg.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguia Lima. Cienfuegos, Cuba, Jefe del servicio de Angiología del HGAL en Cienfuegos, MsC en Enfermedades Infecciosas, Profesor Asistente. Miembro Titular de la SCACV.

RESUMEN:

Introducción: El pie diabético es una complicación crónica prevenible de los pacientes con Diabetes Mellitus y es la causa de la mayoría de las amputaciones no traumáticas. Constituye un problema sanitario con una importante repercusión social y económica. Constituye un problema sanitario con una importante repercusión social y económica en la que el descontrol metabólico, la macro y la microangiopatía, y la ulceración o trauma, contribuyen a su desarrollo. **Objetivo:** demostrar la eficacia del Heberprot-P® como alternativa científica en la calidad de vida de los pacientes con Píe Diabético. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de serie de casos donde se aplicó el Heberprot-P en las lesiones de pie diabéticos en el Servicio de Angiología y Cirugía vascular del Hospital Dr Gustavo Aldereguia Lima de Cienfuegos en el periodo comprendido desde Marzo hasta Diciembre del 2015. **Resultados:** Quedó demostrada la eficacia del Heberprot-P en el tratamiento del Píe Diabético, ya que estimula la granulación y la epitelización de lesiones extensas, así como el cierre de las mismas. **Conclusiones:** En los pacientes tratados con el Heberprot-P, la evolución fue satisfactoria, se redujo el número y la extensión de desbridaciones quirúrgica, el numero de amputaciones y la recurrencias locales a largo plazo de las lesiones, contribuyendo así a la integración social con mínimo de invalides y mejorando la calidad de vida de los pacientes con este tipo de afección.

Palabras clave: Heberprot-P, Pie diabético, Diabetes Mellitus

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus (DM) constituye hoy día un serio problema de salud. La Organización Mundial de la Salud estima que existen unos 200 millones de enfermos en todo el mundo. Esta cifra pudiera duplicarse en los próximos años, de modo que esta enfermedad puede llegar a cobrar más muertes cada año que el virus VIH/sida.

Una de las complicaciones más comunes de la DM es la úlcera del pie diabético (UPD), una fuente importante de morbilidad y mortalidad en pacientes diabéticos. El número de pacientes con diabetes aumenta en la mayoría de los países como consecuencia del envejecimiento marcado de la población y el estilo de vida sedentario que se propicia la modernización de la vida.¹

La Diabetes Mellitus es un problema sanitario con una importante repercusión social y económica. El pie diabético es una complicación crónica prevenible y aún es la causa de la mayoría de las amputaciones no traumáticas; el descontrol metabólico, la macro y la microangiopatía, y la ulceración o trauma, contribuyen a su desarrollo.

La Revolución Científico-Técnica (RCT) ha representado una posibilidad extraordinaria de progreso para el proceso salud-enfermedad en el hombre, tanto por su influencia sobre el desarrollo social en general como sobre el desarrollo de las ciencias médicas. Eso se concreta en la mayoría de indicadores como el aumento de la expectativa de vida, la sensible disminución de la morbilidad de enfermedades y las enormes posibilidades que tienen a mano estas ciencias que no las tenían en el siglo pasado.

En los últimos años el desarrollo acelerado de la ciencia y la técnica ha proporcionado conocimientos, entre ellos los relacionados con la biología molecular y celular; y particularmente con el descubrimiento del factor de crecimiento epidérmico y su capacidad para estimular la formación de tejido de granulación y acelerar la reepitelización en las úlceras del pie diabético.

La diabetes mellitus es un preocupante problema de salud que aporta el 84% de las amputaciones de los miembros inferiores por úlceras en el mundo. El Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB) de Cuba diseñó una estrategia de ensayos preclínicos, desarrollo farmacéutico, productivo, ensayos clínicos y negocios de un medicamento inyectable para el tratamiento de las úlceras del pie diabético. Heberprot-P® es el único fármaco registrado a escala mundial, cuyas propiedades terapéuticas, modo de aplicación y nicho de indicación han ejercido un extraordinario impacto médico, social y económico en Cuba y otros países.

La segunda edición del congreso internacional sobre la Atención integral al paciente con úlceras del pie diabético con el uso de Heberprot-P se celebró exitosamente del 12 al 14 de diciembre pasado en el hotel Memories Varadero, en Cuba. Más de 500 delegados de 37 países asistieron y fueron actualizados en el tratamiento con Heberprot-P de las úlceras del pie diabético (UPD) y las estrategias para el cuidado de los pacientes diabéticos.

El novedoso producto cubano Heberprot-P está indicado para el tratamiento de las úlceras complicadas del pie diabético (UPD). Una vez aprobado su registro sanitario, pasó a formar parte del Cuadro Básico de Medicamentos de Cuba, y se inició el proceso de extensión nacional. Más de 3800 pacientes diabéticos con úlceras en sus pies en Cuba han recibido las bondades de este medicamento, que se administra en más de 85 instituciones de salud del país. Se ha establecido un Programa de atención integral al paciente con úlcera del pie diabético que incluye el uso del Heberprot-P. Este programa está organizado sobre la base del trabajo coordinado del nivel primario y secundario de salud, en el que se funden el papel preventivo y terapéutico de la atención al paciente diabético. El Ministerio de Salud Pública cubano ha establecido indicadores de impacto para medir y controlar el desarrollo de este programa.

En Cuba la población diabética constituye aproximadamente el 4,5% del total, estimándose unas 12 000 UPD/año y el número de amputaciones en 1800 casos. Uno de los problemas más acuciantes que alteran la dinámica de las poblaciones en la actualidad a nivel mundial es el envejecimiento poblacional. Se calcula que el promedio de la esperanza de vida en todo el mundo alcanzará los 73 años en el 2020. En Cuba, la esperanza de vida de los cubanos es hoy de 77 años, apuntando el cuadro demográfico de la nación a un sostenido crecimiento de la cantidad de personas con 60 o más años

Es por ello que como autora del presente trabajo, me propongo demostrar la eficacia del uso de la tecnología y las ciencias en la solución de los problemas de salud del paciente diabético, con la materialización de un proceso de atención multidisciplinaria.

Para ello nos trazamos como objetivo:

Demostrar el impacto del Heberprot-P como alternativa científica eficaz en la calidad de vida de los pacientes con Píe Diabético.

OBJETIVOS

General:

- Demostrar la eficacia del Heberprot-P® como alternativa científica en la calidad de vida de los pacientes con Píe Diabético.
- **Específicos:**
 1. Caracterizar los pacientes tratados con Heberprot-P según variables demográficas y clínicas.
 2. Relacionar el estado de la lesión con la clasificación de Mc.Cook.

DESARROLLO

Las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus son un problema de salud a escala mundial, y dentro de ellas el Pie Diabético continúa siendo una complicación grave de la Diabetes Mellitus y se mantiene como un reto para los servicios de salud.

La diabetes mellitus tipo 2 es la más frecuente de sus formas clínicas, se presenta en más del 90% de los pacientes, suele iniciarse después de la cuarta década de la vida y su incidencia aumenta con la edad. En nuestro estudio se demuestra un franco predominio de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con el 99.2% del total de casos estudiados.

El pie diabético se presenta con más frecuencia en los pacientes con diabetes tipo 2, en el sexo femenino y en los mayores de 60 años según trabajos de Castillo y cols, y otros autores.^{14, 15}

Es de interés conocer que se enferman más mujeres por diabetes; no obstante, las defunciones en ellas ocurren más tardíamente que en los hombres, ósea que esta disparidad en el comportamiento de la mortalidad por sexo puede orientar a la toma de una serie de medidas en el control de los posibles factores relacionados.¹⁶

Estudios realizados en Cuba, por Gallardo Pérez demuestran que el pie diabético neuroinfeccioso (según la clasificación propuesta por McCook) constituye alrededor del 80% de las causas de ingreso en los servicios de Angiología.¹⁷

Los resultados de esta investigación reflejan resultados similares, a lo comentado anteriormente, predominando el pie diabético neuroinfeccioso en el 84.6 %, el sexo femenino y en los pacientes mayores de 60 años y se encontró que el grado 3 de Wanger es el más frecuente tanto para las lesiones complejas como para las menos complejas.

En relación con la clasificación de Wanger, apreciamos que el grado III es el que con mayor frecuencia se presenta, seguida del grado II, en función de los resultados anteriores, vemos que aumentan considerablemente los pacientes no amputados con resultados estadísticamente significativos.

En el grado IV también hay reducción de un 50% del número de amputación y para el grado V, también es apreciable la reducción del número de amputación.⁶

En cuanto a la evolución del paciente hacia la curación completa, podemos decir que en el 73.5% de los casos se obtuvo cicatrización de la lesión y solo se reporta el 1.1 % sin respuesta, En la literatura revisada, existen estudios muy recientes que demuestran la eficacia del producto y muestran resultados muy alentadores.^{1,8,9}

El pie diabético es conocido mundialmente por su morbilidad, índice de amputación y complicaciones. Cada 30 segundos se estima que en el mundo una persona diabética sufre una amputación, mientras que más de 287 millones de seres humanos padecen esta enfermedad, incluyendo niños y jóvenes. En este contexto, la industria biotecnológica cubana ha desarrollado y probado la eficacia de un producto llamado Heberprot-P, que está llamado a revolucionar el tratamiento de la úlcera del pie diabético, un peligroso padecimiento¹⁸

Cuando se revisa la literatura y se analizan las tasas de amputaciones encontramos, que en los pacientes portadores de un Pie diabético con tratamiento convencional, presentan tasas elevadas de amputaciones tanto menores como mayores, de 49% y 43% respectivamente, vemos que, en el grupo de pacientes que recibieron como tratamiento a el heberprot P, se reduce el número de amputaciones mayores a un 1.5%

En Estados Unidos y Europa las lesiones complicadas en el pie diabético generan más del 50% de las amputaciones no traumáticas.¹⁹

Por ello su aplicación se ha extendido a todo el país, habilitando el uso del medicamento no solo en los hospitales y centros especializados, sino llevando este proceder a los policlínicos comunitarios que reúnen el aseguramiento logístico para satisfacer esta demanda de los pacientes diabéticos con úlceras en los pies y lograr finalmente mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos y disminuir el número de amputaciones de las extremidades.

RESULTADOS

1. Predominó el sexo femenino con el 53.9% y los grupos de edades mayores de 60 años.
2. Se presenta con más frecuencia la Diabetes tipo II en el 99.2% de los caso y el pie diabético neuroinfeccioso con el 84.6%,
3. El 73.5 % de los casos cicatrizaron y solo al 0.8% se le realizó una amputación mayor.
4. El pie diabético neuroinfeccioso alcanza mayores porcentos de cicatrización y en el isquémico se alcanzan mayores porcentos de amputación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Acosta SG, Posada BCG, Rodríguez IM. Evolución clínica del tratamiento en el pie diabético con heberprot-p o con el método convencional. [en linea] 2011 [Consultado 3 feb de 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol_11_2_11/ang07211.htm.
- 2.- Valenciaga JL. Día Mundial de la Diabetes 2005. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2005; 21:3-4.
- 3.- American Diabetes Association (ADA) 72 nd sessions: Abstract CT-SY22, June 9, 2012. Lancet, published on line, June 9, 2012.
- 4.- Almaguer Herrera A, Miguel Soca PE, Reynaldo Sera C, Mariño Soler AL, Oliveros Guerra RC. Actualización sobre diabetes mellitus. CCM. 2012[citado 24 ene 2013];
- 5.-Anuario Estadístico 2004. [en linea] 2004 [Consultado 3 feb de 2015]. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/servicios/estadisticas/>.

- 6.-García Herrera A, Rodríguez Fernández R, Rodríguez Hernández L, Acosta Cabadilla L, Febles Sanabria R, Pancorbo Sandoval CA, et al. Reducción de las amputaciones con Heberprot P en la terapia local del pie diabético. *Revista española de investigaciones quirúrgicas*. 2011;14(1): 21-6.
- 7.- American Diabetes Association. Consensus development Conference on Diabetic Foot Wound Care. *Diabetes care*. 1999; 22:1354-60.
- 8.- Berlanga J. Heberprot-P: experimental background and pharmacological bases. *Biotechnol Ap.l* [en línea]. 2010 [consultado 20 oct de 2012];27(2):88-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1027-28522010000200002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1027-2852.
- 9.- Fernández-Montequín JI, Infante-Cristiá E, Valenzuela-Silva C, Franco-Pérez N, Savigne- Gutierrez W, Artaza-Sanz H, et al. Intralesional injections of Citoprot-P (recombinant human epidermal growth factor) in advanced diabetic foot ulcers with risk of amputation. *Int Wound J* .2007;4(4):333-43.
- 10.- Raices M. Farmaco- economía de la diabetes y las úlceras de pie diabético. XVII Encuentro Nacional de PAIPUD. La Habana (marzo), 2016.
- 11.- Mc Cook J. Pie Diabético: Epidemiología. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 1979;17(3):163-73.
- 12.-Simmons Z, Feldman EL. Update on diabetic neuropathy. *Curr Opin Neurol* .2002; 15(5):595-603.
- 13.- Cohen S, Carpenter G. "Human Epidermal Growth Factor. Isolation and Chemical and Biological Properties". *Proc Natl Acad Sci USA*. 1975; 72: 1317-21.
- 14.-Montequín FJI, Infante CE, Valenzuela SC, Franco PN, Savigne GW, Artaza SH, et al. Intralesional injections of Citoprot-P (recombinant human epidermal growth factor) in advanced diabetic foot ulcers with risk of amputation. *International Wound Journal*. 2007; 4(4):333-43.
- 15.-Hernández Rivero MJ, Llanes Barrios JA, Acosta Laperla DS. Heberprot-P, una terapia eficaz en la prevención de la amputación en el pie diabético. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc*. 2005; 6(1):21-6.
- 16.- Fernández FR, Díaz IL, Varona AA, Varela AH. Impacto del Heberprot-P en la reducción de la frecuencia de amputaciones por pie diabético en Camagüey, año 2007. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*. 2009; 10(1): 33-41.
- 17.- Hernández Yero, José A. Diabetes Mellitus, hacia donde vamos y como enfrentarla en el futuro .*Revista Cubana Endocrinología* vol.24no.1. Ciudad de la Habana.ene.-abr.2013
- 18.- Martorell A. *Angiología*. Madrid: Salvat Editores; 1967. p. 45-79.
- 19.-González A, Carballosa E, González D. Morbilidad por el síndrome de pie diabético. *Rev Cubana Ang Cir Vasc* 2003;(4):12-6.
- 20.-Zangronis L, Gallardo U, Puentes I, Rubio Y, Castro J. Prevalencia de las enfermedades vasculares periféricas en miembros inferiores de pacientes con diabetes mellitus. *Rev Cubana Ang Cir Vasc*. 2005; 6(1). <http://www.juventudrebelde.cu/suplementos/en-red/2010-09-25/bioteconologia-cubana-cambio-de-un-paradigma/>
- 21.- Jackson WP, Louw JH. The diabetic foot. *S. A. Medical Journal*. 1979; 56(87):87-94.

ANEXOS

TABLA #1. Distribución de los pacientes tratados con Heberprot-P según grupos de edades y sexo.

Grupo Edad	SEXO				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
20-39	15	4.5	5	1.7	20	3.2
40-59	125	37.9	110	39.1	235	38.5
60-79	190	57.6	167	59.2	357	58.3
Total	330	53.9	282	46.1	612	100

Base de datos nacional de Heberprot-P

TABLA #2. Comportamiento del tipo de Diabetes Mellitus

Tipo D.M	No	%
Tipo I	4	0.8
Tipo II	608	99.2
Total	612	100

Fuente: Base de datos nacional de Heberprot-P

TABLA #3. Distribución de los pacientes según la clasificación de Mc.Cook

Clasificación de Mc.Cook	No.	%
Neuroinfeccioso	517	84.6
Isquémico	95	15.5
Total	612	100

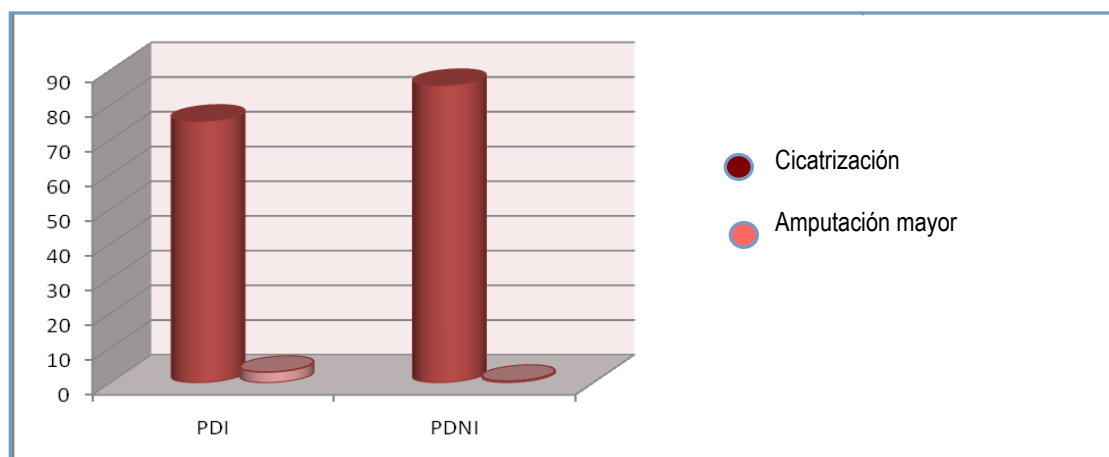
Fuente: Base de datos nacional de Heberprot-P

TABLA #4. Relación entre el estado de la lesión y la clasificación de Mc.Cook

Estado de la lesión	Clasificación de Mc.Cook				Total	
	Isquémico		Neuroinfeccioso			
	No	%	No	%	No	%
Cicatrización	80	84.2	370	71.5	450	73.5
Cierre parcial	10	10.5	140	27.3	150	24.6
Amputación mayor	4	4.3	1	0.1	5	0.8
Abandono del Tratamiento	1	1.0	6	1.1	7	1.1
Total	95	15.5	517	84.4	612	100

Fuente: Base de datos nacional de Heberprot-P

Gráfico # 1. Relación entre el estado de la lesión y la clasificación de Mc.Cook



Fuente: Tabla #4

TÍTULO: HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA COMPLICADA.

TITLE: TRAUMATIC AND COMPLICATED DIAPHRAGMATIC HERNIA

Autores:

Amanda Rodríguez Chaviano, anafrank95@gmail.com, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Carrera de Medicina, 5to año.

Marian Amanda Vázquez Núñez, medmavn970429@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Carrera de Medicina, 3er año.

Erika Solange Ruíz Domínguez, medesrd970116@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Carrera de Medicina, 3er año.

Tutor: Dr. Mayquel Monzón Rodríguez, Hospital General Universitario Gustavo Aldereguía Lima, Jefe del Servicio de Cirugía General, Especialista de 2do Grado en Cirugía General y MGI, Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Resumen

La Hernia Diafragmática Traumática es una patología infrecuente que aparece mayormente secundaria a traumas toraco-abdominales penetrantes. Se define como el pasaje al tórax de vísceras abdominales como consecuencia de la acción de un trauma. Su diagnóstico se realiza generalmente de forma tardía y requiere de su sospecha clínica. Se presenta un paciente masculino que acude a urgencias con un cuadro oclusivo intestinal y antecedentes de traumatismo penetrante en hemitórax izquierdo hace un año. Se le realiza tratamiento quirúrgico por laparotomía. Para realizar esta presentación se tuvo como objetivo la caracterización de la evolución de una hernia diafragmática traumática izquierda como complicación de un traumatismo penetrante torácico, para lo cual se revisaron 27 publicaciones nacionales e internacionales de revistas de gran prestigio científico. Se concluye que el tratamiento es siempre quirúrgico, mayormente son diagnosticadas en su fase catastrófica y es primordial la sospecha clínica.

PALABRAS CLAVE: HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA, OCLUSIÓN INTESTINAL, TRAUMATISMO

Abstract

Traumatic Diaphragmatic Hernia is an infrequent pathology that appears mostly secondary to penetrating thoraco-abdominal trauma. It is defined as the passage to the thorax of abdominal viscera as a consequence of the action of a traumatic agent. Diagnosis is usually delayed and requires clinical suspicion. We present a male patient who attends to the emergency department with an occlusive intestinal condition and a history of penetrating trauma in the left hemithorax one year ago. Surgical treatment is performed by Laparotomy. The purpose of this presentation was to characterize a left traumatic diaphragmatic hernia as a complication of a penetrating thoracic trauma, for which 27 national and international publications of journals of great scientific prestige were reviewed. It

is concluded that the treatment is always surgical, mostly diagnosed in its catastrophic phase, clinical suspicion is primordial.

KEY WORDS: TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA, INTESTINAL OCLUSION, TRAUMATISM

Introducción

La hernia diafragmática traumática constituye un reto diagnóstico-terapéutico en pacientes con trauma cerrado o abierto manejados de forma conservadora, con riesgo elevado de lesiones diafragmáticas inadvertidas y mayor probabilidad hacia una evolución crónica, lo cual manifestará complicaciones tardías (restricción de la función respiratoria, necrosis de vísceras abdominales con perforación y sepsis), incrementando la morbilidad y mortalidad hasta en 70 %.¹⁻²

Cuando se habla de lesiones diafragmáticas, se tiene que definir el área toraco-abdominal como aquella zona que, al sufrir un traumatismo, puede significar lesiones en el tórax, el abdomen y el diafragma. La zona toraco-abdominal está delimitada, en su parte superior, por la unión de las dos líneas medio-claviculares con el cuarto espacio intercostal en la región anterior, sexto espacio intercostal en la región lateral y octavo espacio intercostal en la región posterior; en su parte inferior, el área toraco-abdominal está delimitada por todo el reborde costal³; ésta es la zona que corresponde al área de excursión del diafragma.

La herniación de órganos intraabdominales hacia la cavidad torácica puede ocurrir a través de defectos congénitos o adquiridos en el diafragma, estos últimos principalmente de origen traumático. Las hernias diafragmáticas traumáticas (HDT) se producen por lesiones por arma blanca, armas de fuego, traumatismo cerrado directo e indirecto.⁴ Ocasionalmente, también contribuyen al trauma del diafragma los fragmentos costales cuando hay fracturas y la colocación de tubos de tórax.⁵⁻⁶

El aumento de los accidentes de tránsito debido a los nuevos estilos de vida de era moderna, han provocado un ascenso en la incidencia de esta entidad que varía de 0,8 a 5,8 %, con un promedio del 3 % en todas las lesiones traumáticas toraco-abdominales. Su mortalidad alcanza el 13,7 %, siendo más frecuente la lesión del hemidiafragma izquierdo en el 98 % de las veces, generalmente el defecto es amplio. Afecta principalmente a hombres jóvenes, en la tercera década, con una relación hombre-mujer de 4:1⁷. El 90% de las hernias diafragmáticas carecen de saco.

Las lesiones traumáticas en el diafragma son una rara condición, y a pesar de haber sido reconocidas de forma temprana en la historia de la cirugía, adecuadamente entendidas y documentadas, siguen siendo hoy en día una entidad de difícil diagnóstico y desafío para el cirujano general.⁸

Para no pasar por alto este tipo de lesión, que conlleva una elevada mortalidad, es necesario mantener un alto índice de sospecha diagnóstica, que se basa en el mecanismo de lesión y características del cuadro clínico.

Se asiste en el Hospital General Universitario " Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos a un paciente con una Hernia Diafragmática Traumática. En la literatura científica cubana se reportan pocos casos con estas particularidades,

lo que nos lleva a plantear como problema científico: ¿Cuáles fueron las características clínico-quirúrgicas de la presentación de una Hernia Diafragmática Traumática en un paciente politraumatizado, con una oclusión intestinal? La presentación de este caso constituye un medio de profundización en el tema, es a su vez un punto de partida para el desarrollo de polémicas. Dicha asociación de patologías y lo infrecuente de la localización, así como las posibles complicaciones que se pudieran encontrar hacen interesante el caso.

Objetivo:

1. Caracterizar la presentación de una Hernia Diafragmática como complicación en un trauma penetrante toraco-abdominal por arma blanca.

Presentación del Caso

Paciente YAH de 27 años de edad, blanco, masculino, de procedencia rural, con Antecedentes Patológicos de Salud de traumatismo toraco-abdominal por arma blanca de hace 1 año, del cual no se lograron extraer muchas características, sin otras alteraciones aparentes, solo necesitó colocación de sonda pleural; que acude el 19/02/2017 porque hace aproximadamente 5 días estuvo ingresado en sala de Cirugía General con un cuadro de Epigastralgia, egresa sin resolver el problema en su totalidad y regresa, esta vez, presentando dolor abdominal generalizado de tipo cólico que se acompañó de distensión abdominal, vómitos en número de 6 de características biliosas y constipación; se examina y se describe solamente positivo la distensión abdominal con dolor a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen superior, timpanismo generalizado; al Tacto Rectal no se describen alteraciones, ampolla vacía.

Se le realizan complementarios:

Hemogasometría Arterial:

Ph: 7.46; pCO₂: 32.6 mmHg; pO₂: 96.8 mmHg; EB: -0.5 mmol/L; Na: 135 mmol/L; K: 3.2 mmol/L; Ca: 1.03 mmol/L

Hemograma:

Hb: 14.9 g/dL; Hto: 048

Glicemia: 5.6 mmol/L

Amilasa sérica: 50 u

Leucocitos: 7.0×10^9 g/dL; Seg: 86%

Se realiza Rx de Tórax vista Pósterio-anterior detectándose una imagen en hemitórax izquierdo, dentro de la misma una masa de bordes definidos con interfaz aire-líquido en su interior (Ver Anexo 1); para corroborar el cuadro oclusivo se le indicó Rx de Abdomen Simple de pie observándose abundantes niveles hidroaéreos y distensión de asas intestinales. (Ver Anexo 2)

Es decidido el tratamiento quirúrgico de urgencia sospechándose una Oclusión Intestinal Mecánica. Queda como propuesta una laparotomía exploradora y seguir conducta consecuente a la etiología del proceso; se inicia con una incisión paramedia derecha indiferente; dentro de los hallazgos se encuentra gran cantidad de líquido peritoneal, asas intestinales moderadamente distendidas en

su totalidad así como colon derecho y transversos muy distendidos, cerca del ángulo esplénico (Ver Anexo 3) es constatada Hernia Diafragmática Izquierda con epiplón y segmento de colon transversos introducidos hacia el tórax a través de un anillo herniario de aproximadamente 5 cm de diámetro (Ver Anexo 4), se introduce sonda de aspiración de la cavidad abdominal hacia la torácica, se realiza quelotomía, se regresa hacia la cavidad abdominal el segmento de epiplón y colon transversos que se encontró algo modificados pero con peristalsis adecuada y buena coloración (Ver Anexo 5 y 6). Es realizada frenorrafia con Poliéster 1 (Ver Anexo 7 y 8), luego descompresión retrógrada y se deja drenaje cerca de la frenorrafia, en celda esplénica. Es trasladado hacia la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes.

Teniendo en cuenta el historial de trauma penetrante toraco-abdominal por arma blanca se concluye como diagnóstico operatorio Hernia Diafragmática Post-Traumática Complicada.

Su evolución en sala fue favorable y es dado de alta con consulta de seguimiento programada. En la consulta se examina y no se detectan anomalías.

Discusión

El primer caso descrito de hernia traumática del diafragma, es atribuido a Sennertus, quien en 1541 hizo este hallazgo en una necropsia. Posteriormente Ambrosio Paré en 1579, cirujano francés del renacimiento, describió en un estudio de necropsias las consecuencias de la herniación de vísceras abdominales a través de lesiones traumáticas del diafragma.

Pero fue hasta 1958, que Frederick Giuria publicó el primer caso de una hernia traumática del diafragma aguda, en un hombre que tras sufrir un traumatismo toracoabdominal cerrado, por accidente de tránsito, es intervenido vía toracoabdominal comprobándose una lesión del diafragma izquierdo con migración del estómago y el bazo al tórax.⁴

La primera reparación quirúrgica de una hernia diafragmática traumática tras una herida por arma blanca con herniación del epiplón mayor fue realizada por Riolfi en 1886 y la primera reparación tras un traumatismo toraco-abdominal cerrado fue realizada por Walter en 1889, ambas por laparotomía.⁹

Haciendo un recuento anatómico-fisiológico se tiene, entonces, que el diafragma, con su estructura músculo-tendinosa (formado de una parte muscular y otra tendinosa) en forma de domo, representa el límite inferior de la cavidad pleural y el límite superior de la cavidad abdominal.

La porción lumbar es la parte más fuerte del diafragma y se localiza a cada lado de la columna lumbar para formar los pilares diafragmáticos derecho e izquierdo. La parte muscular posterior del diafragma se origina de estos pilares y en los arcos lumbocostales (ligamento arcuato medial y lateral). Los pilares diafragmáticos se pueden subdividir en segmentos medial, intermedio y lateral, y participan en la formación de los hiatos esofágico y aórtico.

Entre la porción muscular esternal y la porción costal existe una brecha cubierta con tejido conjuntivo. Esta brecha en el lado derecho se conoce como el triángulo de Morgagni y, en el izquierdo, como la fisura de Larrey.¹⁰

La arteria frénica inferior nace en el hiato aórtico, ya sea de la aorta o del tronco celiaco, y es de mayor calibre que la frénica superior y, por lo tanto, la principal fuente de irrigación del diafragma.¹¹

Cuando se habla de lesiones diafragmáticas, se tiene que definir el área toraco-abdominal como aquella zona que, al sufrir un traumatismo, puede significar lesiones en el tórax, el abdomen y el diafragma. La zona toraco-abdominal está delimitada, en su parte superior, por la unión de las dos líneas medio-claviculares con el cuarto espacio intercostal en la región anterior, sexto espacio intercostal en la región lateral y octavo espacio intercostal en la región posterior; en su parte inferior, el área toraco-abdominal está delimitada por todo el reborde costal³; ésta es la zona que corresponde al área de excursión del diafragma.

La ruptura del diafragma ocurre con una frecuencia de 5%, en pacientes hospitalizados después de accidentes automovilísticos, hasta 15%, en pacientes con trauma penetrante en la parte inferior del tórax o en la parte superior del abdomen¹²⁻¹⁴, estadísticas donde se puede ubicar al paciente en cuestión debido al historial ya descrito de traumatismo penetrante toraco-abdominal por arma blanca. De 7% a 66% de las lesiones diafragmáticas en pacientes politraumatizados no son diagnosticadas¹⁵, sobre todo en las valoraciones primarias por ser esta una entidad poco frecuente y raramente sospechada; además de venir junto a otras lesiones más llamativas.

El cierre espontáneo de las heridas del diafragma no se produce, pero sí puede ocurrir el cierre temporal por contracción del músculo o por interposición de epiplón.¹⁶

El comité de la Organ Injury Scaling (OIS), de la American Association of Surgery, clasificó las heridas del diafragma en: grado I, contusión; grado II, laceración < 2 cm; grado III, laceración de 2 a 10 cm, y grado IV, laceración >10 cm con pérdida de tejido < 25 cm²; y grado V, laceración con pérdida de tejido >25 cm².

Las hernias se pueden clasificar con base en el tamaño de la lesión durante el transoperatorio, lesión con la propuesta de la Asociación Americana de Cirugía de Trauma, la cual puede ser válida para trauma cerrado o penetrante. Nunca se logró la clasificación en grados de la lesión diafragmática por no ser encontrada durante su fase aguda, solo se logró describir durante la cirugía, un año después del trauma, donde el diámetro del anillo herniario resultó ser de 5 cm de diámetro aproximadamente, entrando en en el grado III, el más frecuente según la literatura revisada.

Con base en la historia natural se pueden presentar 3 fases:

- Fase aguda: comprende las primeras 2 semanas desde el momento del trauma.
- Fase crónica o latente: identificada posterior a 2 semanas del daño.
- Fase catastrófica: donde se hacen evidentes las complicaciones por obstrucción, estrangulamiento e incluso perforación de los órganos o tejidos abdominales herniados a tórax¹⁷⁻¹⁹. Se ha reportado que la mortalidad en este escenario puede ser de hasta el 50%.²⁰

En este caso es encontrado un paciente en fase catastrófica o como otros autores la denominan, obstructiva, mostrando una hernia complicada por un atascamiento, dando lugar a un cuadro oclusivo intestinal mecánico.

Si la lesión lleva cierto tiempo de evolución, el cuadro de obstrucción intestinal por compromiso visceral es el predominante. Puede manifestarse dolor en el hombro o en el epigástrico ¹². Recordando el ingreso anterior donde su sintomatología principal fue la epigastralgia rebelde a tratamiento. El examen físico puede ser normal en 20% a 45% de los pacientes con lesión diafragmática.³

El cuadro clínico puede incluir: dificultad respiratoria de moderada a grave, disminución de los ruidos respiratorios del lado afectado, auscultación de ruidos intestinales en el tórax, movimiento paradójico del abdomen con el ciclo respiratorio e, incluso, palpación de los órganos abdominales en el tórax cuando se va a colocar un tubo de tórax.

La radiografía de tórax es el método diagnóstico más frecuentemente utilizado en el estudio de los pacientes con trauma de tórax y en el diagnóstico de la ruptura diafragmática; método que aportó la mayor cantidad de datos que llevaron a los cirujanos en cuestión a sospechar la presencia de este tipo de herniación. En general, sólo 40,7% a 44% de las lesiones fueron diagnosticadas en el preoperatorio utilizando este método.²¹⁻²²

Existen algunos criterios radiológicos que confirman y otros que sugieren la lesión del diafragma. Entre los criterios confirmatorios están la sonda nasogástrica dentro del tórax y los estudios positivos de gastrografía; criterio inútil en el diagnóstico de la hernia en este paciente por encontrarse contenidos el colon transverso y epiplón. Entre los criterios sugestivos están: las burbujas de aire en el tórax, la irregularidad del reborde diafragmático, la elevación del hemidiafragma, el desplazamiento del mediastino sin causa pulmonar o intrapleural y las atelectasias por compresión del lóbulo inferior.

El uso del Rx para llegar al diagnóstico en este paciente fue un aspecto fundamental, tanto el de tórax como los de abdomen simple, ante un ya sospechado cuadro oclusivo intestinal, la causa de esta oclusión se definió casi en su totalidad durante el preoperatorio gracias a este método.

En caso de sospecha, para algunos, la ecografía es el método de referencia en el diagnóstico de ruptura diafragmática, porque es universalmente aplicable en pacientes politraumatizados, requiere sólo de paciencia y puede repetirse varias veces sin mayor incomodidad para el paciente. Los siguientes son criterios ecográficos que sugieren lesión diafragmática ²³ : falta de continuidad del contorno del diafragma; hernia de órganos intraabdominales, como el hígado o el bazo, dentro del tórax; y hernia de órganos llenos de gas o líquido, como el estómago o el intestino, con presencia, en algunos casos, de ondas peristálticas propias. La ecografía tiene una sensibilidad de 82% para el diagnóstico de lesión diafragmática ²⁴. La efectividad de la ecografía se afecta negativamente por la presencia de enfisema subcutáneo, neumotórax y fracturas costales.

La tomografía computarizada (TC) para el diagnóstico de lesión del diafragma es costosa y no se encuentra disponible en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud. Su sensibilidad en casos agudos va de 33% a 83% y su

especificidad oscila entre 76% y 100%. Su efectividad está entre 50% y 98% .²⁵ En el diagnóstico de lesiones diafragmáticas de larga evolución, la TC debe ser el método de referencia.²²

No fueron necesarios otros medios diagnósticos de alta tecnología, como ya se había dicho antes la sospecha clínica y los Rayos X tomados en el momento de asistencia al cuerpo de guardia resultaron ser los métodos ideales.

La confirmación por cualquier medio de lesión diafragmática, es indicación de corrección quirúrgica. El abordaje depende de si la lesión es aguda o de vieja data. La laparotomía es el abordaje de elección en los casos agudos, porque en un alto porcentaje se acompañan de lesiones de órganos de la cavidad abdominal. Las lesiones simples sobre el tendón central son reparadas con una sutura no absorbible.

Es el caso de la cirugía elegida para la reparación de la hernia y por tratarse de una lesión simple se utilizó Polyester, como sutura no absorbible. Fue escogida la laparotomía como precaución, debido a que el diagnóstico era presuntivo, no definitivo, y en el caso en que se hubiese necesitado abordar abdomen una toracotomía no aportaba la menor cifra de complicaciones

En general, los defectos diafragmáticos secundarios a trauma se pueden corregir afrontando directamente los bordes lesionados. Sin embargo, cuando esto no es posible porque hay pérdida de un área considerable del diafragma, se pueden utilizar materiales protésicos, como mallas de polipropileno, politetrafluoroetileno, mersileno, etc.

Debe garantizarse una tensión adecuada del material de sutura, para evitar los movimientos paradójicos y así mantener una fisiología respiratoria normal.²⁶

Existen varios reportes, con series pequeñas, de corrección de lesiones del diafragma por laparoscopia, con resultados satisfactorios y porcentajes pequeños de conversión a laparotomía.²⁷

Constituye un reto para la medicina cienfueguera ser más puntuales en el diagnóstico de estas lesiones, evitando así la presencia de complicaciones reversibles o irreversibles; su tratamiento como es posible ver ha ido en ascenso en la pirámide del desarrollo.

Conclusiones

1. La Hernia Diafragmática Traumática es una de las patologías más infrecuentes, generalmente son diagnosticadas en su fase catastrófica u obstructiva; además vienen acompañando el traumatismo penetrante con una frecuencia más alta que el contuso y se localizan generalmente en el hemitórax izquierdo.
2. Para su diagnóstico es primordial la sospecha clínica, su tratamiento es siempre quirúrgico; las vías de abordaje las elige el cirujano en cuestión, teniendo en cuenta la menor cifra de complicaciones.

Referencias

1. Reber PU, Schmied B, Seiler CA, Bear HU, Patel AG, Buchler MW. Missed diaphragmatic injuries and their long-term sequelae. *J Trauma* 1998; 44:183-188.
2. Padilla-González MA, Guerrero-Guerrero VH, Ruiz-Galindo GH, Vizcarra-Díaz A. Trauma de diafragma: experiencia de 11 años en el Hospital Central Militar. *Cir Gen* 2001; 23:229-233.
3. Tapias L, Cala H, González G, Rodríguez JD, Orozco LC. Trauma de tórax. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Bogotá: Proyecto ISS – Ascofame; 1997.
4. Meyers B, McCabe Ch. Traumatic Diaphragmatic Hernia: Occult Marker of Serious Injury. *Ann Surg.* 1993; 218:783-90.
5. Millikan JS, Moore EE, Steiner E, Aragon GE, Vanway CW. 3rd. Complications of tube thoracostomy for acute trauma. *Am J Surg.* 1980; 140:738-41.
6. Tapias L, Tapias-Vargas LF, Tapias-Vargas L. Complicaciones de los tubos de tórax. *Rev Colomb Cir.* 2009; 24:30-9.
7. Galloso-Cueto GL, Bello-Delgado R, Alonso-Dominguez, Jordán-Alonso A. Hernia diafragmática traumática. Presentación de un caso. *Revista Médica Electrónica.* 2010;32(5)
8. Bosanquet D, Farboud A, Luckraz H. A review diaphragmatic injury. *Res.piratory Medicine CME.* 2009; 2:1-6.
9. Lenriot JP, Paquet JC, Estephan H, Selcer D. Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme. *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales- Appareil digestif,* 40-240, 1994, 10p.
10. Schumpelick V, Stein AUG, Schlüper I, Prescher A. Surgical embryology and anatomy of the diaphragm with surgical applications. *Surg Clin North Am.* 2000; 80:213-39.
11. Latarjet M, Ruiz Liard A. En: Latarjet M, Ruiz Liard A, editor. *Anatomía humana.* 4ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006; 988-99.
12. Scharff JR, Naunheim KS. Traumatic diaphragmatic injuries. *Thorac Surg Clin.* 2013; 17:81-5.
13. WARD RE, FLYNN TC, CLARK WP. Diaphragmatic disruption secondary to blunt abdominal trauma. *J Trauma.* 1981; 21:35-8.
14. Zantut LF, Ivatury RR, Smith RS, Kawaharan T, Porter JM, Fry W, et al. Diagnostic and therapeutic laparoscopy for penetrating abdominal trauma: A multicenter experience. *J Trauma.* 1997; 42:825-9.
15. Troop B, Myers RM, Agarwal N. Early recognition of diaphragmatic injuries from blunt trauma. *Ann Emerg Med.* 1985; 14:97-101.
16. Rosati C. Acute traumatic injury of the diaphragm. *Chest Surg Clin North Am.* 1998; 8:371-9.
17. Soto MC, Meneses JA. Hernia diafragmática postraumática de presentación en fase catastrófica. *Rev Sanid Milit Mex.* 2009; 63:43-6.
18. Vilallonga R, Pastor V, Alvarez L, Charco R, Armengol M, Navarro S. Right-sided diaphragmatic rupture after blunt trauma. An unusual entity. *World J Surg.* 2011; 6:1-6.
19. Olivares JJ, Farías OA, Candelas O, et al. Hernia diafragmática traumática. *Cir Ciruj.* 2009; 74:415-23.

20. Ozkan ov, Semerci E, Yetim I, Davran Y, Diner G, Paltaci I. Delayed diagnosis of traumatic diaphragmatic hernia may cause colonic perforation: a case report. *Cases Journal*. 2009; 2:1-6.
21. Shah R, Sabanathan S, Mearnsa J, Choudhury AK. Traumatic rupture of diaphragm. *Ann Thorac Surg*. 1995; 60:1444-9.
22. Gutha A, Pachter HL, KIM U. Pitfalls in the diagnosis of blunt diaphragmatic injury. *Am J Surg*. 1995; 170:5-9.
23. Truong S, Geller H, Stark EJ, Schumpelick V. Stellenwert der Sonographie in der Diagnostik traumatischer Zwerchfellrupturen. *Aktuelle Chirurgie*. 1991; 26:72.
24. Pfannschmidt J, Seiler H, Bottcher H, Karadiakos N, Neisterkamp B. Zwerchfellrupturen: Diagnostik-TherapieErgebnisse. *Aktuelle Traumatologie*. 1994; 24:48.
25. Murray JG, Caoili E, Gruden JF, Evans SJ, Halvorsenra JR, MACKERSIERC. Acute rupture of the diaphragm due to blunt trauma: Diagnostic sensitivity and specificity of CT. *AJR Am J Roentgenol*. 1996; 166:1035-9.
26. Lau CL, Meyers BF. The diaphragm. En: Kaiser LR, Kron IL, Spray TL. *Mastery of cardiothoracic surgery*. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 228-43.
27. Zerey M, Heniford BT, Sing RF. Laparoscopic repair of traumatic diafragmatic hernia. *Operative Techniques in General Surgery*. 2016; 8; 27-33.

Anexos:

ANEXO 1



Figura 1: Rx de Tórax PA donde se observa en hemitórax izquierdo masa de bordes definidos con lo que sería en su interior una interfaz aire-líquido

Fuente: Foto tomada por los autores.

ANEXO 2



Figura 2



Figura 3

Figuras 2 y 3: Rx de Abdomen Simple de Pie donde se visualizan abundantes asas dilatadas, niveles hidroaéreos y en la No 2 por encima del diafragma una lesión radiotransparente en su interior de bordes definidos.

Fuente: Foto tomada por los autores.

ANEXO 3

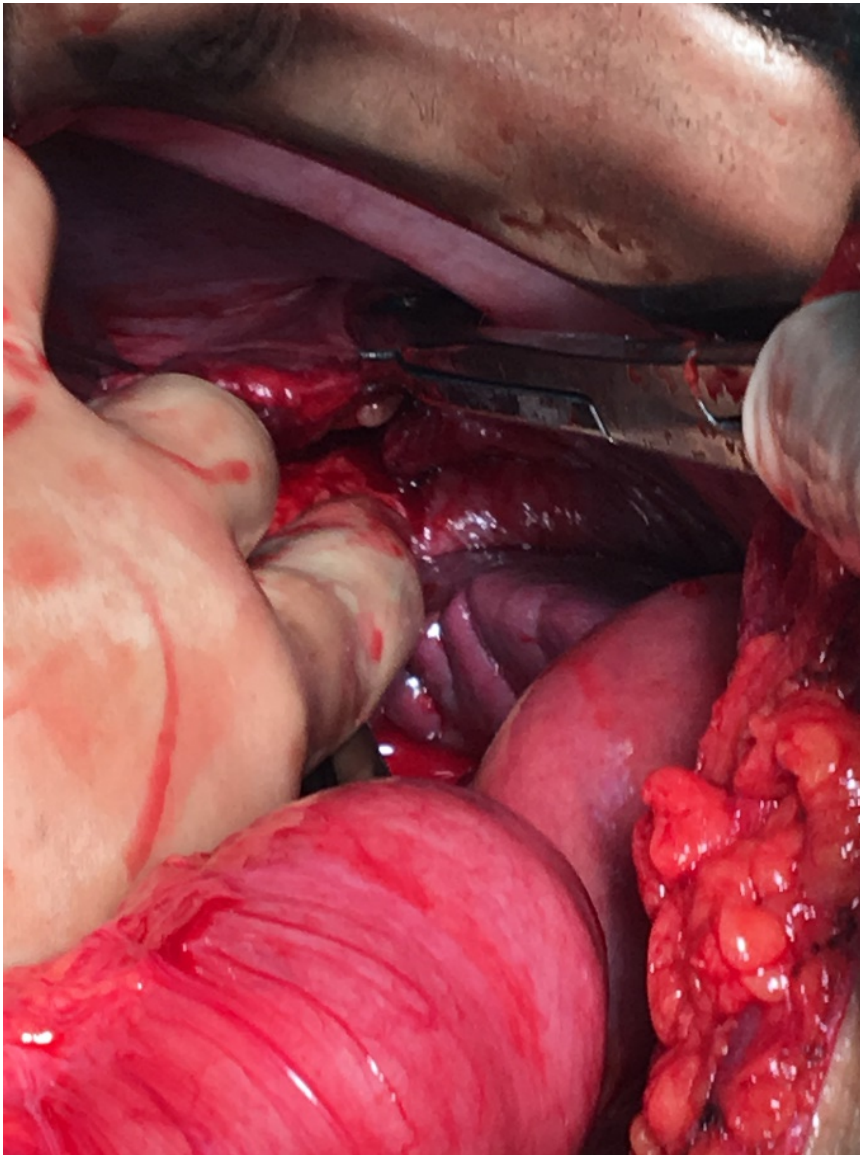
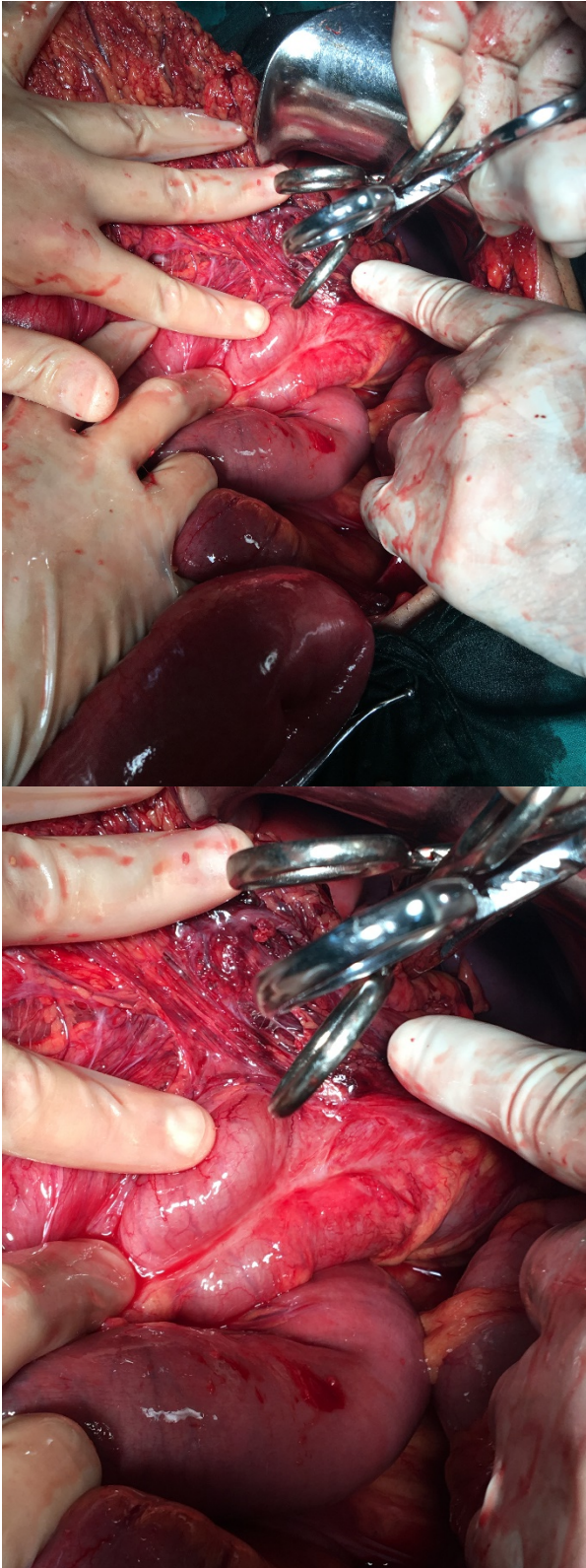


Figura 4: Se observa el cirujano realizando frenorrafia.

Fuente: Foto tomada por los autores.

ANEXO 4



Figuras 5 y 6: El dedo del cirujano señalando contenido herniario.

Fuente: Cortesía de los autores

ANEXO 5

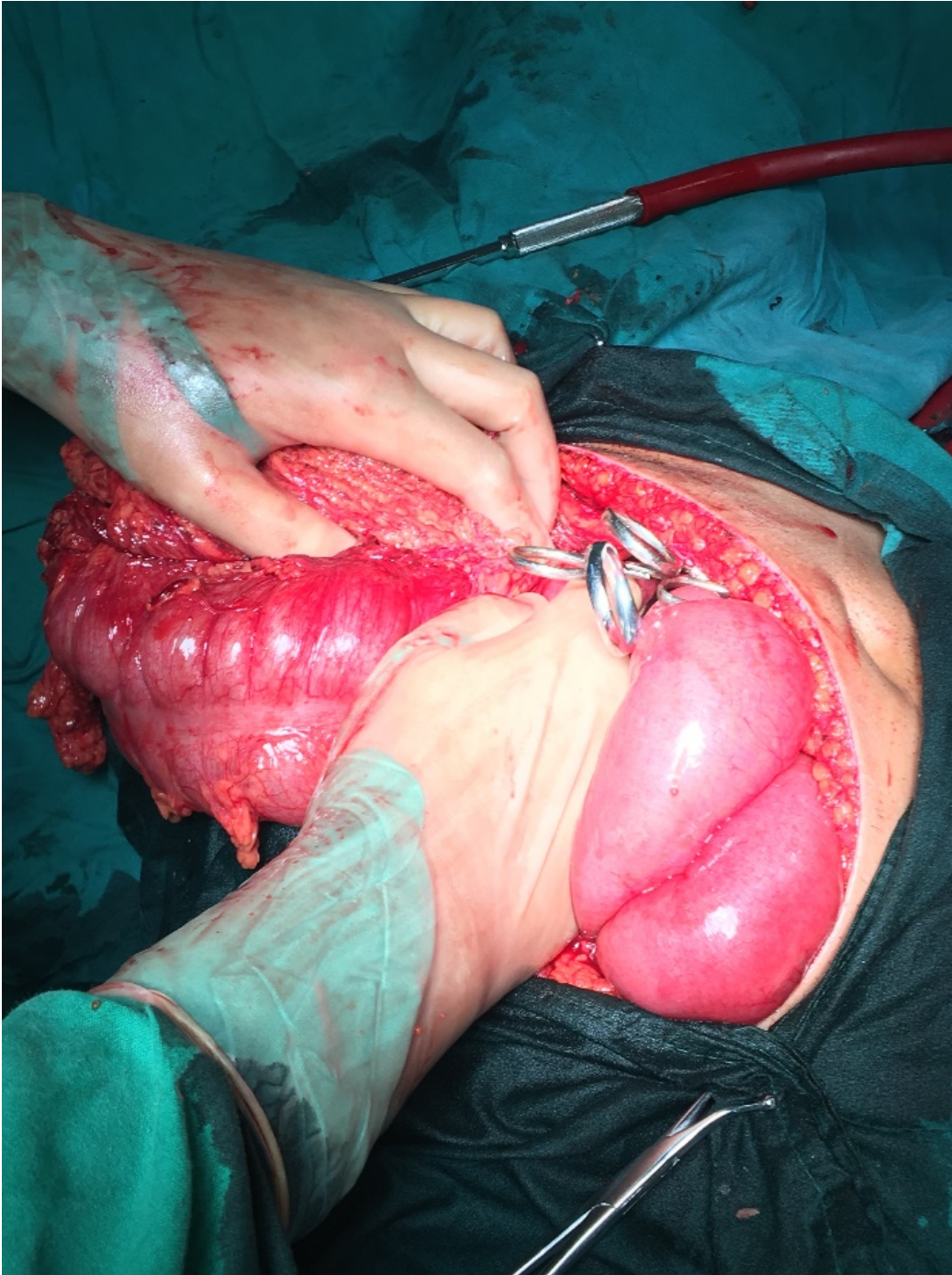
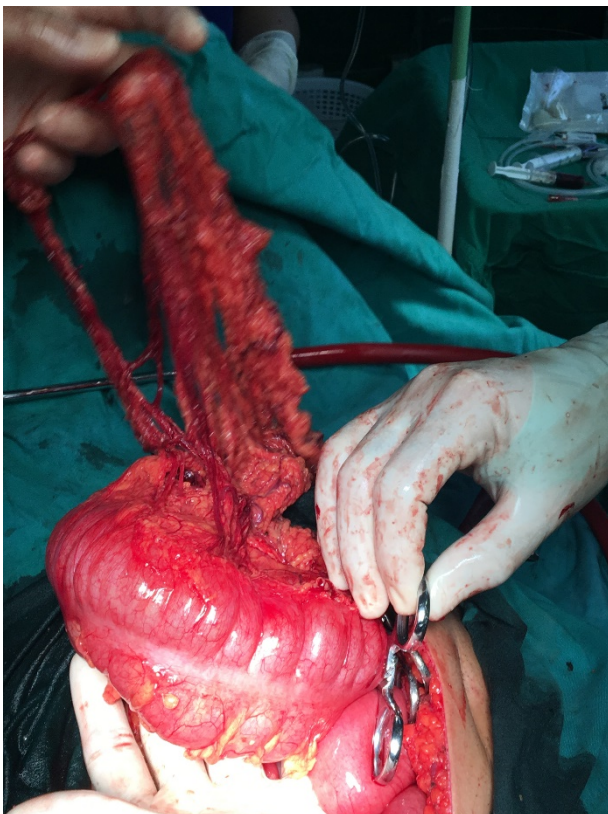


Figura 7: Colon transverso y epiplón siendo regresados hacia la cavidad abdominal.

Fuente: Cortesía de los autores

ANEXO 6



Figuras 8 y 9: Colon Transverso y epiplón, anteriormente contenidos en la hernia.

Fuente: Cortesía de los autores

ANEXO 7

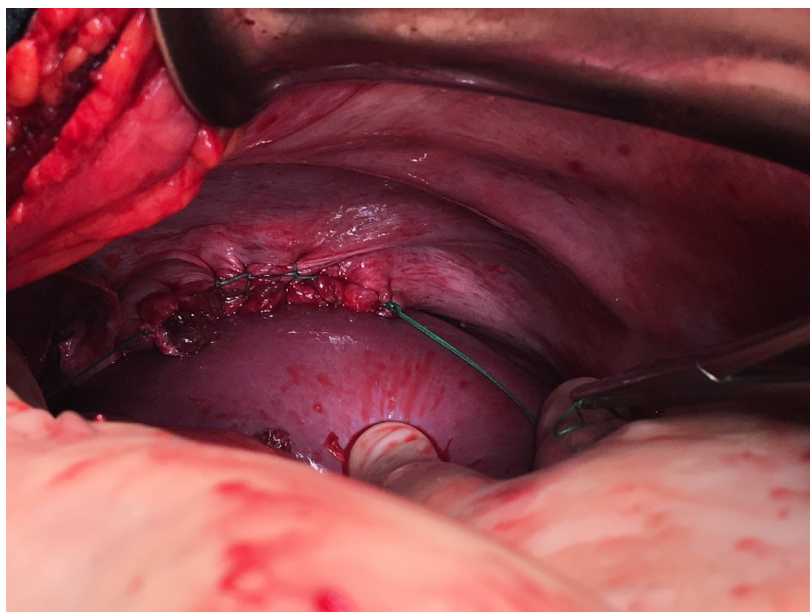


Figura 10:Frenorrafia con Polyester

Fuente: Cortesía de los autores

ANEXO 8

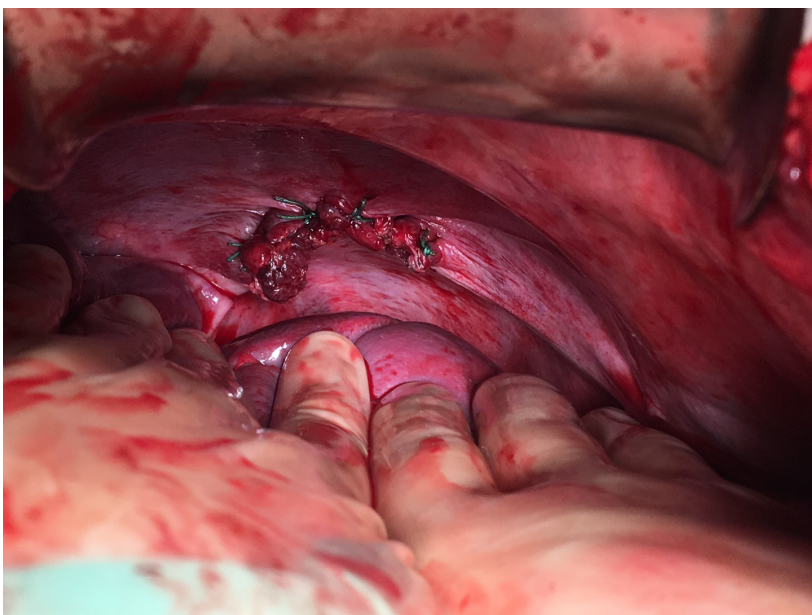


Figura 11: Frenorrafia terminada

Fuente: Cortesía de los autores

HIGROMA QUÍSTICO CERVICAL VERSUS GLÁNDULA SUBMAXILAR IZQUIERDA. PRESENTACIÓN DE CASO QUIRÚRGICO.

*Dra. Sahily Espino Otero, ** Dr. Blas Jorge González Manso, ***Lic.Lenay Jimenez Gómez

*Msc.en Urgencias Estomatológicas, Especialista de II Grado en Cirugía MájiloFacial, Profesora Asistent .Hospital" Clínico Quirúrgico Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Cuba

**Msc.En Medicina Natural y Tradicional, Especialista de II Grado en Cirugía Májilo Facial, Profesor Asistente, Jefe de Cátedra de Estomatología .Hospital "Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos Cuba

***Licenciada en tecnología de la salud en estomatología, Especialista Principal de Taes y Laes, Policlínico Ernesto Guevara .Cienfuegos Cuba.

Sahily Espino Otero, Sahilymy729@gmail.com

Resumen : Introducción: El higroma quístico es una dilatación difusa de los conductos linfáticos, puede presentarse a nivel cervical, donde aparece como grandes cavidades únicas o multiloculares, por la falta de conexión de los vasos linfáticos con los sacos linfáticos yugulares, o de estos con el sistema de drenaje venoso.

Caso clínico: Con el objetivo de enfatizar sobre esta infrecuente patología, la cual debe tomarse en cuenta en el diagnóstico ultrasonográfico durante el embarazo y en la aparición de masas cervicales durante los primeros años de vida y en ocasiones en la edad adulta, así como sobre sus posibles tratamientos, presentamos el caso de una niña de tres años, con higroma quístico en región cervical izquierda, que provocó atrofia de la glándula submaxilar de ese lado , que recibió tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: De acuerdo a la localización y estructuras comprometidas el tratamiento puede variar: Desde una conducta expectante; el uso de fármacos, que actúen como agentes esclerosantes, disminuyendo su dimensión y de ser posible realizar la cirugía y en otros casos la cirugía, como primera opción y el uso de esclerosantes, en etapas recidivantes. En la actualidad la investigación se orienta hacia los tratamientos antiangiogénesis y a la modulación de los factores de crecimiento

Palabras claves: Higromas Quísticos, Linfagiomas, masas cervicales, Trastornos linfáticos congénitos.

Introducción: El higroma quístico (HQ) fetal es una malformación congénita benigna del sistema linfático que tiene su génesis en la falta de desarrollo de la comunicación entre los sistemas linfático y venoso. El quiste puede ser uni o multilocular y de tamaño variable. Se detecta HQ en aproximadamente 1 de cada 120 ultrasonidos obstétricos, con una incidencia en nacidos vivos de 1/6,000. ¹

El higroma quístico se diagnostica por ecografía en el primer trimestre del embarazo, porque se aprecia una masa que sobresale en la pared posterior o lateral del cuello, comparte imagen con otras anomalías como: el bocio, quiste branquial, meningocele cervical, encefalocele posterior, mielomeningocele, teratoma quístico, edema de la nuca, o hemangioma etc., normalmente en el higroma el feto tiene el cráneo y la columna íntegros, el tumor no es sólido y presentan cavidades y tabiques²

Cerca del 90 % de estos quistes se desarrollan en la región lateral del cuello, detrás del músculo esternocleidomastoideo. Esporádicamente la masa ocupa la región submaxilar o el área subglótica y excepcionalmente se localiza en la región inguinal, axilar, nuca y mediastino.³

Dichas ubicaciones guardan una relación con la embriogénesis, ya que al final de la novena semana comienza a desarrollarse el sistema linfático. Se describen dos categorías de higroma quístico, éstas son: aquéllos diagnosticados en embarazos avanzados, los cuales llegan a ser linfagiomias aislados y aquéllos diagnosticados en embarazos tempranos, los cuales están asociados con otras malformaciones, tales como retardo de crecimiento intrauterino, cardiopatías, polihidramnios con anomalías cromosómicas como trisomía 21, trisomía 18, monosomía X y síndromes de Noonan, Ellis-Van Creveld, Biedl; se asocia también a síndrome de alcoholismo fetal, aminopterina fetal y trimetadiona fetal.⁴

En la evaluación prenatal se debe procurar un diagnóstico precoz y luego delimitar con la máxima seguridad posible la extensión de la masa, el probable compromiso de la vía aérea y la ausencia de otras malformaciones o aneuploidias. Se utilizan ecografía seriada de alta resolución en 2D y 3D, resonancia magnética fetal, ecocardiografía fetal y eventualmente cariograma. En 1997 se creó el denominado EXIT (ex-útero intrapartum therapy) y se utiliza actualmente para los casos de obstrucción congénita de la vía aérea, se basa en la mantención de la circulación materno fetal (by-pass útero placentario) durante el parto por cesárea que sostiene la oxigenación fetal a través del cordón umbilical y la placenta, mientras se establece una vía aérea segura. Se utiliza en fetos con alto riesgo de presentar una vía aérea no permeable.⁵

Presentación de caso:

Paciente femenina de tres años es remitida al servicio de urgencias del Hospital General de St Georges Grenada W.I, por presentar aumento de volumen en región cervical izquierda, que según su madre, estuvo ahí desde que la niña tenía un año y en las tres últimas semanas había crecido y alcanzado dicha dimensión (Fig1y2).

Se decide su ingreso en la sala de pediatría, se indica ultrasonido de cuello, complementarios necesarios, se realiza AAF y se solicita valoración general por el servicio de pediatría.

El UTS mostró tumor de 10 cm, conformado por varios quistes en su interior de mediano tamaño, ubicado en el triángulo submaxilar izquierdo, en relación íntima con el sitio de la glándula submaxilar y los grandes vasos del cuello. La AAF resultó un líquido sanguinolento, coincidiendo con linfa proveniente del higroma y la valoración pediátrica, informó que la paciente no presentaba ninguna afección sistémica o patología congénita asociada al tumor que impidiera el uso de anestesia general para una posible resección del tumor.

Se planifica tratamiento quirúrgico, con anestesia general, utilizando incisión de Reesdom (Fig3) disección por planos, respetando el paso del ramo marginal del nervio facial. Durante la cirugía, cerca de los grandes vasos faciales se trabajó con cuidado, notando que un vaso de mediano calibre penetraba al tumor, se disecó, ligo y cortó el mismo, liberándolo para una mejor disección, el tumor estaba encapsulado conformado por dos lóbulos, de contenido líquido.

Nos llamó la atención que estaba ubicado, en el espacio de la glándula submaxilar izquierda, de la cual solo encontramos algunos acinos y los vasos faciales que normalmente la envuelven, presentaban la misma distribución anatómica, pero alrededor del higroma, se realizó ligadura y corte de los mismos; otro detalle de importancia fue que encontramos el conducto de Warthon, que se ligó al final de la cirugía. (Fig. 4, 5,6)

Para concluir se realizó sutura por planos, luego de una minuciosa hemostasia, se colocó drenaje surgivac, vendaje compresivo, se retiró el drenaje a las 48 horas y la sutura al séptimo día.

La paciente se siguió en consulta el primer mes y luego cada tres meses hasta concluir el año, sólo ocurrió el rechazo de la sutura de seda que se utilizó durante la hemostasia, aproximadamente pasados dos meses de la cirugía, no se presentó recidiva del tumor en el periodo de estudio. (Fig. 7 y 8)



Fig.1, 2 Preoperatorias de frente y perfil



Fig 3 Planificación de la incisión

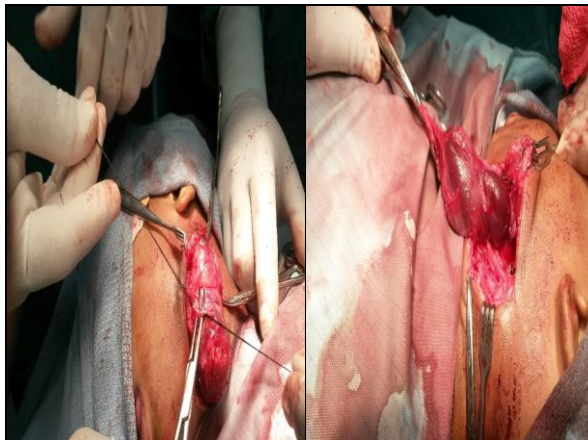


Fig. 4,5 Disección del tumor, Previa ligadura de vasos faciales

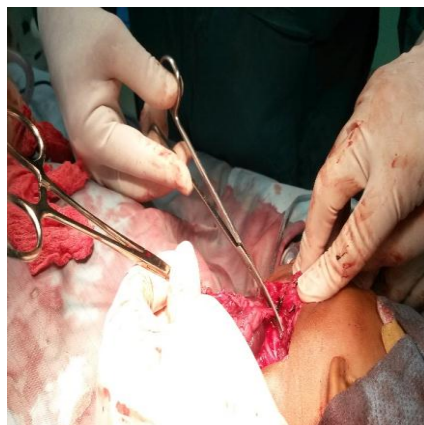


Fig. 6 ligadura y corte del conducto de Warthon



Fig. 7,8 Postoperatorio frente y perfil ,1 año después de la cirugía

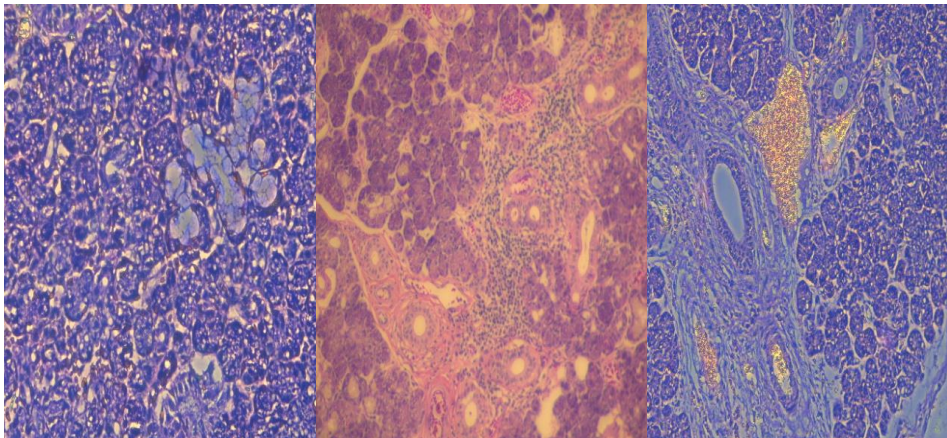


Fig. 9, 10,11 Vistas histológicas del higroma Quístico congénito

Discusión

Los linfangiomas son malformaciones congénitas del sistema linfático, poco frecuentes, que distintos autores consideran de carácter neoplásico, hamartomatoso o de displasia congénita. Estos pueden afectar piel o mucosas, así como tejidos subcutáneos o submucosos, de cualquier localización en el organismo y con una extensión variable. En base a la profundidad de asiento y al tamaño de las formaciones vasculares linfáticas, se pueden clasificar en dos grupos:

Superficial: (con afectación sólo de la dermis papilar y reticular) constituido eminentemente por capilares y vesículas linfáticas, que constituyen la lesión denominada linfangioma capilar circunscrito.

Profundo: (extensión al tejido subcutáneo) que incluye el linfangioma cavernoso y el higroma quístico (que algunos autores consideran una variante del anterior), lesiones

constituidas por estructuras vasculares muy dilatadas o formaciones quísticas, desarrolladas a partir del entramado linfático.

Sin embargo, muchas de estas lesiones clínicas tienen elementos histológicos de dos o tres categorías, y es difícil la estratificación. En nuestro caso se expone las vistas histológicas que demuestran que se trata de un higroma quístico congénito (fig. 9-11) Las manifestaciones clínicas de estos hamartomas son fundamentalmente de índole mecánica y dependen de las dimensiones, la localización anatómica y la repercusión a los tejidos vecinos.

Los linfangiomas con diagnóstico prenatal en su mayoría se presentan como tumoraciones fetales, 75% en cuello y cabeza, 20% en la región axilar, 2% abdominal y retroperitoneal, 1% en extremidades y 1% en mediastino. Los infra diafragmáticos se localizan en 63% de los casos en el hemicuerpo izquierdo.⁶

Es rara su presentación en el adulto, como en los casos presentados por EOP Basurto-Kuba et al, pacientes con linfangiomas en la región posterior del cuello y en la región submaxilar derecha respectivamente ⁷ sin embargo no encontramos ningún trabajo en la literatura revisada, donde el linfangioma produjera atrofia de la glándula submaxilar como en nuestro caso.

De acuerdo a la progresión de la enfermedad se ha propuesto un sistema de estadificación: estadio I: enfermedad infra hioidea unilateral; estadio II: enfermedad supra hioidea unilateral; estadio III: enfermedad supra e infra hioidea unilateral; estadio IV: enfermedad supra hioidea bilateral, y estadio V: enfermedad supra hioidea e infra hioidea bilateral. Las complicaciones están en función del sitio donde se localice la lesión y el tamaño. Excepcionalmente, puede degenerar a sarcoma de grado bajo. La RMN permite evaluar con más precisión la extensión de la tumoración y el compromiso de estructuras vecinas. Sin embargo, su disponibilidad y elevado costo hace que su uso sea aún limitado. ^{2, 8}

La localización más frecuente de los Linfangiomas es a nivel de la región de cuello y axila recibiendo el nombre de Higroma Quístico; en cavidad bucal tiene predilección por dorso de la lengua, ocasionando en algunos casos macroglosia, en menor proporción se manifiesta en zonas del paladar, mucosa vestibular, encías y labio, siendo ésta la segunda localización más frecuente produciendo macroquilia. El diagnóstico diferencial incluye el quiste branquial, quiste tirogloso, laringocele, masa tiroidea, lipoma, malformaciones vasculares; hemangioma, cuando la lesión posee un componente capilar significativo; lesiones versículo-ampollares, cuando son lesiones superficiales y mucocelos, cuando se presenta en boca y son lesiones pequeñas. En cuanto a la etnia la mayor incidencia se presenta en la raza blanca y no presentan predilección por sexo. Desde el punto de vista histopatológico los vasos proliferativos del linfangiomas son de

pared fina y están revestidos por células endoteliales redondeadas. Sus luces contienen un coágulo proteináceo eosinófilo con algunos eritrocitos y leucocitos.⁹

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y de confirmación histopatológica. Un método diagnóstico para linfangiomas es la técnica de la inmunohistoquímica CD31, que permite detectar mediante anticuerpos el receptor 3 del factor de crecimiento del endotelio vascular, el cual está presente en mayor proporción en los vasos linfáticos. El marcador endotelial CD31 es una fuente fidedigna para la identificación de células endoteliales linfáticas. Este marcador no es específico para vasos linfáticos existen otros marcadores más específicos como D2-40 y podoplanin¹⁰

En cuanto al tratamiento ,para algunos autores, el drenaje simple es sinónimo de recidiva, y las sustancias esclerosantes funciona solo en masas quísticas muy pequeñas y con loculación interior , por lo que sin lugar a dudas la resección quirúrgica de este tipo de tumoraciones constituye el tratamiento definitivo, como fue el caso de nuestra paciente, otra alternativa de tratamiento es la resección quirúrgica video asistida, mediante abordaje de mínima invasión, reportándose adecuada exposición para la disección, que es segura y factible, con un buen efecto cosmético .Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes reportadas son: infección, hemorragia, hematoma, seroma y lesión a nervios de la región; en nuestro caso ,hubo rechazo de la seda con que se ligaron los vasos^{11, 12}

Sin embargo, la cirugía de tumores extensos no es siempre exitosa. Se han propuesto traqueotomía prolongada, terapia láser y resección parcial. Se ha reportado que la cirugía temprana puede reducir la duración de la traqueotomía y mejorar los resultados. Por otro lado, la disección de cuello puede bloquear tanto los drenajes linfáticos como los venosos, e incrementar la obstrucción de las vías aéreas. Por tanto, deben evaluarse cuidadosamente los riesgos y beneficios de la cirugía de los linfangiomas, la edad, los síntomas y la extensión de la enfermedad constituyen importantes factores diagnósticos. El porcentaje de recidiva tras la intervención quirúrgica de los linfangiomas extensos es variable, con valores de hasta el 80%¹³

Otros autores sugieren una conducta expectante para las malformaciones linfáticas asintomáticas, pero la mayoría concuerda en que se requiere algún tipo de tratamiento, ya que en su evolución pueden aumentar de tamaño y comprimir órganos vecinos, producir deformaciones óseas o cosméticas, o sufrir infección o sangrado en su interior y refieren, a su vez , que el tratamiento quirúrgico no está exento de complicaciones y que es frecuente la recurrencia de la lesión (10-53%) e incluso que existe una mortalidad de 2-6%, haciendo referencia al uso de dos agentes esclerosantes, la bleomicina y el OK-432, que han ganado popularidad mundial en el tratamiento de estas lesiones, debido a su elevada eficacia terapéutica y mínimos efectos adversos. En un estudio donde se utilizó la inyección de bleomicina intralesional, se reportó la reducción completa en el 47% de los casos, con reducción parcial en más del 50%, con morbilidad del 42.9%.^{14, 15}

Algunos hacen referencia al uso de la radioterapia (con peligro de transformación maligna, que debe ser evitada), crioterapia, cauterización, escleroterapia (isodine, tetraciclina, etanol, ciclofosfamida, etc.). Además la administración de corticoides, interferón, embolización, ligadura, vaporización con láser de dióxido de carbono, radiofrecuencia, uso de solución salina hipertónica. Su uso individual o combinado con la cirugía, así como los resultados definitivos dependen en gran parte de la localización del tumor y el tipo histológico, las masas macro quísticas presentan mejor respuesta a la infiltración de sustancias esclerosantes, siendo las micro quísticas las que tienen peor respuesta. De cualquier modo, no existen protocolos reconocidos para establecer la actitud terapéutica en este tipo de lesiones.^{10, 16}

En los últimos años existen avances a nivel molecular. Varios factores de crecimiento, como prox1, el factor de crecimiento endotelial vascular C (VEGFC) y su receptor VEGFR-3 son esenciales para el desarrollo del tejido linfático y probablemente estén implicados en la formación de los linfangiomas. Por tanto, la investigación se orienta hacia los tratamientos antiangiogénesis y a la modulación de los factores de crecimiento.¹⁶

Bibliografía:

1. G.Torres Palomino et al. Obstrucción de la vía aérea por higroma quístico en un recién nacido. Bol Med Hosp Infant Mex. 2014;71(4):233---237
2. Rodríguez Padrón Damaris, Rodríguez Padrón Julio, Cabrera Pupo Maritza, Amat Sousa Diexán Alberto. Diagnóstico prenatal ultrasonográfico de higroma quístico. CCM [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Mayo 01]; 18(1): 154-158. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100022&lng=es.
3. Careaga Morales Sidelsy, Alonso Clavo Marleny, Gregorich Fonseca Geosbanys, Morgado Bode Yara Lydia, Hernández Pereira Anrey. Higroma quístico congénito. Presentación de un caso. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Mayo 01] ; 17(2): 74-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000200009&lng=es
4. Galeana CC y cols. Correlación de la imagen ecográfica y patológica de higroma quístico. Arch Inv Mat Inf. 2013; V (2):93-97.
5. Bustos V JC et al. E X I T (ex-utero intrapartum therapy) en linfangioma cervical fetal. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2013; 78(1): 55 - 59
6. LACUNZA PAREDES, Rommel Omar; LAZO SANTANA, Elcie Mey. Diagnóstico ecográfico de linfangioma retroperitoneal fetal, con extensión a miembro inferior. **Rev. peru. ginecol. obstet.**, Lima, v. 61, n. 2, abr. 2015. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000200011&lng=es&nrm=iso. accedido en 03 jun. 2017.
7. E.O.P Basurto-Kuba et al .Linfagioma de cuello en el adulto. Reporte de 2 casos Cirugía y Cirujanos. 2016;84(4):313---317
8. Huerta -Saenz I, Elías J C, Linfangioma cervical fetal: diagnóstico prenatal y resultado perinatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 201258347-350. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428206013>. Fecha de consulta: 1 de mayo de 2017.
9. González Hernández, J. Ma et al. Linfangioma.Reporte de un caso .Revision de la literatura.Acta Odontologica Venezolana.2012;50(2)
10. Zurita y cols. Linfangioma sublingual: Caso clínico. Rev. Ac. Ec. ORL 2011; (7)1: 39-42
11. Cuervo José Luis, Galli Eduardo, Eisele Guillermo, Johannes Erica, Fainboim Alejandro, Tonini Silvia et al . Malformaciones linfáticas: tratamiento percutáneo con bleomicina. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2011 Oct [citado 2017 Mayo 01]; 109 (5): 417-422. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000500008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2011.417>.
12. Navarro-Mancía A., Romero-Sagastume J., Peña-Cabús G. Linfangioma quístico axilar gigante del adulto. Características de presentación y abordaje quirúrgico. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana.2015 ;41(3):315-320.

13. Stankovic M et al. Linfangioma cavernoso laringofaríngeo extenso causante de obstrucción de las vías aéreas superiores. Acta Otorrinolaringol Esp. 2013;64(4):303-5
14. J.A. Molino y cols. Linfangioma quístico cervical: todavía un reto. Cir Pediatr 2010; 23: 147-152
15. Rey-Marcos M et al. Linfangioma quístico cervical en el adulto Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja 2012. 3 (36): 291-296.
16. J.J. Villaseñor Ledezma et al, P171 – Linfangioma Cervical Destructivo del adulto, una enfermedad doblemente extraordinaria. Neurocirugía. 2016;27(Espec Congr):368

HIPOPLASIA DEL ESMALTE DENTARIO

Autores: 1- Rosa María Liriano García, liriano94@nauta.cu, Policlínico Universitario Fabio Di Cemo, Cienfuegos, Cuba, Residente de primer año de la especialidad de Estomatología General Integral, Instructor No Graduado.

2- Ana Belkys Hernández Millán, est5904@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Especialista de segundo grado en Estomatología General Integral, Máster en Urgencias Estomatológicas y Educación Médica, Investigador agregado, profesor auxiliar.

Resumen

La hipoplasia del esmalte es una alteración de la estructura del mismo, su etiología no está del todo esclarecida, aunque se atribuye a factores genéticos y ambientales. Compromete la estética, la sensibilidad dental y la susceptibilidad a la caries desencadenando problemas de autoestima, pérdidas prematuras de los órganos dentarios e incluso desnutrición, por lo que el objetivo de este trabajo fue recopilar información sobre la hipoplasia del esmalte. Se evaluaron revistas de impacto relacionadas con este tema. Se consultaron libros, revistas, tesis, artículos, tanto en formato digital como impreso y las bases de datos de sistemas refractivos MEDLINE, PubMed y SciELO. Se empleó la estrategia de búsqueda avanzada y la vía de los descriptores del MeSH y el DeCS empleando términos como: hipoplasia del esmalte dentario, defectos del desarrollo del esmalte, caries, estética. Como resultado de la búsqueda se obtuvieron 47 artículos que fueron tamizados, conservando solo los que describieron mejor los elementos de la revisión. De esta manera el estudio se circunscribió a 20 artículos. Se concluye que la hipoplasia del esmalte es una de las alteraciones que más se encuentran en consulta actualmente y puede traer como consecuencia la formación de caries dental. El profesional de la Odontología debe conocer los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de los mismos y ofrecer tratamientos conservadores, estéticos y protésicos que puedan brindarle al paciente una odontología cosmética que brinde soluciones efectivas a un problema ampliamente estudiado.

Palabras claves: Hipoplasia del esmalte dentario, defectos del desarrollo del esmalte, caries, estética.

Introducción

Las piezas dentarias son sin duda las estructuras anatómicas más frecuentes y mejor conservadas del registro fósil. Probablemente la dureza de sus tejidos y la extraordinaria variabilidad de su morfología han provocado que un gran número de investigadores desarrollen técnicas de estudio basadas en la evaluación de aspectos macroscópicos o microscópicos de la dentición. Las mismas tienen gran importancia para el ser humano, pues participan en disímiles de funciones bucales como por ejemplo: ayudan a la fonación, la deglución, la masticación de los alimentos para que luego estos sean bien digeridos, y de todas la que es de preocupación de muchas personas, la estética. Es por esto que cualquier alteración de la dentadura es de especial preocupación de muchos.⁽¹⁾

Los defectos del esmalte se definen como alteraciones de la matriz o mineralización de los tejidos duros del diente durante el período de odontogénesis. A nivel de órgano dentario, numerosas alteraciones tienen su base en trastornos de la odontogénesis.⁽²⁾

*La **hipoplasia del esmalte** es un defecto del esmalte, capa más externa de los dientes, que hace que los dientes tengan **menos cantidad** de esmalte de lo normal. Esto es debido a un defecto en el proceso de desarrollo del diente.*⁽³⁾

El término hipoplasia fue utilizado por primera vez en 1893 por Richard Zsigmondi para referirse a un signo clínico que se refiere a la deficiente cantidad de esmalte, ya en 1901 el Dr. McKay investigó sobre el esmalte “moteado”, en 1934 se hizo significativo el aporte del Dr Dean para su medición y clasificación, años después la FDI 1982 promovió un criterio de clasificación para estos con fines epidemiológicos. Los efectos cuantitativos del esmalte, cuando su madurez es normal se conocen como hipoplasia del esmalte. Los defectos cualitativos, en los que se produce esmalte en cantidad normal pero hipomineralizado, reciben el nombre de hipocalcificación del esmalte. El grado del defecto depende de tres condiciones: intensidad del factor causante; duración de la influencia del factor y momento en el cual actúa el factor durante el desarrollo de la corona.⁽⁴⁾

Dentro de ese interés, el objetivo de este trabajo se centró en un indicador patológico del desarrollo que se registra de forma rutinaria en casos clínicos, forenses y paleo antropológicos: la hipoplasia dental, la cual es una de las alteraciones que más frecuente se encuentra en consulta; es la afección en la constitución del esmalte y consecuentemente de la dentina. Además se define como un defecto del desarrollo de los tejidos duros del diente que ocurre antes de la erupción del mismo como resultado de un trastorno en la formación del esmalte.

Por lo antes expuesto se necesita una investigación sistemática de este problema pues se trata de una patología con una prevalencia creciente a nivel mundial, ya que la mayoría de los estudios epidemiológicos realizados al respecto, revelan que la frecuencia de aparición de hipoplasia está aumentando prácticamente en todas las poblaciones, adquiriendo actualmente un significado clínico y de salud pública importante por lo que el objetivo del presente trabajo fue recopilar información sobre la hipoplasia del esmalte.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo comprendido entre Enero y Marzo del 2018. Se evaluaron revistas de impacto relacionadas con este tema. Se consultaron libros, revistas, tesis, artículos, tanto en formato digital como impreso y las bases de datos de sistemas refractivos MEDLINE, PubMed y SciELO. Se empleó la estrategia de búsqueda avanzada y la vía de los descriptores del MeSH y el DeCS empleando términos como: hipoplasia del esmalte dentario, defectos del desarrollo del esmalte, tratamiento. Como resultado de la búsqueda se obtuvieron 47 artículos que fueron tamizados, conservando solo los que describieron mejor los elementos de la revisión. De esta manera el estudio se circunscribió a 20 artículos.

Desarrollo:

Muchos factores etiológicos son descritos como casos clínicos individuales, dentro de estos se encuentran trastornos congénitos, traumatismos, enfermedad celíaca, trastornos del Sistema Nervioso Central y el aparato locomotor, retraso mental, leucemia y trasplante medular, medicamentos y asma, entre otros. ⁽⁵⁾

A nivel clínico son responsables de sensibilidad y dolor en los dientes afectados, fracturas dentales, pérdida de la dimensión vertical y faltas de espacio para la erupción de los dientes permanentes y por consiguiente, afecciones psicológicas y en las relaciones sociales por alteraciones de la estética, la fonética y de la función masticatoria. Además de esto, su aparición clínica en el paciente infantil supone un reto para el odontopediatra debido a que la sensibilidad y el dolor están presentes, lo cual dificulta la cooperación del niño; en los dientes con hipoplasia existe mayor probabilidad de fracaso repetitivo de la restauración. ⁽⁶⁾

La podemos encontrar en variadas formas de presentación, cambios de color blanco o crema; capa amarilla u opacidad marrón de esmalte; defecto hipoplásico en forma de agujero, orificio u oquedad; línea de hipoplasia en forma de surco horizontal o transverso; línea de hipoplasia de forma de surco vertical; defecto hipoplásico en que el esmalte está totalmente ausente; así la clasificó la FDI en 1982. El esmalte que falta generalmente se localiza en pequeñas abolladuras, en surcos u hoyos en la superficie externa del diente afectado. Esto hace que la superficie del diente sea muy áspera, y que los defectos a menudo destaquen porque son de color marrón o amarillo. En casos extremos, el esmalte de los dientes se pierde completamente, haciendo que el diente presente una forma anormal, pequeña y deforme. ^(7,8)

En función del factor etiológico, la alteración del esmalte puede localizarse en uno o dos dientes, que es llamada focal, o puede afectar a muchos o a todos los dientes en el caso de la generalizada. La hipoplasia focal del esmalte según la gravedad de la lesión, la corona afectada puede tener un área relativamente lisa con zonas foveales, o estar visiblemente deformada y de coloración amarillenta o marrón. En el caso de la generalizada los factores ambientales sistémicos inhiben a los ameloblastos funcionales en un período específico durante el desarrollo dental y se manifiestan clínicamente como una línea horizontal de pequeñas fositas o surcos sobre la superficie del esmalte. Si la duración de la agresión ambiental es corta, la línea de la hipoplasia es estrecha, mientras que una agresión prolongada prodece una zona de hipoplasia más ancha y puede afectar a más dientes. ⁽⁹⁾

Los dientes más comúnmente afectados son los incisivos centrales y laterales maxilares (40,8% y 39,2% respectivamente). Sin embargo, la prevalencia es mucho mayor en niños de países en vías de desarrollo, con malnutrición crónica o aguda y con bajo peso al nacer, llegando a ser hasta del 98%. ⁽¹⁰⁾

Los posibles factores causales de esta alteración son muy numerosos. En 1982, Pindbord proponía factores sistémicos tan diversos como las anomalías cromosómicas, defectos congénitos y del metabolismo, alteraciones durante el periodo neonatal,

enfermedades infecciosas, endocrinopatías, nefropatías, enteropatías, intoxicaciones, deficiencias nutricionales. Si no era suficiente, también se sugerían factores causales locales como choque eléctrico, irradiación, infección local, traumatismos, entre otros.⁽¹¹⁾

Hoy se distinguen tres tipos de agentes: las anomalías hereditarias, los traumas localizados y los factores sistémicos; los primeros afectan a la totalidad de la corona dental y son muy severos. Su estudio permite en algunos casos evaluar relaciones biológicas y familiares, pero son poco frecuentes. Los traumatismos provocan alteraciones que afectan a una sola pieza dental o a las adyacentes son poco habituales y fácilmente reconocibles, porque las lesiones sistémicas o metabólicas interesan a la totalidad de las piezas dentarias que estaban formándose en el momento en el que se produjo la interrupción, siendo evidentemente mucho más numerosas; de ahí el interés antropológico de dichas hipoplasias. Estas alteraciones constituyen marcadores de momentos episódicos en el crecimiento y desarrollo dental de cada individuo.⁽¹²⁾

La hipoplasia puede ser causada por causas genéticas o por una serie de factores medioambientales como por ejemplo:

1- Bajo peso al nacer: Los niños nacidos prematuramente muestran una prevalencia incrementada de defectos del desarrollo en la dentición primaria, tan alta como de un 96% según Aine en el año 2000. También en dentición permanente existe un mayor incremento de DDE en estos niños. Li, en 1995, ya observó que los niños prematuros, con bajo peso al nacer, tenían cuatro veces más posibilidades de desarrollar DDE, que los niños nacidos a término. En población española, Saavedra-Marban, en el año 2004, encuentra una prevalencia de DDE en niños nacidos en condiciones de alto riesgo, de un 47%. Los porcentajes obtenidos por los diferentes autores van desde un 21% a un 100%. En otro estudio español realizad sobre niños con bajo peso al nacer Catalá Pizarro¹⁶² ha encontrado prevalencias de defectos del esmalte de un 90,4% en dentición temporal y en la dentición permanente, una prevalencia del 50%.⁽¹³⁾

La hipoplasia del esmalte se presenta como el defecto más frecuente, localizándose preferentemente en la región anterior del maxilar. Ferrini realizó un estudio en Brasil comparando niños con bajo peso al nacer con niños de peso normal al nacer, y obtuvieron una alta prevalencia de defectos de esmalte en los niños prematuros, con un riesgo de 12,5 y 6,6 veces mayor de presentar opacidad delimitada e hipoplasia respectivamente, que los niños nacidos a término. Franco, en 2007, encuentra un 57,4% de DDE entre niños prematuros. Lunardelli, en 2006, también relaciona la prematuridad con la presencia de DDE. Más recientemente, Arrow, en 2009, estudiando factores de riesgo para la aparición de DDE destaca el hecho de que el niño sea prematuro para la presentación de DDE en los primeros molares permanentes.⁽¹⁴⁾

2-La malnutrición tiene gran repercusión en el desarrollo físico general del niño porque puede producir retraso mental, parálisis cerebral, retraso en el desarrollo de los centros motores, trastornos en la lectura y aprendizaje, así como múltiples daños más;

asimismo, la malnutrición influye desfavorablemente en lo referente al crecimiento y desarrollo craneofacial, y constituye un adverso antecedente de diversas secuelas como alteraciones en la calidad y textura de ciertos tejidos (hueso, ligamento periodontal y dientes). Muchos investigadores le conceden una función importante en el origen de la hipoplasia y la caries dental a los déficits nutricionales.⁽¹⁵⁾

3- Varios déficits vitamínicos como C, D K se han relacionado con hipoplasias del esmalte, en animales, pero en el hombre solo se ha demostrado que el déficit crónico de vitamina D está asociado con la displasia. Cantidades insuficientes de vitamina D van a ocasionar el raquitismo. De los niños que padecen la enfermedad sólo el 50% tendrán clínica de displasia de esmalte¹³⁶. Los problemas dentales están más comúnmente asociados a la dentición primaria que a la permanente. El esmalte ha sido descrito de diverso modo como delgado, hipocalcificado o hipoplásico.⁽¹⁶⁾

El raquitismo hipofosfatémico resistente a la vitamina D es una enfermedad hereditaria dominante con la misma prevalencia en ambos sexos, pero con síntomas más severos en el sexo masculino. Este desorden hereditario es raro, afecta a 1 de cada 100.000 nacimientos. La falta de mineralización dental y ósea se debe a defectos en el gen del cromosoma 1 de la fosfatasa alcalina de tejidos no específicos¹⁷⁰. En los niños con raquitismo neonatal, Seow y cols. y Nikiforuk y Fraser encontraron un 100% de DDE, ya que son niños con un severo disturbio del metabolismo del calcio que podría ser responsable de estos defectos.^(15,16)

4- Enfermedades exantemáticas: Las infecciones graves, sobre todo aquellas que originan fiebre alta y exantemas en particular en el primer año de vida, afectan a veces a la actividad ameloblástica y provocan lesiones hipoplásicas en el esmalte que se conocen como hipoplasia febril.^(15,16)

El alcance de la displasia refleja la duración de la enfermedad, mientras que el patrón de la misma refleja la edad aproximada del paciente en el momento de la enfermedad. Por regla general, afecta a múltiples dientes en forma de líneas horizontales y estrechas de displasia de esmalte con diferentes niveles. La displasia afecta a los dientes de forma simétrica y bilateral.⁽¹⁷⁾

Una de estas enfermedades es la varicela, que se presenta normalmente en niños de entre 5 y 9 años de edad y es causada por el herpes-virus humano 3 o virus de varicela-zoster.

5- Infecciones prenatales: Las más características son:

□ Sífilis congénita - Producida por *Treponema pallidum* y entre sus manifestaciones orales destacar los dientes de Hutchinson, más pequeños de lo normal, cuyas caras proximales convergen hacia incisal, dando aspecto de destornillador. Es un esmalte que se abrasiona con facilidad. Los molares también se afectan con una superficie oclusal irregular, denominándose "molar en mora". En el esmalte se observan histopatológicamente zonas de hipoplasia.

□ Rubeola - La embriopatía rubeólica se relaciona con una alta incidencia de defectos del esmalte (81,8%). La displasia producida es consecuencia de la infección directa

del epitelio del germen dental en desarrollo. Los niños que se afectan durante las 6 primeras semanas de desarrollo intrauterino también tienen mayor prevalencia e intensidad de los defectos del esmalte. ^(15,16)

6-Nefropatías: El fallo renal crónico está asociado con defectos de desarrollo del esmalte, comúnmente con la hipoplasia. La severidad y extensión depende del grado de fallo renal y del momento de su aparición. En niños menores de 4 años en los que se presenta esta enfermedad existe una alta prevalencia de DDE y en sus formas más severas según un estudio realizado en el año 2000 por Nun. Los niños trasplantados exhiben también decoloración dental e hipoplasia del esmalte debido a la medicación con Ciclosporina. ^(15,16)

Existe un síndrome raro denominado Hipomagnesemia familiar con hipercalciuria y nefrocalcinosis en el que se han descrito defectos del esmalte relacionados con esta patología. Las anomalías en el metabolismo del calcio-fosfato se supone que conducen a esos defectos estructurales del esmalte. ^(15,16)

7- Endocrinopatías: Investigaciones llevadas a cabo por, Grahnén y Edlund, demostraban que la hipoplasia prenatal y postnatal es relativamente común en hijos de madres diabéticas. La investigación de Adler y cols. mostraba una clara relación de la edad del niño y la influencia en el desarrollo dental. Los niños diabéticos agrupados según su edad en el momento de la exploración demostraron un retraso gradual del desarrollo dental cuando aumentaba la edad, así como cuando se incrementaba la duración de la enfermedad. ^(15,16)

La diabetes mellitus tiene influencia en la formación y ultraestructura del esmalte. En un estudio realizado en roedores se observaba en las regiones apicales del esmalte una reducción masiva de la cantidad de calcio y fósforo comparándolas con las zonas coronales del diente formadas antes de la aparición de la diabetes. ⁽¹⁴⁾

8- Lesiones cerebrales: Un exceso de defectos del desarrollo del esmalte en los dientes temporales anteriores se ha observado en niños con parálisis cerebrales u otros trastornos neurológicos congénitos (esclerosis tuberosa). Factores sistémicos como el nacimiento prematuro, altos niveles de bilirrubina, problemas en la ingesta o metabolismo del calcio y las infecciones virales, pueden influenciar tanto el desarrollo dental como el del cerebro. La etiología es todavía desconocida. Saavedra Marbán observó en su estudio que los DDE que mostraban los niños explorados podían deberse, entre otras causas, a la privación de oxígeno de los ameloblastos durante un período determinado que ocasionaba trastornos cerebrales asociados a un nacimiento prematuro. ^(17,18)

9- Errores innatos del metabolismo: La **fenilcetonuria** es una alteración del metabolismo caracterizada por un retraso mental grave debido a la presencia de altos niveles de los metabolitos de la fenilalanina. La prevalencia de hipoplasia del esmalte es significativamente superior en pacientes fenilcetonúricos si se comparan con pacientes mentalmente retardados sin fenilcetonuria. ^(17,18)

La **enfermedad celíaca** es un trastorno crónico de la membrana mucosa del intestino delgado, causada por un efecto tóxico o una respuesta inmunológica al gluten, un

grupo de proteínas presentes en el trigo, centeno, cebada y avena. Se cree que los trastornos deletéreos causados por la enfermedad celíaca son responsables en la influencia de la mineralización de los dientes permanentes. Aine mostró que la introducción del gluten antes de los tres años de edad tiene un efecto deletéreo en la mineralización de los dientes permanentes. ^(17,18)

Esos trastornos de la mineralización se pueden identificar como cualitativas, descoloraciones o cuantitativas, hipoplasias con pérdida de esmalte. Suelen ser lesiones distribuidas simétrica y cronológicamente. ⁽²⁾

Se han realizado diversos estudios para evaluar la presencia de las anomalías del esmalte dentario en diversas poblaciones, pero sus resultados son muy variables y las discrepancias se atribuyen por lo general a las diferencias raciales, técnicas de muestreo por variables y diferencias en el criterio de diagnóstico. ⁽⁵⁾

El procedimiento de observación es esencial para detectar las lesiones; quizás una luz oblicua resulta imprescindible para poder observar muchos episodios leves de hipoplasia. Las bandas suelen ser muy evidentes, pero los orificios pasan inadvertidos para muchos observadores sin experiencia y algunas líneas no se detectan claramente mediante observación con luz cenital ambiental. Una metodología estandarizada podría reducir las diferencias intra e interobservador. La ventaja una lámpara de luz halógena es sin duda la posibilidad de transporte, dado su reducido tamaño. Igualmente se hace imprescindible la utilización de calibres digitales, hoy mucho más económicos que los calibres antropométricos tradicionales y al mismo tiempo más precisos. ⁽⁷⁾

TRATAMIENTO

Se han propuesto varias opciones de tratamiento, haciendo especial énfasis en el diagnóstico temprano, ya que va a mejorar el pronóstico. El tratamiento al principio es preventivo con controles periódicos, precisos y juiciosos hábitos de higiene oral. Una dieta balanceada pobre en agentes cariogénicos, y una periódica fluorización constituyen el mejor procedimiento para fortalecer el esmalte remanente. Luego se debe hacer la rehabilitación estética y funcional. ⁽¹⁹⁾

En pacientes con amelogénesis imperfecta tipo hipomaturado se recomienda el uso de restauraciones con resinas compuestas en los dientes anteriores y coronas metal-cerámica en la zona posterior para mejorar la estética y la función en casos de desarrollo maxilar completo. En los tratamientos de amelogénesis imperfecta también se recomienda coronas de cerámica completas. Todo va a depender de la severidad del caso. Actualmente los tratamientos con blanqueamientos y microabrasión han ofrecido excelentes resultados para disminuir las manchas en los dientes con alteraciones de esmalte. ⁽²⁰⁾

Conclusiones: La hipoplasia del esmalte es una de las alteraciones que más se encuentran en consulta actualmente y puede traer como consecuencia la formación de caries dental. El profesional de la Odontología debe conocer los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de los mismos y ofrecer tratamientos conservadores, estéticos y

protésicos que puedan brindarle al paciente una odontología cosmética que brinde soluciones efectivas a un problema ampliamente estudiado.

Referencias Bibliográficas:

1- Diaz Martínez L, Guadagnin V, Mantovani M, Fracalossi C; Hipoplasia del esmalte un abordaje en la clínica conservadora; [REVISTA UNINGÁ REVIEW](#); [Internet] 2015 [Citado en ene 2018] __ v. 24 n. 1. ISSN 2178-2571. Disponible en: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1680>>.

2- Barranco M. Operatoria dental. 3 ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1999. pp. 296-301.

3- Cohen B. Fundamentos científicos de Odontología. La Habana: Ed. Científico Técnica; 1981. pp.617-30.

4- Liñan Duran C; Meneses López A; Delgado Cotrina L; Evaluación in vitro del efecto erosivo de tres bebidas carbonatadas sobre la superficie del esmalte dental Revista Estomatológica Herediana, [Internet] dic 2017[Citado ene 2018] vol. 17, núm. 2, pp. 58-62 Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539348003>

5-López Jordi M, Cortese S, Álvarez I, Salveraglio Ortolani A, Biondi A. Comparación de la prevalencia de hipomineralización molar incisiva en niños con diferente cobertura asistencial en las ciudades de Buenos Aires (Argentina) y Montevideo (Uruguay). Salud colectiva. , [Internet] 2014 , [Citado en ene 2018];Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000300012&lng=es. 10(2):243251

6- Finn SB. Odontología Pediátrica. La Habana: Ed. Científico Técnica; 1985. pp. 422-5.

7- Mujica Serrano M, Duarte Lizarazo M, Jaimes Osorio L, Parra Rodríguez B; Prevalencia y factores asociados a patologías bucodentales en pacientes con síndrome de Down: revisión sistemática. Bogotá[Internet] 2018[Citado feb 2018] Disponible en: <http://hdl.handle.net/11634/10162>

8-Martínez Chicón J .Propuesta de una simbología Odontológica y su utilidad en el análisis de la diversidad dental para la identificación forense. [Tesis Doctoral] Granada. Editorial de la Universidad de Granada,2013.

9- Bonifacio da Silva S, Moreira Lanza C, Sodré de Oliveira F; Tratamiento de la hipoplasia del esmalte con la técnica de microabrasión en odontopediatría. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013 Mar [citado 2018 Abr 04] ; 45(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100004&lng=es.

10- Arrieta Mendoza E, Pérez Peláez E; El proceso de caries en niños y su relación con la hipomineralización e hipoplasia del esmalte. Universidad Autónoma de Puebla, Rev Estomatol 2016.

11-Gonzalo J, Robledo B; Patología Oral: Hipoplasia del esmalte dental. Rev Cubana Estomatol [Internet] 2016 [Citado en 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-35072009000100004&lng=es.

12-Taddei-Moran F, Anduaga-Liscano S; Anomalías del esmalte en niños. Rev Cubana Estomatol [Internet] 2015 [Citado en ene 2018]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11634/10162>.

13-Winter G, Brook A, Enamel hipoplasia and abnormalities of enamel. Dent Clin North America; 19:3-24, 2016.

14-Pindbrog I; Etiology of developmental enamel defects not related to fluorosis. Inter. Dental Journal, 32: 123-134.

15-Mafla A; Prevalencia de Opacidades del esmalte dental en niños y adolescentes colombianos. Revista Facultadv de Odontología Universidad de Antioquía, No 26 p 106-125; 2014.

16-Agrenda Hernández M, Medina Sánchez Y, Díaz Peña N. Prevalencia de fluorosis dentl, opacidad e hipoplasia del esmalte en niños de edad escolar del municipio de Libertador del estado de Mérida, Venezuela; 2016.

17-Morales M; Patologías Bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil. Rev Acta Odontol, Venezuela [Internet] 2010 [Citado en 2017] Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202010/v14n4a10supl1.htm>.

18- Hernández Millán A; Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área VII en Cienfuegos. Revista Finlay. ISSN 2221-2434. Año 2014, vol. 4, No. 3. Registro 104.

19-Díaz del Mazo L, Ortiz Andrial A, Ferrer González S, Vicente Botta B, Perdomo Estrada C. Efectividad del Oleozón® en el tratamiento de pacientes con discromía dental. MEDISAN [Internet]. 2018 Ene [citado 2018 Abr 04] ; 22(1): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000100001&lng=es.

20- Gómez JP, Ramos I, Toledo L. Estomatología General integral. Antecedentes y desarrollo en Villa Clara. Medicentro [en línea]. 2010 [consultado 11 Nov. 2017]: [aprox. 10 p.]. Disponible en:

<http://www.medicentro.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202010/v14n4a10supl1.htm>

HIPOSALIVACIÓN/XEROSTOMÍA: RETOS

Eduardo Enrique Castillo Betancourt ¹, Jorge Yuniel Hernández Blanco ², Eduardo Castillo Fernández ³.

¹Especialista 2do grado Prótesis Estomatológica. Msc. en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. ecastillo@jagua.cfg.sld.cu

²Especialista de 1er grado de Estomatología General Integral. Residente 2^{do} año de la Especialidad de Prótesis Estomatológica.

³ Residente 2do año de Estomatología General Integral.

Resumen:

Introducción: La saliva desempeña un papel preponderante en la cavidad oral; el adecuado cumplimiento de todas y cada una de sus funciones depende propiamente de la cantidad y composición de la saliva. De las distintas disfunciones salivales que le afectan, la xerostomía es la manifestación clínica más común. Los términos Xerostomía e Hiposalivación han sido utilizados indistintamente en relación a las quejas subjetivas y aspectos objetivos de la boca seca, múltiples son las causas, pero independientemente de su etiología, inducen a una reducción en el flujo salival que afecta directamente a la comodidad oral y al estado de salud en general, el tratamiento protésico en estos pacientes es desafiante y el éxito depende del conocimiento de los problemas particulares y métodos de prevención combinado con un protesista hábil. **Objetivo:**

Determinar el papel que desempeña la saliva en el mantenimiento de la salud oral.

Métodos: Se realizó una exhaustiva búsqueda en bases de datos de la red de Infomed como: Medline, PubMed, Scielo, LiLacs, y en la Biblioteca Virtual de Salud.

Conclusiones: La saliva tiene un papel principal en la salud oral, ayudando a evitar erosiones y ulceraciones en los tejidos blandos y participando en la remineralización dental, y actúa como elemento coadyuvante de la retención de las prótesis dentales.

Palabras clave: Xerostomía, Hiposalivación, paciente geriátrico, prótesis dental.

Introducción

La saliva desempeña un papel preponderante en la cavidad oral; el adecuado cumplimiento de todas y cada una de sus funciones depende propiamente de la cantidad y composición de la saliva. Las propiedades salivales de lubricación,

reparación, autólisis, antimicrobianas y capacidad buffer contribuyen significativamente al mantenimiento de la integridad en los tejidos duros y blandos de la cavidad oral^{1, 2, 3}.

Cuadro 1. Propiedades y proteínas salivales

Proteínas Salivales	
Antibacteriana	Amilasa, sistatina, musina, histalina, peroxidasa.
Amortiguadora	Anhidrasa carbónica, histalina.
Digestiva	Amilasa, musina.
Mineralización	Sistatina, histalina, estaterina.
Lubricación Viscoelasticidad	Musinas, estaterina.
Protección de los tejidos	Amilasa, sistatina, musinas, Estaterina.
Fungicida	Histalina.
Antiviral	Sistatina, musinas.

La saliva humana es un complejo fluido biológico, encargada de iniciar el proceso digestivo, producir efectos antimicrobianos, ayudar a mantener la flora normal en la cavidad oral, así como el pH e integridad de los órganos dentarios y mucosa oral^{2, 4, 5}. A la vez, es

mediadora en la percepción de los sabores e interviene en los procesos de masticación y deglución a través de sus propiedades lubricantes. También se compone de iones minerales, especialmente de calcio y fosfato, que son los ingredientes de los que se componen los dientes. De esta manera, ayuda a remineralizar los dientes y a reparar pequeñas lesiones en el esmalte^{6, 7}.

Constituye, además, un elemento esencial en la retención de la prótesis dental, sobre todo en los pacientes portadores de prótesis total, debido a que la retención se logra por la fidelidad de la superficie de la base con respecto al maxilar con la saliva interpuesta (adhesión, cohesión, tensión superficial)^{8, 9}.

De las distintas disfunciones salivales que le afectan, la xerostomía es la manifestación clínica más común. Tanto la xerostomía como la hiposalivación tienen su origen en múltiples causas, pero independientemente de su etiología, inducen a una reducción en el flujo salival que afecta directamente a la comodidad oral y al estado de salud en general^{1, 2, 5}.

Existe algo de confusión en la literatura sobre la definición de boca seca, porque los términos xerostomía e hipofunción de las glándulas salivales SGH o Hiposalivación han sido utilizados indistintamente en relación a las quejas subjetivas y aspectos objetivos de la boca seca.

Teniendo en cuenta que la Federación Dental Internacional (FDI) define este síndrome como “**la enfermedad del hombre moderno**”, debido a su carácter casi epidémico, ya que afecta a una de cada cuatro personas y que aumenta a partir de los cincuenta

años, y que a pesar de su alta prevalencia, se ha observado que los conocimientos sobre la etiología y el tratamiento de la boca seca en los profesionales de la salud aún resultan insuficientes. Hemos decidido realizar el presente trabajo.

Metodología: A tales efectos, se realizó una revisión exhaustiva en bases de datos de la red de Infomed como: Medline, PubMed, Scielo, LiLacs, y en la Biblioteca Virtual de Salud, teniendo en cuenta los artículos que tuvieran en algún campo las palabras claves: glándulas salivales, xerostomía, hipofunción salival, hiposalivación, síndrome de boca seca, se analizaron algunos aspectos de interés, tales como: epidemiología, etiología, clínica, factores de riesgos, consecuencias, tratamientos, entre otros.

Objetivos

- Determinar el papel que desempeña la saliva en el mantenimiento de la salud oral.
- Mencionar la importancia que tiene el profesional sanitario en el diagnóstico de cada una de estas situaciones.

Desarrollo

La saliva es esencial para mantener el equilibrio en la boca. Es un líquido incoloro, transparente, de escasa viscosidad, compuesto básicamente por agua entre 90% y 99,5%, con un pH de 5,97 (en niños de 7,32). Diariamente se segregan de 1 a 1,5 litros, pero entre comidas la producción desciende a 15 mL/hora (en niños a 4mL/hora)^{10, 11, 12}.

Su ausencia o cambios en sus características representarían un problema importante de salud, ya que su principal función es proteger de agentes externos a la mucosa bucal y a los dientes^{1, 5, 7, 8}.

Se habla de hiposecreción o hiposalivación cuando la saliva segregada no alcanza 500 mL/día o cuando la tasa de flujo salival desciende por debajo de 0.1 mL/min en saliva estimulada y por debajo de 0.5 mL/min para saliva no estimulada. Si la hiposecreción es total se habla de asialia o aptialismo y si es parcial, de hiposialia. La asialia solo se da en ausencia congénita o atrofia total de la glándula. La hiposalivación hace referencia a la hiposecreción salival de forma objetiva, mientras que Xerostomía es el término indicado para la pérdida subjetiva de saliva^{13, 14}.

Varios autores afirman que los factores psicológicos desempeñan un importante factor en la presencia de xerostomía sin hiposalivación y que tal hecho esta significativamente

asociado a la depresión. Habitualmente los términos hiposalivación y xerostomía se utilizan indistintamente para hablar de disminución del flujo salival^{4, 7, 9, 14}.

La Xerostomía es evaluable únicamente cuestionando directamente al individuo. Por ejemplo ¿con que frecuencia siente su boca seca? Y contando con un rango de posibles respuestas que fueran desde nunca hasta siempre.

Por otro lado, el signo de la boca seca es la hipofunción de la glándula salival o Hiposalivación, en el que se reduce la cantidad de saliva producida, pudiéndose este determinar mediante una sialometría, midiendo el flujo salival^{10, 9, 8, 15}.

La xerostomía es una condición asociada tanto con una disminución en la tasa del flujo salival como con una alteración en la composición química de la saliva, causando, en cualquiera de sus vertientes, boca seca, la cual puede tener un deterioro en varios aspectos de la función oral y el estado de salud general^{16, 17}.

En este orden de ideas se puede citar que la xerostomía es la sensación subjetiva de sequedad bucal debido a la disminución de saliva. Puede afectar hasta a un 30 % de la población general. Aunque en sí misma no es una enfermedad, altera la calidad de vida, especialmente en la población anciana^{3, 8, 11, 18}.

Suele recibir escasa atención, incluso por los propios médicos y, en ocasiones, el mismo paciente no lo refiere hasta que se pregunta directamente por su existencia. Sin embargo, puede ser el síntoma que oriente de la presencia de enfermedad sistémica, como el síndrome de Sjögren^{7, 9}.

Según se ha citado, la xerostomía se manifiesta en uno de cada cinco adultos, lo que equivale al 20 % de la población de entre 18 y 30 años, y a un 40 % en los mayores de 50 años. Afecta el doble a mujeres que a hombres, principalmente por los cambios hormonales asociados al embarazo, climaterio o a la menopausia. Según datos estadísticos, la xerostomía cada vez va tomando un mayor protagonismo en la sociedad; es una condición que altera la salud general y la calidad de vida^{19, 20}.

En la población en edad geriátrica, la xerostomía es un síntoma frecuente, pero no debe considerarse simplemente como expresión del envejecimiento, ya que las causas también son múltiples. En estudios realizados en el norte de Europa se encontró que entre el 20 y el 30% de las personas de veinte años tienen esta patología^{3, 6, 9, 13, 21}.

Aspecto que puede provocar edentulismo prematuro; pudiendo estar relacionado con el creciente consumo de antidepresivos, antihipertensivos, bebidas alcohólicas y tabaco²¹.

Se le reconoce por las siguientes manifestaciones clínicas: mucosa seca y pegajosa, saliva con consistencia pastosa, cavidad oral con aspecto pálido y grietas generalizadas, mucosa de aspecto muy delgado, susceptibilidad a gingivitis y hemorragia gingival, ausencia del acúmulo de saliva en el piso de boca, labios resecaos, lengua seca e irritada, enfermedad periodontal, halitosis, sensación de ardor, caries cervicales, incisales o cuspídeas, queilitis angular y candidiasis oral y dificultades en el uso de las prótesis dentales. El paciente refiere sed y además existe una predisposición al desarrollo de candidiasis^{4, 6, 19, 22}.

La xerostomía, aunque no es considerada como una enfermedad, puede implicar la presencia de alteraciones relacionadas directamente con las glándulas salivales o ser el resultado de trastornos sistémicos^{23, 24}.

De los agentes causales, los más reconocidos o asociados con la Xerostomía son^{3, 8, 16, 23, 24}.

Enfermedades: Hay varias enfermedades sistémicas que pueden cursar con xerostomía, por ejemplo: el síndrome de Sjögren, amiloidosis, sarcoidosis, tuberculosis, lepra, hepatitis C, cirrosis biliar, fibrosis quística, diabetes mellitus, agenesia glandular, la infección por VIH.

Causas funcionales: Deshidratación, la privación o pérdida de líquidos, la diarrea y/o vómitos persistentes, los déficits proteínicos, las alteraciones cardíacas, la uremia y el edema. Además, el transporte de saliva se puede afectar por obstrucciones (sialolitiasis), infecciones (sialoadenitis) y estenosis en los conductos y conductillos. Respirar por la boca, debido a obstrucción nasal, utilizar inhaladores y padecer estrés, estados de ansiedad o depresión severa.

Farmacológico: La reducción del flujo salival puede ser inducida por tratamientos médicos administrados; cerca de 400 medicamentos causan xerostomía como un efecto adverso; entre estos fármacos destacan: agentes anticolinérgicos, antidepresivos y antimicóticos, antihipertensivos, tranquilizantes, antidiuréticos, antihistamínicos, relajantes musculares, analgésicos narcóticos y antiinflamatorios esteroideos y no

esteroides, por lo general cuando han sido consumidos en un periodo mayor de 5 años. Sin embargo dicha incidencia es mayor si varios medicamentos se toman simultáneamente.

Otras: Hábitos como el alcohol y el tabaco; las radiaciones en cabeza y cuello, la quimioterapia, cirugía de la glándula salival. La radiación de tumores malignos de cabeza y cuello con dosis mayores a los 30 G, tiene como efecto colateral secundario la hipofunción de las glándulas salivales, debido a la destrucción progresiva del parénquima glandular y el aporte vascular del mismo.

Sin embargo, la humedad bucal no solo depende de la glándula salival, sino influyen otros aspectos como la inervación neurológica que interviene en los mecanismos de secreción salivar, los propios componentes de la saliva que proporcionan la adecuada viscosidad y la función normal del sistema nervioso central como elemento integrado.

En relación a la Rehabilitación Protésica, la xerostomía puede generar dificultades en los tratamientos de los pacientes, ya que el ajuste y retención de dentaduras artificiales removibles dependen indispensablemente de la lubricación de la mucosa por la saliva, ayudando a la retención de prótesis.

En los pacientes con xerostomía el tratamiento protésico es desafiante y el éxito depende del conocimiento de los problemas particulares y métodos de prevención combinado con un protesista hábil, por lo que a los pacientes que acudan a los servicios estomatológicos se les debe interrogar acerca de la percepción de xerostomía y del uso de medicamentos antes del tratamiento, ya sea preventivo, curativo o ambos.

Se plantea que los individuos que presentan el síndrome y usan prótesis tienen dificultad con su uso, en relación con el adecuado ajuste y retención, además de que en general aparecen dificultades para hablar, masticar, tragar y saborear los alimentos, que conllevan a trastornos de nutrición, por lo que se afecta su salud bucal, su salud general y, por tanto, su calidad de vida.

El estomatólogo debe observar ciertos signos al realizar el examen clínico como: desprendimiento de parte del epitelio de la mucosa al remover los rollos de algodón de la boca; los dedos de los guantes o los instrumentos tienden a adherirse a los tejidos bucales del paciente; algunos problemas con las prótesis, no pueden ser atribuidos a

fallas en el diseño o construcción de las mismas; presencia de caries recurrentes y en zonas donde su aparición es poco frecuente.

Criterios diagnóstico
Anamnesis (Deben atenderse los datos referidos por el paciente, relacionados con dicha sensación)
Exploración (Comprobar los signos que por el efecto de la hiposalivación se puede manifestar sobre la mucosa oral y los dientes, sin omitir las complicaciones derivadas)
Sialometría
Análisis sialoquímico
Estudios séricos de laboratorio
Estudios de imagenología
Biopsias

Para un diagnóstico adecuado, en la entrevista se deben realizar preguntas dirigidas a orientar el grado de padecimiento o intensidad del cuadro en los pacientes. A la inspección clínica de la cavidad bucal se puede observar la ausencia de saliva en el suelo de la boca, una mucosa bucal y lingual de aspecto seco, eritematosa y en ocasiones la presencia de fisuras^{6, 8,9 15, 24}.

Muchas veces en la historia clínica no se plasman datos referentes a la saliva.

El flujo medio de saliva es de $40,92 \pm 22:28$ mm/5 min en pacientes sanos.

Para medir el flujo salival estimulado, se puede hacer mediante estimulación mecánica (mediante la masticación de parafinas y chicles) o química con ácido cítrico 4%. Se considera que el flujo de saliva no estimulada inferior a 0,15 mL/minuto o estimulada de 0,2 a 0,18 mL/minuto es anormal, pero no causante de xerostomía. La sensación de boca seca se produce sólo cuando el volumen de saliva no estimulada desciende más de 50% de su valor anterior al trastorno^{15, 17, 19}.

Opciones de Tratamiento: Debemos de comenzar identificando las causas que han dado lugar a la xerostomía para eliminar o reducir su impacto. El manejo inicial es dar tratamiento a las causas que genera hiposalivación, en los casos que la alteración sea reversible (como estrés y consumo de fármacos) se resolverá en pocos días. En los casos que el daño sea irreversibles sobre las glándulas, el tratamiento debe perseguir la estimulación o la sustitución de la secreción salival disminuida o perdida^{5, 9,15, 23}.

Cuadro 3. Opciones de tratamiento.

Manejar las condiciones sistémicas subyacentes
Manejo multidisciplinario con otros profesionales de la salud
Manejo de los síntomas
Dieta y modificación de hábitos
Frecuentes y regulares sorbos de agua
Evitar alimentos secos, duros, pegajosos o ácidos
Evitar el exceso de cafeína y alcohol
Sustitutos de saliva y lubricantes
Saliva artificial, geles, enjuagues, espráis, humidificador de cabecera
Sialogogos
Acupuntura y MNT

Reemplazos de saliva: El humedecimiento de la mucosa oral con sustitutos de saliva artificial muestra alivio en el malestar del paciente. De forma general, se utilizan el agua y la

leche. Dentro de los que se encuentran bajo prescripción médica, los más utilizados como saliva artificial pueden ser categorizados de acuerdo a sus componentes, la desventaja principal de estos productos es su corto periodo de duración de acción, ayudan a mantener un balance en la salud oral; también proporcionan humedad a la mucosa oral permitiendo una sensación de alivio en la sintomatología del paciente.

Cuadro 4. Manejo de las consecuencias de la xerostomía.

Prevenición
Aumento de la frecuencia de las revisiones dentales
Aplicación tópica de fluoruro
Tratamiento de las condiciones orales
Caries dental- restauración, aplicación tópicas de fluoruro
Candidiasis oral- enjuague de clorhexidina y medicamentos antifúngicos.
Prótesis con mal ajuste- rehabilitación, adhesivos para dentaduras artificiales

Limitación: Evitar alimentos cariogénicos, uso de tabaco y consumo excesivo de alcohol. Alternar tratamientos con medicamentos xerogénicos dentro de las posibilidades médicas. En pacientes con uso de

prótesis dentales, retirarlas durante la noche para mantenerlas en solución de hipoclorito.

Prevención y tratamiento de las complicaciones orales: Las complicaciones debidas a la xerostomía fundamentalmente son: caries, periodontitis, candidiasis y dolor. Es importante darles instrucción a los pacientes sobre la higiene oral adecuada y sobre el conocimiento de alimentos de alto potencial cariogénico para evitar el consumo de los mismos. También indicar el uso de enjuagues antibacteriales. Para pacientes totalmente edéntulos, el uso de prótesis convencionales será facilitado por medio del acondicionamiento de los mismos por medio de adhesivos humectantes.

Estimulación de la capacidad secretora residual: Medicamentos sialogénicos, Neuroelectroestimulación salival. La ingeniería genética ha logrado en los últimos años abrir un campo de esperanza en la generación de componentes orgánicos a partir de células madre pluripotenciales. Este progreso ha dado lugar a un nuevo concepto, el de medicina regenerativa, que sin duda no es ya el futuro, sino, en muchos campos, el presente de la investigación biomédica.

CONCLUSIONES

La saliva tiene un papel principal en la salud oral, ayudando a evitar erosiones y ulceraciones en los tejidos blandos y participando en la remineralización dental, y actúa como elemento coadyuvante de la retención de las prótesis dentales.

Los programas enfocados a la prevención y el tratamiento de la Xerostomía e Hiposalivación, pueden mejorar la calidad de vida del paciente y la salud de los tejidos orales.

El síndrome de boca seca, causado en la mayoría de los casos por el consumo de fármacos, necesita de un diagnóstico integral, teniendo en cuenta el interrogatorio, el examen bucal y algunas pruebas complementarias; el tratamiento del mismo debe basarse en los recursos terapéuticos con que cuenta el estomatólogo, dado que la correcta salud bucodental es la base fundamental para la prevención y tratamiento de la sequedad bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lafaurie G, Fedele S, López RM, Wolff A, Strietzel F, Porter SR, Konttinen YT. Biotechnological advances in neuro-electro-stimulation for the treatment of hyposalivation and xerostomia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14(2):E76-80
2. Hannig C, Spies B, Spitzmüller B, Hannig M. Efficacy of enzymatic mouth rinses for immobilization of protective enzymes in the in situ pellicle. *Arch Oral Biol* 2010; 55(1):1-6.
3. Strietzel FP, Lafaurie GI, Mendoza GR, Alajbeg I, Pejda S, Vuleti L, et al. Efficacy and safety of an intraoral electrostimulation device for xerostomia relief: a multicenter, randomized trial. *Arthritis Rheum* 2011; 63(1):180-90.
4. Nikolopoulou, Theodoros; Tasopoulos, Robert Jagger. "Prevalencia de la xerostomía en pacientes con prótesis removibles". *Revista internacional de prótesis estomatológica*, 2014 [citado 10 enero 2018]; págs. 145-147. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>.
5. Rodríguez Palacios, A.; Martínez Naranjo, T. La xerostomía en pacientes con prótesis dental. [citado 10 enero 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_2_08/est10208.htm
6. Mulet García, M.; Reigada de Santelice, A.; Espeso Nápoles, N. "Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Impacto de una estrategia educativa". *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2006 [citado 10 enero 2018]; 10(3): 4. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n3-2006/2064.htm>
7. Sáez Carriera, R.; Carmona, M.; Jiménez Quintana, Z.; Alfaro, X. "Cambios bucales en el adulto mayor". *Rev. Cubana Estomatol.* 2007 [citado 23 febrero 2018]; 44(4):15 p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
8. Un paciente con xerostomía. 2016 [citado 3 febrero 2018]. Disponible en: www.elsevier.es/esrevista-medicina-integral-63-pdf-11000252-S300.

9. Pardiñas López, L. La saliva y su importancia en la salud. 2012. [citado 17 enero 2018]. Disponible en: <http://www.clinicapardinas.com/la-saliva-y-su-importancia-en-la-salud.htm>.
10. Díaz Guzmán LM, G. Z. (2011). Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. Revista Asociación Dental Mexicana (ADM).
11. García Alpizar B, Capote Valladares, & Morales Montes de Oca. (20 de enero de 2018). Prótesis Totales y Lesiones bucales en adultos mayores institucionales. Obtenido de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>.
12. Silva R. Eficacia en la aplicación de técnicas de biofeedback y relajación muscular en adultos mayores que presentan ataques de pánico. Santiago de Chile.: Universidad de Chile.; 2010.
13. Güitron M, Carrillo M. Reacciones adversas a medicamentos en la boca del adulto mayor. Revista ADM. 2010; LXVII (4):163-170.
14. Smidt D, Torpet L, Nauntofte B, Heegaard K, Pedersen A. Associations between oral and ocular dryness, labial and whole salivary flow rates, systemic diseases and medications in a sample of older people. Community Dent Oral Epidemiol. 2011; 39:276-288.
15. Ibañez N, Piña Y, Aguilar N, Partida E. Xerostomía (Hiposalivación) Secundaria Al Tratamiento Farmacológico De La Hipertensión Arterial. Revista ADM. 2011; LXVIII (6):283-289.
16. De La Rosa-García E, Vera F, Espinosa L, Mondragón A. Factores de Riesgo para Candidosis Asociada Prótesis Bucal. Revista ADM. 2012; 69(6):266-270.
17. Nagaraj E, Mankani N, Madalli P, Astekar D. Socioeconomic Factors and Complete Edentulism in North Karnataka Population. The Journal of Indian Prosthodontic Society. 2012;14(1):24-28. [citado 12 febrero 2018] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935051/pdf/13191_2012_Article_149.pdf
18. Bilhan H, Geckili O, Regin S, Erdogan O, Ates G. Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. Journal of Oral Science. 2013; 55(4); 29-37. [citado 18 enero 2018] Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/josnusd/55/1/55_29/_pdf
19. Alfadda S, Al-Fallaj H, Al-Banyan H, Al-Kadhi R. A clinical investigation of the relationship between the quality of conventional complete dentures and the patients' quality of life. The Saudi Dental Journal. 2015; 27(2):93-98. [citado 3 febrero 2018] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459116/pdf/main.pdf>
20. Bilhan H, Geckili O, Ergin S, Erdogan O, Ates G. Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. J Oral Sci. 2013; 55(1):29-37. [citado 4 marzo 2018] Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/josnusd/55/1/55_29/_pdf



21. Leon S, Giancama R. Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. Rev Med Chile. 2016; 144; 496-502. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n4/art11.pdf>
22. Leon S, Giancama R. Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. Rev Med Chile. 2016; 144; 496-502. [citado 10 marzo 2018] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n4/art11.pdf>
23. Gil Moncayo J, Silvestre F, Barrios R, Silvestre-Rangil J. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly: A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2016; 1; 21 (3): e355-366. [citado 10 marzo 2018] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867210/pdf/medoral-21-e355.pdf>
24. Cardenas S, Vergara K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. REV CLÍN MED FAM. 2012; 5 (1): 9-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1696/169624100003.pdf>

HISTORIA DE LOS DECANOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS.

AUTOR: MSc. Lic. José Antonio Pomares Alfonso. Email: fp6006@ucm.cfg.sld.cu. Metodólogo de la Dirección de Profesionales de la salud. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

El presente trabajo aborda vivencias del autor referidas al surgimiento y desarrollo de la Unidad docente de Ciencias Médicas y su transformación posterior en Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticos Torrado” de Cienfuegos, en el periodo comprendido de 1979 hasta el 2009. Tiene el objetivo de escribir sobre aquellas personas que ocuparon un lugar cimero en la organización del proceso docente educativo en el centro y han contribuido con su esfuerzo y dedicación a esta hermosa escuela que es hoy la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Palabras clave: Historia, Ciencias, Médicas.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es rememorar las vivencias acerca del origen y desarrollo de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos “Raúl Dorticos Torrado”. Escribir sobre aquellas personas que tuvieron la digna responsabilidad de guiar esta hermosa escuela.

En mi memoria se reúnen tantos recuerdos que temo, sea yo capaz de organizar. Voy a pensar y escribir, pero aún más, voy a sentir y escribir. A todos los que lean este trabajo les lleguen las emociones y sentimientos que intento transmitir.

Queridos compañeros, recordar es volver a vivir y haber vivido laboralmente en esta Facultad por más de 36 años, ha sido para mi una experiencia excepcional.

Muchas gracias a todos los que han hecho posible esta historia y a ustedes compañeros gracias por la bondad e interés que muestran .

Adelante: les presento a los Decanos.

DESARROLLO

¿Cómo nace la Facultad y quien es su primera directora?

Corría el año 1979. El 23 de marzo se inauguraba el Hospital Clínico Quirúrgico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, centro que por su capacidad y desarrollo tecnológico era y es orgullo de nuestra provincia y país.

En una calurosa tarde del mes de agosto, el Dr. Serafín * visita en su vivienda en Cienfuegos, al Dr. Pedro Hernández Sánchez, ** le comunica analizar las posibilidades de iniciar el 6to año de Medicina en Cienfuegos con 9 estudiantes, que hasta ese momento estudiaban en el ISCMV (Instituto Superior de Ciencias Medicas de Villa Clara). Inmediatamente la Dirección Provincial de Salud informa a Humberto Miguel*** y Reinel Regal, * para su conocimiento y aprobación.

No hay que esperar, no existen objeciones, al contrario, apoyo absoluto. Se iniciaba toda la preparación para el inicio de la “Unidad Docente de Ciencias Médicas”. Es así como el 1ro de septiembre de 1979, comenzó el 1er curso escolar de medicina en Cienfuegos con 9 estudiantes que cumplirían un programa de internado rotatorio y comprendía Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría y Cirugía.

Como local de organización docente, el Dr. Goicochea, * amablemente cedió el salón de reuniones del Vice Director Administrativo del Hospital Provincial, los escenarios docentes, además del Hospital Clínico Quirúrgico, el Hospital. Pediátrico “Paquito González” y Ginecobstetico “Mártires de Girón”.

Tareas inmediatas:

- Categorización de los profesores en las cuatro especialidades
- Seleccionar el profesor que asumiría la responsabilidad de conducir la docencia.

* Dr. Serafín Ruiz de Zarate. Rector del ISCMVC.

** Dr. Pedro Hernández Sánchez. Director Provincial de salud. Cfgs.

*** Humberto Miguel Fernández. Primer Secretario del PCC Provincial. Cfgs.

***Dr. José Ignacio Goicochea Boffil. Director del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico “Gustavo Aldereguía Lima “. Cienfuegos.

***Reinel Regal Reyes. Presidente Asamblea Provincial del Poder Popular. Cfgos.

La Dra. Elena de la Nuez, Especialista de 1er grado de radiología. Jefa del Dpto. de Radiología del Hospital Materno “Mártires de Girón”, fue la persona seleccionada para ostentar la responsabilidad de conducir la enseñanza Médica Superior en nuestra Provincia.

Fue cedida por la dirección del Materno y se convierte en Directora de la Unidad Docente de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Elena, tuvo ante si una ardua labor. Crear las primeras estructuras docentes y administrativas de la naciente escuela. Persona de rostro y figura hermosa, de ojos como azabaches, con una inteligencia desbordante, una pujante exigencia, un trato afable, camaraderil y apuesto, pero de convicciones firmes y resueltas. Ella es sin duda nuestra primera Directora, sus convicciones revolucionarias demostradas, su organización intachable pero por encima de todas las cosas, su sensibilidad humana. Elena fue la iniciadora, ella tiene ese gran mérito.

La primera idea y su gran significado. De mis propias vivencias.

Humberto Miguel Fernández en una oportunidad nos narró como surgió la idea de la construcción de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos y su localización en el lugar que ocupa.

El día en cuestión, fue un recorrido que el Comandante en Jefe y él hacía a las obras de construcción del Hospital. Al transitar por la actual calle 51 A, el Comandante explicándole a Humberto el futuro de la Medicina en Cienfuegos le dijo:...

---y en esta zona Humberto, aquí, al lado del Hospital, debe estar la futura escuela de medicina en Cienfuegos---. Esta idea que dió el Comandante comenzaría pronto a materializarse con la labor de proyectos y después con los primeros movimientos de tierra y las iniciales cimentaciones, y en ellas en septiembre de 1982 entraría el Primer Contingente del Destacamento de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay” y veríamos entonces dirigir, al primer Decano, pero, calma colegas, la historia se disfruta mejor cuando se narra con sosiego.

Sobre mi persona.

A veces me preguntan si yo fui Decano de la Facultad, otros me cuestionan cuales fueron mis funciones en los inicios de este centro. Creo importante dejar claro algunos puntos históricos en el desarrollo de nuestra escuela, y aunque tengo el orgullo de

haber participado en una obra tan hermosa como en la que he estado por muchos años, la historia es sólo una.

En el año 1976 al graduarme de Licenciado en Psicología en la Universidad de la Habana y habiendo alcanzado la categoría de Instructor no graduado soy ubicado en la Universidad Central de las Villas, y por indicación del entonces Rector José Eustaquio Remedios previa coordinación con el Dr. José Arteaga Herrera comencé a laborar en la entonces Facultad de medicina aún adscripta a la Universidad central de la Villas” Marta Abreus”.

Aunque en este trabajo no es mi intención describir las características del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara en que posteriormente se convertiría la Facultad de Medicina, si debemos de dar a conocer que muchos de los que asistimos al nacimiento y desarrollo de nuestra Facultad, nos cultivamos inicialmente en él. La reparación y mantenimiento de los inmuebles, la organización docente y la preparación del claustro en los primeros años recibieron siempre el asesoramiento, la atención y control del Instituto.

Por más de cuatro años me desempeñe como profesor de Psicología en este centro que me acogió como recién graduado y me formó inicialmente como docente, en el colectivo compartí y aprendí del Dr Edgar Romero Monteagudo

En los inicios del año de 1981 y laborando aún como profesor Instructor en el ISCMVC, me entrevisté con el Rector Serafín Ruiz de Zarate y le comuniqué mi interés, en un futuro, cuando fuese posible y no ocasionara trastornos laborales trasladarme a mi ciudad natal y trabajar en la ya naciente escuela de medicina. Su respuesta fue muy comprensiva y en ella me afirmó que lo tendría en cuenta. Ocupaba yo por entonces la responsabilidad de 2do Secretario de la UJC en el centro y nos encontrábamos sumidos en el proceso de Profundización de la Conciencia Revolucionaria. Cuatro meses después, a fines del mes de abril, me comunicó su secretaria que el Rector deseaba hablarme, y él me dijo muy tácitamente que durante el mes de mayo me trasladaría a la Unidad Docente de Medicina en Cienfuegos y mis funciones serian “ayudar y trabajar junto a la Dra. Elena de la Nuez”. Es así que en la última decena del mes de mayo me incorporo a trabajar en el local dispuesto en las áreas administrativas del Hospital Clínico Quirúrgico.

En el Instituto había recibido las primeras lecciones laborales, y más de cuatro años de experiencia docente. Agradezco mucho el haber sido recibido recién graduado de la escuela de Psicología de la Habana por el Dr. José Arteaga Herrera y haber trabajado durante cuatro años con el Dr. Edgar Romero Monteagudo y el Dr. Rafael Casanova Gutiérrez. Siento gran regocijo de que mi Rector haya sido el Dr. Serafín Ruiz de Zarate Ruiz.

Se desarrolla la Unidad Docente de Cienfuegos

He dicho anteriormente que Elena fue la iniciadora y ella tuvo ese gran mérito, refiriéndose a ella José Arteaga me ha dicho “...inteligente, entusiasta, capaz y reflexiva. Dulce y firme en sus ideas y convicciones...”

Trabajar con Elena para mí fue muy gratificante, su estilo de trabajo se centraba en la persona. Elena era muy afectiva y aprehensiva. Sus tareas fueron enormes y en mi criterio la principal fue iniciar la integración docente – asistencial y sus primeras soluciones. Los primeros Festivales Culturales, los Forum estudiantiles, datan de la época iniciadora de Elena. Ella formó un equipo de trabajo inicial que hoy en día los

conocemos como “Los Fundadores”. Pocas veces en mis largos años de trabajo experimenté el trabajo en equipo con tanta fuerza como lo logrado por Elena en esa etapa. Al incorporarme sentí el prestigio y cariño que existía en este colectivo laboral hacia ella.

Es importante referirme a una situación de salud en Cuba y Cienfuegos, y fue la Epidemia de Dengue.

Debemos recordar que en el curso 79-80 se inicia el 6to año de Medicina, pero al siguiente curso o sea en el 80- 81 se mantiene el 6to año y se incorpora el 3er año. Debido a que el hospital se encontraba en el periodo de la puesta en marcha, aún no estaban utilizadas todas las capacidades en salas y los estudiantes se alojaban en una sala del hospital utilizándolo como residencia estudiantil de manera temporal.

El desarrollo de la epidemia requirió de una utilización al tope de las capacidades hospitalarias y se decidió en el periodo final del curso 1980-1981 el traslado de toda la infraestructura de la Unidad Docente de Medicina para los locales que se utilizaban como escuela de Enfermeras y que otrora había sido una Clínica de Medicina privada en la ciudad de Cienfuegos. Hoy en día esos locales lo ocupa nuestra emisora provincial “Radio Ciudad del Mar”.

Los estudiantes y profesores de la naciente Facultad se incorporaron a la noble labor de salvar vidas humanas en esta epidemia a la vez que se acondicionaban los locales para poder planificar, orientar y dirigir todo el proceso docente educativo, así se inicia el curso 1981- 1982 en que se mantienen 6to y 3er año pero se incorporan el 4to y 5to año de medicina. Ya nuestra Unidad Docente contaba con todos los años que correspondían al ciclo clínico de la especialidad.

Se funda la Facultad en Cienfuegos.

El excesivo trabajo puede estresar. Iniciar una nueva obra de esta gran magnitud puede ser excesivo sobre todo al tener una personalidad afectiva. Elena enfermó, y aunque posteriormente ocupó el cargo de vice decana docente e incluso fue decana por un año en sustitución reglamentaria, temporalmente estuvo alejada de sus funciones y yo tuve el honor de continuar con ellas y recibir a finales del curso 1981-1982 al segundo decano o primero en nombramiento como a usted guste pensar, se lo presento:

José de Jesús Arteaga Herrera.

Dr. en Medicina.

Especialista en 2do grado de Medicina Interna.

Post-grado en Terapia Intensiva en Madrid. España. 1973.

Decano de la Facultad de Medicina en la Universidad Central de las Villas. 1974.

Vice Rector Docente del ISCMVC.

Villaclareño de pura cepa, nacido en Placetas y en sus primeros años gustó de jugar a la pelota en su barrio. Sus primeros estudios fueron en un colegio de la Orden Franciscana.

Siendo niño, su padre le trajo de su natal Placetas un día a pasear por el malecón cienfueguero, después como estudiante de medicina se le asignaron prácticas en la zona de Rodas. Como Vicerrector docente del ISCMVC asesoraba y atendía a la Unidad Docente de medicina en Cienfuegos. Como decano de esta Facultad vería una hermosa obra realizada. Actualmente está jubilado.

Pepe, como algunos le dicen se destacó por su inteligencia y posibilidades de gran organizador e incluso como arquitecto y constructor. Favorecido con un temperamento que se mueve en la gran movilidad de los procesos nerviosos. Arteaga, que en el discurso expresaba que su pensamiento era mucho más rápido que lo que es capaz de hablar y por ello a veces se torna ininteligible. Pedro Hernández fue su director de hospital siendo intensivista en Santa Clara y cuenta que tuvo la misión de traerlo de Decano siendo entonces Director Provincial de salud en Cienfuegos

A Arteaga le debemos mucho de la belleza en la estructura de nuestro centro. El rediseño de la Cafetería, el teatro aunque no culminado, los jardines y sus plantas y árboles, que forman parte de nuestra cultura, durante su dirección surgieron y tomaron vida. En nuestro centro la belleza del entorno forma parte de lo curricular y todo esto lo inició el decano Arteaga.

Arteaga comenzó su trabajo en medio del tránsito de la Unidad Docente a Facultad, su principal aporte fue la institucionalización de nuestro centro, la creación de todas las estructuras docentes y organizativas en la Áreas Básicas.

Muchos de los trabajadores que hoy día trabajan en nuestro centro ingresaron en la época de Arteaga.

Su principal tarea:

- Desarrollo acelerado de la docencia.

En septiembre del curso 1982-1983, con la entrega del primer módulo constructivo ingresaron por vez primera los estudiantes de primero y segundo año. Con primer año se iniciaba el 1er Contingente del Destacamento de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”. Recuerdo que todas las semanas se chequeaban los avances en la construcción y yo insistía en ellas al compañero Jacinto Comas* que el 1ero de Septiembre debían estar listas las aulas, pues debían recibir al grupo de estudiantes que se iniciaba. A fines de septiembre y luego de iniciado el curso con todo éxito, Jacinto me confesó un día que realmente él no creía que esa mañana después de terminado el acto de inicio del curso subirían a las aulas del 4to piso los estudiantes pertenecientes al 1er Contingente del Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Los pisos recién terminados de pulir días antes por los constructores, aún tenían restos del aserrín que como residuo quedaba.

En ese grupo tan valioso de estudiantes de 1er año recuerdo a Yamila de Armas Águila, Salvador Tamayo Muñiz, Humberto Miguel Cabrera, María Antonia y Marta Casanova y otros muchos. Ellos han contribuido y aún lo hacen, a la historia de la salud no sólo en Cienfuegos, sino, en Cuba y el mundo.

La etapa de Arteaga como decano fue extensa, terminó en el curso 1994-95, época de grandes dificultades económicas motivadas por la extinción del Campo Socialista y la Unión Soviética.

Cuando Arteaga culmina, las semillas plantadas desde hacia años habían germinado y daban sus primeros frutos. Una adolescente que había ingresado en 1982 estaba apta ya para continuar la obra y les presento lectores la próxima decana.

Yamila de Armas Águila.

Dra. En Medicina

Especialista en Medicina General Integral.

Yamila, natural de Lajas ingresó a la Facultad en el año que se iniciaron las Ciencias Básicas en nuestro centro. Desde los primeros años en su carrera como estudiante

sobresalió por su inteligencia y su poder aglutinador de las masas estudiantiles. Inconforme siempre con lo mal hecho e intransigente por los reclamos de la vanguardia estudiantil.

Alumna verdaderamente integral, la recuerdo participando como atleta en los juegos deportivos Atabeyras, o junto a compañeros de su grupo actuando en los festivales de aficionados ó exponiendo trabajos de investigación en los forum estudiantiles.

Yamila, de figura grácil, tez ligeramente pálida pero de una fuerza interna inmensa, soñadora y a veces romántica en sus proyectos pero con una fuerza inquebrantable en sus ideas y su voluntad. Con un gran carisma es una genuina líder.

Yamila es uno de los primeros y mejores frutos de nuestra Facultad. Cuando inicia su trabajo como decana llevaba un periodo de tiempo al frente del Depto. de MGI y anteriormente se había formado como Especialista en Medicina General Integral y trabajado en consultorios de Médico de la Familia.

Abrió las puertas del decanato a las mejores iniciativas de los trabajadores para recuperar los daños causados por el “Periodo Especial”. Recuerdo a nuestra decana hablando de la proeza laboral de los trabajadores de transporte por haber recuperado y puesto en funcionamiento el parque automotriz.

Puso gran énfasis en el desarrollo de la informática y la computación como forma fundamental del desarrollo científico técnico de los profesionales y estudiantes; y soñó en aquellos tiempos con una red de informática provincial que hoy en día es una realidad.

Puso en funcionamiento nuestra querida piscina que llevaba algún tiempo sin prestar sus servicios.

Ella es una verdadera médico integral, le dio un gran valor a nuestro Consultorio Médico de la Familia y se encargó que fuera ocupado por un especialista muy competente. Impulsó considerablemente el proyecto “Universidad Saludable” y estimó convertir a nuestro centro como de referencia de salud en la provincia y país. Fue la primera persona que me habló de las normas ISO 9000.

*Jacinto Comas. Jefe de Obras de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. 1982

Nuestra decana era muy joven y sabia asesorarse de aquellos profesores más experimentados.

Junto a ella estaba la eficiente vice decana docente que fue “Perla”. María L. Quintana Galendez

Yamila recibió por vez primera la llegada de siete estudiantes paraguayos a solicitud del nivel central, esta cifra aumentaría considerablemente en años posteriores pero no le correspondería a ella jerarquizar esta labor. Su periodo como decana fue muy corto, sólo un curso académico. Ella debía cumplir con encargos más encumbrados, complejos y difíciles. No obstante, estoy seguro que en ella se mantiene vivo el significado de la vista que se alza desde el 4to piso de su edificio de becas hacia nuestra bahía y ciudad.

Y ya amigos lectores les presentaré a la próxima decana.

María Luisa Quintana Galendez.

Dra. en Medicina.

Especialista en 2do grado en Medicina Interna.

Perla como todos le dicen nació en Cienfuegos y desde muy joven se vinculó a las actividades de los círculos infantiles.

Llegó a la Facultad proveniente del hospital donde fue vice directora docente, en nuestra escuela ocupó las responsabilidades de vice decana de investigaciones y postgrado y vice decana docente.

Correspondió a ella continuar la obra de los que le precedieron. Mujer alta, esbelta, elegante, de ojos que brillan por el fulgor de su mirada. De una inteligencia práctica poco común y un seguimiento en el cumplimiento de la tareas enorme. Sobre ella, Peraza,* me ha dicho...”Perla temprano en las mañanas cumplía con actividades de trabajo fuera de la Facultad, después llegaba al Decanato y trabajaba incansablemente hasta tarde en la noche, seguía obstinadamente la calidad en el cumplimiento de las tareas de sus subordinados pero era participe activa de las gestiones en la solución de ellas.

La vitalidad y la rapidez de Perla en el trabajo son inigualables, para ella los acuerdos no podían estar pendientes, tenían que cumplirse rápidamente.

*Rolando Peraza Aguiar. Vicedecano Iro (p.s.r). Jefe del depto de Becarios extranjeros y Relaciones internacionales. FCMC. Ya jubilado.

Si Yamila recibió los primeros estudiantes paraguayos, Perla los atendería durante toda la carrera, los incrementaría en importantes cifras e incluso los seleccionaría en su país de origen para cursar sus estudios en nuestro centro graduándolos posteriormente.

En su mandato fue remodelada una importante cantidad de inmuebles en nuestra escuela. El edificio # 2 de becas se transformó en Hotelito para estudiantes autofinanciados. Se construyó el comedor de autofinanciados, hoy comedor de profesores. Se remodeló el comedor de Protocolo y acondicionó el comedor general. Fue reparado nuestro querido anfiteatro de Anatomía y convertido en subsede de eventos de la academia de ciencias. Se acometieron las obras del Edificio # 4 de becas Perla con su visión de futuro y su buen gusto hacia todas las cosas, sabía imprimirle la fuerza necesaria a las tareas enormes en que se enfrascaba.

En esta etapa nuestra Facultad alcanzó la condición de “Vanguardia Nacional”

En nuestro centro aumentaron considerablemente las cifras de becarios extranjeros.

Durante el periodo de Perla nuestra Facultad asume el nombre de “Raúl Dorticos Torrado” médico internista y revolucionario cienfueguero que viviera la etapa final de la época prerrevolucionaria en nuestra ciudad.

Perla fue un artífice del esmero del detalle en la dirección de la remodelación y modernización en nuestras instalaciones. Por supuesto eran tiempos diferentes en que había mayor autofinanciamiento. Su mandato culmina a finales del segundo semestre del 2002.

Así llegamos al próximo decano. Aquí lo presento.

José Emilio Caballero González.

Dr. En Medicina.

MSc en Educación Médica Superior.

Especialista en 2do grado de Histología.

Profesor Titular.

José Emilio es un cienfueguero nacido y criado en la linda ciudad del mar. De niño gustó mucho jugar a la pelota y de adolescente el tenis. Amante de la práctica del deporte en los amarillos y el antiguo C. V. Deportivo, hoy “Club Cienfuegos”.

Culminó sus estudios de Medicina en Villa Clara a donde se trasladó de la Habana en 1974.

Recuerdo que José Emilio alternaba su pasión por la Histología y la de visitar al viejo Antolín que era capitán del restaurante El Pavito en la carretera central en Santa Clara. Por supuesto esta visita era para cenar en este prestigioso lugar.

Este decano se cultivó en sus inicios en el Instituto de Villa Clara y se trasladó a Cienfuegos cuando se iniciaron los años de Ciencias Básicas en nuestro centro.

Nuestro decano se caracterizó por su temperamento flemático, es difícil verlo enojado, cuando más se torna hermético y nunca lo he visto fuera de sus casillas. Su estilo de dirección fue centrado en la tarea y en el cumplimiento y control de esta, piensa realmente que cada directivo debe asumir sus obligaciones, decisiones y posteriormente analizar sus resultados. Su principio es la no invasión de funciones y no suplantar el papel de sus directivos aunque se incumpla una tarea.

Antes de ser decano fue también jefe del departamento docente metodológico y muchos años vice decano de áreas básicas.

En noviembre de 2002 asumió sus funciones y por resolución ocupó su cargo a partir de febrero de 2003. En los inicios trabajó mucho en las relaciones de trabajo entre la Facultad y el Sectorial provincial de salud.

Sus principales tareas de trabajo han estado relacionadas con.

- Mantener la imagen que existía de nuestra Facultad.
- Masificar la formación de profesionales de la salud.
- El inicio de la Universalización en Ciencias Médicas, del proyecto Policlínico Universitario, del Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos y de las escuelas latinoamericanas de Horquita.

En su periodo surgieron las carreras de tecnologías y Psicología. Además dio apertura del comedor de profesores, se concluyó el edificio 4 de la residencia, que había iniciado Perla, inauguró nuevos laboratorios de informática.

José Emilio representa hoy el desarrollo alcanzado por una generación de jóvenes y adultos que iniciaron y desarrollaron esta Facultad. Estos jóvenes de ayer y que hoy ya todos tienen más de 50 años sienten un gran amor por su obra realizada.

CONCLUSIONES

Estimados compañeros, este sucinto artículo lo escribí en honor a los 25 años de fundada nuestra Facultad.

Mi intención al escribirlo ha sido comunicar sobre todo a los más jóvenes estudiantes y trabajadores una época que ellos no han vivenciado. He intentado brindar un tratamiento semejante a cada uno de los decanos y evitar la posible preferencia por alguno de ellos, eso no sería cívico de mi parte. He evitado cualquier alusión crítica a ellos, aunque como seres humanos junto a sus logros han existido deficiencias, y ello muy humano es. Acepto el señalamiento de algunos colegas al referirse a él diciéndome que no propicia la polémica.

La revolución que hoy vivimos en la salud y la educación médica es de tan gran magnitud que a veces nos aturde y nos imaginamos incapaces de poder comprenderla, pero como dijo nuestro apóstol ° todo tiempo futuro tiene que ser mejor”.

Dejemos a un lado los restos de incredulidad que podamos albergar y unámonos todos a los grandes objetivos que nos planteamos.

Nuestra Facultad se ha multiplicado en toda la provincia, nuestro centro se ha convertido en una gran Universidad Médica. Nuevos Decanos y Rectores han llegado y proseguido esta obra que ya hoy es una verdadera proeza en el mundo.

Siento gran admiración por todos los estudiantes y trabajadores que durante tantos años han dado lo mejor de si en sus estudios y su trabajo.

Doy las gracias a todos los decanos que con su trabajo y lealtad a la Revolución han impulsado este hermoso proyecto que cumple 36 años.

Doy gracias a aquellos que me otorgaron la posibilidad para poder escribir y expresar mis vivencias de todos estos años.

TÍTULO: IMAGENOLOGÍA EN LA ESTOMATOLOGÍA. APLICACIONES Y EFECTOS NOCIVOS DE LOS RAYOS X.

Autores: Sharon González Otero¹, Ana Belkys Hernández Millán², Elena I. Otero Salabarría³, Lic. Miriam Cristina Castellanos Castillo⁴, Lázara Rafaela García Domínguez⁵, Miguel Damián Pérez Morales⁶.

¹ Estudiante de tercer año de Estomatología, Alumno ayudante en Cirugía Maxilofacial, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, ² Especialista de segundo grado en Estomatología General Integral, Máster en Urgencias Estomatológicas y Educación Médica, Investigador agregado, profesor auxiliar, est5904@ucm.cfg.sld.cu ³ Especialista de primer grado en Periodoncia, Master en Urgencias Estomatológicas, profesor Instructor, ⁴ Profesor Asistente. Perfil Atención Estomatológica, ⁵ Profesor Asistente. Perfil Atención Estomatológica, ⁶ Estudiante de cuarto año de Estomatología.

Resumen

En Estomatología, así como en otras disciplinas del área de la salud, la Imagenología resulta una herramienta rutinaria y de gran utilidad en el área diagnóstica. Las radiaciones producidas y emitidas por los variados métodos radiográficos incluyen a las radiaciones X (ionizantes) las cuales tienen disímiles propiedades que explican sus usos y efectos nocivos en el área de la salud. El objetivo del presente trabajo fue recopilar información existente acerca de los usos y efectos nocivos de los Rayos X en la práctica estomatológica. Se evaluaron revistas de impacto relacionadas con este tema. Se consultaron libros, revistas, tesis, artículos, tanto en formato digital como impreso y las bases de datos de sistemas refractivos MEDLINE, PubMed y SciELO. Se empleó la estrategia de búsqueda avanzada y la vía de los descriptores del MeSH y el DeCS empleando términos como: radiaciones ionizantes, rayos X, aplicaciones, efectos nocivos en la práctica odontológica. Como resultado de la búsqueda se obtuvieron 34 artículos que fueron tamizados, conservando solo los que describieron mejor los elementos de la revisión. De esta manera el estudio se circunscribió a 21 artículos. Concluyendo que las radiografías constituyen uno de los medios de diagnósticos más importantes utilizado en todas las especialidades estomatológicas pues ayudan a ver la profundidad de caries, las lesiones periapicales tales como quistes, granulomas, los defectos óseos, las fracturas y fisuras de hueso, o de mandíbulas, problemas periodontales, dientes retenidos, tratamientos insatisfactorios, entre otros, y que su uso inadecuado e irracional puede traer severas consecuencias.

Palabras clave: Rayos-X, radiaciones ionizantes, usos, efectos nocivos

Introducción

La Imagenología es un término que se utiliza para nombrar al conjunto de las técnicas y procedimientos que permiten obtener imágenes del cuerpo humano con fines clínicos o científicos. Emanan del latín y del griego, ya que está compuesto por estos dos elementos: el sustantivo latino “imago”, que puede traducirse como “retrato”, y la palabra griega “logia”, que es equivalente a “estudio de”, la misma se utiliza para revelar, diagnosticar y examinar enfermedades o para estudiar la anatomía y las funciones del cuerpo. La radiología, la termografía médica, la endoscopia, la microscopía, la fotografía médica, la electroencefalografía, la tomografía, la fluoroscopia, la radiografía de proyección, la medicina nuclear y el ultrasonido forman

parte de estas técnicas. La Radiología abarca el estudio de las radiaciones (alfa, beta, luminosas, entre otras.)¹ La radiografía se considera un medio auxiliar de diagnóstico de gran valor en Estomatología ya que cuando el examen clínico y el interrogatorio no dan un diagnóstico preciso hay que recurrir a ella. En estomatología se utiliza en todas las especialidades.²

El descubrimiento de los Rayos X así como otros avances de la ciencia se produjo cuando el físico alemán Wilhem Conrad Roedtggen la noche del viernes 8 de Noviembre de 1895 estudiaba las propiedades de los rayos catódicos, se da cuenta de la existencia de una nueva fuente de energía hasta entonces desconocida y por ello la denominó radiación x. En el transcurso del mes siguiente, aplicando los efectos de los Rayos X a una placa fotográfica, produjo la primera radiografía de la humanidad, la de la mano de su mujer.³ El presente y futuro exige la necesidad de una conciencia y cultura del efecto de las radiaciones a tal punto que en reuniones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha planteado: "La radiología diagnóstica es la causa más importante de exposición humana a fuentes artificiales. El grado de seguridad alcanzado hasta hoy es muy elevado minimizando el riesgo inevitable del paciente y compensándolo con los beneficios de los mismos".⁴

En Cuba, los servicios de Radiología en Estomatología se encuentran ubicados desde la Atención Primaria de la Salud y su uso racional y controlado se encuentra recogido en la Resolución Ministerial 19/2002, con la denominación: Requisitos técnicos generales de seguridad y protección radiológica para instalaciones de Radiodiagnóstico médico y estomatológico del Ministerio de Salud Pública.⁵

Muchos pacientes llegan a la consulta atemorizados por el hecho de que han escuchado por diferentes vías la información del efecto dañino de estos rayos para la salud, sobre todo para las glándulas tiroideas y los tejidos en formación es decir en el caso de una paciente embarazada. Ciertamente la exposición continua a las radiografías sin la protección adecuada puede generar trastornos en el organismo expuesto a las mismas. La mayor parte de las bibliografías existentes relacionadas con el tema en estudio en la especialidad de Estomatología están desactualizadas y los documentos más recientes presentan diversos criterios y no están unificados. Por tal razón se hace necesaria la recopilación de información en relación con la problemática: aplicaciones y efectos nocivos de los rayos x más frecuentes en la práctica estomatológica, por lo que este trabajo tuvo como objetivo recopilar información existente acerca de las aplicaciones y efectos nocivos de los Rayos X en la práctica estomatológica.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo comprendido entre Enero y Mayo del 2017. Se evaluaron revistas de impacto relacionadas con este tema. Se consultaron libros, revistas, tesis, artículos, tanto en formato digital como impreso y las bases de datos de sistemas refractivos MEDLINE, PubMed y SciELO. Se empleó la estrategia de búsqueda avanzada y la vía de los descriptores del MeSH y el DeCS empleando términos como: radiaciones ionizantes, rayos X, aplicaciones, efectos nocivos en la práctica odontológica. Como resultado de la búsqueda se obtuvieron 34 artículos que

fueron tamizados, conservando solo los que describieron mejor los elementos de la revisión. De esta manera el estudio se circunscribió a 21 artículos.

Desarrollo

Radiación (del latín radiatio) es la acción y efecto de irradiar (despedir rayos de luz, calor u otra energía). Para la física, se trata de la energía ondulatoria o de las partículas materiales que se propagan a través del espacio.⁶ Las radiaciones se pueden clasificar como ionizantes y no ionizantes. Existen dos tipos de radiación ionizante, una de naturaleza electromagnética (rayos X, rayos gamma) y otra, constituida por partículas (alfa, beta, neutrones, entre otras). Las radiaciones electromagnéticas de menor frecuencia que la necesaria para producir ionización, como lo son, la radiación ultravioleta (UV), visible, infrarroja (IR), microondas y radiofrecuencias, hasta los campos de frecuencia extremadamente baja (ELF), comprenden la región del espectro conocida como radiación no ionizante.⁷

Las personas están expuestas a diario tanto a la radiación de origen natural o humano. La radiación natural proviene de muchas fuentes, como los más de 60 materiales radiactivos naturales presentes en el suelo, el agua y el aire. El radón es un gas natural que emana de las rocas y la tierra y es la principal fuente de radiación natural. Diariamente se inhalan e ingieren radionúclidos presentes en el aire, los alimentos y el agua. Asimismo, el hombre está expuesto a la radiación natural de los rayos cósmicos, especialmente a gran altura. Por término medio, el 80% de la dosis anual de radiación de fondo que recibe una persona procede de fuentes de radiaciones naturales, terrestres y cósmicas. Los niveles de la radiación de fondo varían geográficamente debido a diferencias geológicas. En determinadas zonas la exposición puede ser más de 200 veces mayor que la media mundial. La exposición humana a la radiación proviene también de fuentes artificiales que van desde la generación de energía nuclear hasta el uso médico de la radiación para fines diagnósticos o terapéuticos. Hoy día, las fuentes artificiales más comunes de radiación ionizante son los dispositivos médicos, como los aparatos de rayos X.⁸

Los rayos x son vibraciones atómicas y su naturaleza se basa en la transformación de la energía en el espacio. Esto se explica de la siguiente forma: cuando un electrón libre de todo de gran velocidad choca dentro de un átomo pesado con un electrón satélite lo hace pasar de una órbita a otra más profunda produciéndose un desequilibrio de energía dentro del átomo que se manifiesta por la emisión de una radiación x hacia el exterior. Cuando tales choques ocurren en órbitas superficiales por menor velocidad del electrón libre se originan otras radiaciones electromagnéticas de mayor longitud de onda como son los rayos ultravioletas, infrarrojos, luminosos, entre otros.²

Propiedades de los rayos X⁹

1. Poder de penetración. Es la propiedad fundamental, ya que permite penetrar los tejidos y órganos por tener una longitud de onda menor a la distancia media entre dos átomos.
2. Poder de absorción. Es el proceso en virtud del cual la energía absorbida se transforma en otro tipo de energía, por ejemplo, calor. En la absorción de una cuanta de rayos X absorbida se desprende un electrón que puede ocasionar reacciones químicas, biológicas o transformar la energía en calor.

3. Poder ionizante.
4. Capacidad de dispersión. Cuando los rayos X se ponen en contacto con un medio, parte de ellos lo atraviesan, otra parte es absorbida y el resto dispersada. Estos rayos dispersos o secundarios, ya que cambian su orientación inicial, van a determinar el mayor o menor contraste de la imagen radiológica.
5. Propagación rectilínea a la velocidad de la luz.
6. Producen fluorescencia. Esta característica es de gran importancia, pues permite usar pantallas fluorescentes que impriman con calidad la película radiográfica empleando dosis de rayos más bajas. Este es el fundamento de la radioscopia.
7. Reducen las sales de plata. Dicha propiedad química ofrece la posibilidad de obtener una imagen en una película radiográfica revestida por sales de plata, al tornarse negra (por reducción) las áreas de la película que estuvieron en contacto con los rayos X. Fundamento de la radiografía.
8. Causan efectos biológicos, de aquí su aplicación en la terapia de ciertas enfermedades (Radioterapia) y por ello su uso es controlado. Entre estos se pueden mencionar los siguientes: inactiva enzimas y destruye coenzimas, aumenta la ATPasa, desorganiza los lisosomas, produce envejecimiento celular, altera el ADN, afecta las células en mitosis y poco diferenciadas. Ello permite usar los rayos X en el tratamiento del cáncer, provocan efectos morfológicos en diferentes tejidos

Así como las radiaciones luminosas se identifican por su color y cantidad, los rayos X lo son por su calidad y cantidad. La calidad de los rayos x depende de la longitud de onda y el kilovoltaje utilizado. Por su calidad se clasifican en: blandos(50 – 60 kv), medios(60 – 75 kv) y duros(75 – 100 kv).² La calidad de los rayos x influye en su poder de penetración en los cuerpos. Los rayos x blandos que tienen mayor longitud de onda son menos penetrantes ya que son más fácilmente absorbidos por los cuerpos. Los rayos x duros que tienen menos longitud de onda son más penetrantes pues son menos absorbidos por los cuerpos y es por ello que la absorción es inversa a la penetración.^{2,10}

La acción ionizante está dada por dos mecanismos: de acción directa que es cuando la molécula absorbe directamente la energía (radiación) y de acción indirecta: cuando la molécula absorbe la energía (radiación) de una molécula primariamente irradiada.²

La interacción de los radicales libres resultantes de la hidrólisis del agua (peróxidos, superóxidos e iones hidroxilo), origina una serie de reacciones químicas con moléculas de solutos presentes en el medio irradiado y que producirán la inducción de un cierto grado de lesión biológica. Cuando las radiaciones interactúan con la materia viva se producen fenómenos fisicoquímicos, pues la ionización y excitación suponen un incremento de energía para las moléculas, lo que compromete su estabilidad. Dependiendo de la importancia de la molécula afectada, la lesión biológica será más o menos importante. En el caso de que actúen sobre moléculas como carbohidratos o lípidos, pueden producir efectos transitorios ya que se resintetizan inmediatamente. Si la acción de los radicales libres es sobre el ADN, los efectos son mucho más importantes ya que puede producirse: roturas de la cadena (simple o doble), alteración o destrucción de las bases, alteración o destrucción de los azúcares, formación de dímeros, lesiones múltiples, locales, en la molécula.¹¹ Durante el funcionamiento del aparato de rayos X, la radiación ionizante x se manifiesta bajo las siguientes formas:

radiación primaria o útil: es la que emite el foco en forma de haz, la radiación secundaria es la que emite el objeto que recibió el haz de rayos primario y se emite en todas las direcciones y la radiación por escape: Se escapa del equipo por una falla en el blindaje del mismo^{2, 9}

En el Servicio odontológico, el uso de las imágenes digitales, facilita el diagnóstico y mejora la relación odontólogo - paciente. A continuación se presentan los equipos de alta tecnología que pueden ser utilizados al servicio de la odontología: las cámaras fotográficas digitales, las videocámaras digitales Intraorales, radiología digital, las fotografías en soporte de papel pueden ser digitalizadas a través de cualquier escáner, sin embargo para la digitalización de transparencias, diapositivas o radiografías el escáner necesita de un adaptador especial que se vende como accesorio y sin el cual no se obtendrían resultados correctos en cuanto a la fidelidad de los colores, brillo y contraste, ya que éste trabaja con un tubo fluorescente que produce la luz adicional necesaria para la digitalización. También es posible utilizar escáneres para la digitalización de diapositivas, así como escáneres de última generación que incluyen, opcionalmente, el adaptador.¹²

En odontología las radiografías ayudan a ver la profundidad de caries, las lesiones periapicales tales como quistes, granulomas, los defectos óseos, las fracturas y fisuras de hueso, o de mandíbulas, problemas periodontales, dientes retenidos, tratamientos insatisfactorios, entre otros. Con las radiografías laterales de cráneo se puede observar el perfil del paciente y realizar estudios cefalómetros con los cuales se puede diagnosticar y proyectar el tratamiento ortodóntico.¹³

Radiosensibilidad

Es la forma en la que se manifiesta la acción biológica producida por la radiación sobre una determinada población celular o tejido¹³. En otras palabras es la facultad que tienen las células de absorber mayor o menor cantidad de radiaciones.²

Ley de Betgonie y Tribondeau: plantea que son más radiosensibles aquellas células que presentan mayor actividad mitótica, las menos diferenciadas o indiferenciadas, y la que está ante un ciclo vital con mayor número de divisiones.¹⁶ Hay que tener presente que la radiosensibilidad es inversa a la edad: a menor edad, mayor sensibilidad y a mayor edad, menor sensibilidad.²

Según la radiosensibilidad las células y tejidos se agrupan en 3 categorías: radiosensibles, radio reactivos y radiorresistentes. Los factores que determinan la cantidad de radiaciones absorbidas por la célula y la magnitud de los efectos son: tipo de radiación, distancia del origen de la radiación al cuerpo, medios que tiene que atravesar la radiación para llegar al cuerpo.²

Efectos nocivos: los efectos nocivos de los rayos-X son válidos para toda radiación ionizante y se pueden estudiar en fases como las que se presentan a continuación:

a) Fase de reacción físico-química: esta fase se puede resumir en una serie de sucesos especialmente referidos a la interacción con el agua, molécula más frecuente en los tejidos. Tales efectos se pueden secuenciar como: excitación de la molécula que

absorbe la energía de la radiación X, seguida de ionización. Ejemplo: radiolisis del agua, la generación de productos de ionización con alto contenido en energía, tales como los radicales libres que son muy reactivos. Ejemplo: iones del agua y radicales libres del agua y recombinación y reacciones químicas de radicales libres: reacción de formación de dióxígeno (O_2), de peróxido de hidrógeno (H_2O_2).⁴

b) Fase de reacción bioquímica: en esta fase, los rayos-X pueden interactuar con cualquier molécula biológica, sobre la cual pueden generarse cambios transitorios o permanentes, tales como: Efectos sobre los enlaces formados por puentes de hidrógeno y disulfuro entre cadenas peptídicas, entre aminoácidos y la estructura cuaternaria de las proteínas. La ruptura de estos puentes genera cambios conformacionales a las proteínas lo cual puede significar una alteración en sus funciones, como es el caso de las enzimas, anticuerpos, receptores, entre otras. Efectos sobre los enlaces de los ácidos nucleicos y sobre nucleótidos, de consecuencias variables, lo que puede llegar hasta la mutación genética. Efectos sobre las moléculas de lípidos.⁴

c) Fase de efecto biológico: a nivel de estructuras celulares, subcelulares, tejidos y órganos: Se pueden hacer las apreciaciones siguientes: el efecto es variable, dependiendo de la sensibilidad de las células irradiadas (tipo, morfología, estado evolutivo). En general, el efecto es más intenso en sistemas de mayor actividad reproductiva, mayor potencia cariocinética y menor diferenciación morfológica y funcional. El efecto sobre los órganos puede afectar su funcionalidad, desde las fases metabólicas hasta sus funciones específicas.⁴

La acción de estas sobre los átomos y moléculas provoca su división en iones (átomo o grupo de átomos con signo eléctrico contrario) y al volverse a unir lo hacen bajo nuevas formas químicas,¹⁷ o sea, según estas aseveraciones pueden aparecer nuevas variantes de las moléculas originales que al entrar en procesos celulares vitales desencadenan transformaciones que en la mayoría de los casos son irreversibles, como es el caso de la muerte celular por procesos de necrosis. La exposición a altas dosis de radiación ionizante puede causar quemaduras de la piel, caída del cabello, náuseas, enfermedades y la muerte. Los efectos dependerán de la cantidad de radiación ionizante recibida y la duración de la irradiación, y factores personales, tales como sexo, edad a la que se expuso, estado de salud y nutrición. Aumentar la dosis produce efectos más graves.⁴ Está demostrado que una dosis de 3 a 4 Sv (Sievert, unidad del Sistema Internacional de Medidas) produce la muerte en 50 % de los casos. A los efectos producidos a altas dosis se les denomina deterministas o no estocásticos en contraposición a los estocásticos.¹⁸ La irradiación de zonas concretas del cuerpo produce daños locales en los tejidos. Se lesionan los vasos sanguíneos de las zonas expuestas alterando las funciones de los órganos. Cantidades más elevadas, desembocan en necrosis y gangrena. La edad es otro factor determinante de lesiones por radiaciones, pues los niños son más susceptibles al daño que los adultos.²

En una investigación realizada con el fin de determinar si la exposición crónica a rayos-X durante la práctica clínica diagnóstica, que realizan los estudiantes de Odontología como parte de su formación académica, produce daño genético, se concluyó que la dosis recibida y el tiempo de exposición a los rayos-X tienen un efecto citotóxico en células de la mucosa bucal y producen un daño mínimo al ADN en células de sangre

periférica. La exposición a rayos-X durante la radiografía panorámica en pacientes adultos y en niños induce efectos genotóxicos en células gingivales, incrementando el daño cromosómico y la muerte celular. Por consiguiente, se hace necesario la aclaración que estas radiografías panorámicas dentales deberían ser solicitadas únicamente en casos muy necesarios, ya que este procedimiento no puede ser considerado como de bajo o de ningún riesgo.⁴ En el caso de las embarazadas para que una dosis de radiación tenga efectos negativos en el feto es necesario que supere los 10 *rads* y en cada radiografía dental el embrión sólo está expuesto solamente a 0,00001 *rad*, por lo que los riesgos para el bebé son mínimos.¹⁹

Protección antirrayos X

Antes de la exposición: la prescripción adecuada de las radiografías, buen estado el equipo, criterio para ordenar el número, tipo y la frecuencia de radiografías ya que cada caso especial y único.

Medidas de Protección:

- *Para el Operador*: protegerse detrás de paredes plomadas o de concreto, alejarse como mínimo 2m de la fuente de radiación, uso del dosímetro, chequeos periódicos, solo el paciente debe recibir el haz de rayos primarios, el paqueto debe sostenerlo el paciente, el tubo radiógeno no debe sostenerse en las manos.²

- *Para el Paciente*: uso del delantal plomado, evitar las repeticiones innecesarias de radiografías, uso de diafragma en las técnicas que se requiera de mayor tiempo de exposición, permanecer en el local de rayos X solo el tiempo que dure la técnica radiográfica.²

Exposición ocupacional: una dosis efectiva de 20 mSv por año como promedio en un período de cinco años consecutivos; una dosis efectiva de 50 mSv en cualquier año, una dosis equivalente al cristalino de 150 mSv en un año, una dosis equivalente a las extremidades (manos y pies) o a la piel de 500 mSv en un año.²⁰

Exposición del público: una dosis efectiva de 1 mSv en un año; en circunstancias especiales, una dosis efectiva de hasta 5 mSv en un solo año, a condición de que la dosis promedio en cinco años consecutivos no exceda de 1 mSv por año.²⁰

Formas de eliminación de las radiaciones en el organismo

1. Yodo Atómico Naciente: complementar con yodo atómico naciente ayuda a contrarrestar los efectos del yodo radiactivo, el Orotato de Potasio además del yodo radioactivo, el cuerpo puede ser expuesto a un isótopo radioactivo de cesio conocido como cesio-137. Este elemento es formado como un subproducto de la fisión nuclear. Los orotatos de potasio pueden evitar la acumulación de cesio-137, el Dimetilsulfóxido (DMSO): es un compuesto antioxidante de sulfuro. Los estudios han probado que DMSO desintoxica activamente el cuerpo y lo protege de los efectos de la radiación nociva, las zeolitas: por lo general el desecho nuclear es “limpiado” o “almacenado” en el medioambiente mezclándolo con arcilla de zeolita y enterrándolo. Las zeolitas se pueden adherir al desecho nuclear y eliminarlo del nivel celular, existen muchos tipos de arcillas que forman un enlace con el desecho nuclear de nuestro cuerpo. Estas pueden ser caolín, arcilla roja, bentonita, tierra de batán, montmorillonita, el carbón

Activado: esta es otra sustancia conocida por sus propiedades de absorción. Los estudios han demostrado que el carbón posee la propiedad única de neutralizar la radiación. Diez gramos de carbón pueden neutralizar hasta siete gramos de material tóxico, la papaína: es una hidrolasa de cisteína que se obtiene de la fruta de la papaya, y que es conocida por su propiedad de reducir los tóxicos, el polen de Abejas: la evidencia inicial sugiere que el polen de abejas puede reducir considerablemente los efectos secundarios negativos de la exposición a la radiación; en especial la proveniente de la radioterapia con radio, rayos X y cobalto-60. El polen de abejas es un remedio natural que ayuda a estimular estas funciones vitales, remolachas: la hemoglobina puede descomponerse después de una exposición a la radiación. Los estudios han demostrado que las remolachas pueden ayudar al cuerpo a reconstruir la hemoglobina afectada, los aceites Vegetales Orgánicos Prensados en Frío: los aceites como el aceite de ajonjolí, el aceite de oliva extra virgen y el aceite de coco también ayudan a expulsar la radiación. Existen fuentes que recomiendan beber cuatro onzas de aceite si usted ha estado expuesto. Los lípidos de los aceites no solo se enlazan a las toxinas, sino que también ofrecen una capa protectora a las membranas celulares. Levadura de Cerveza Orgánica: algunas fuentes recomiendan la utilización de levadura de cerveza orgánica para la prevención contra la exposición a la radiación, el germanio-132 Orgánico: el germanio orgánico ha demostrado que atrapa estos rayos radioactivos, permitiéndoles moverse libremente dentro del núcleo de la estructura del germanio en lugar de dejar que entren a las células humanas y al torrente sanguíneo. Esto está relacionado con la propiedad del germanio de proteger el aminoácido conocido como cisteína.²¹

Al terminar el estudio se pudo concluir que el uso de las radiaciones x en Estomatología constituye un método de diagnóstico seguro y útil que hace posible el estudio de los procesos patológicos que afectan al complejo bucofacial que no son observables a simple vista, por tanto, siempre que se respeten las medidas de protección tanto para el operador como para el paciente, el beneficio que se obtiene sobrepasa cualquier riesgo probable. Sin embargo, si se ignoran estas medidas y la práctica radiológica se convierte en un proceder irracional, los rayos x ionizantes pueden traer severos efectos nocivos sobre moléculas, células, tejidos y órganos el organismo, derivando múltiples alteraciones en la morfología y función de los mismos, lo cual puede llevar hasta la muerte del individuo. Con su incuestionable valor diagnóstico se hace necesario su indicación y usos precisos sin llegar al abuso de estos métodos en detrimento del diagnóstico clínico cumpliendo la norma ética de no causar daño ni al paciente sano o enfermo o al propio personal de la salud.

Referencias bibliográficas

1. Pérez Porto J, Merino M. Definición de: Imagenología. Definición. De. [revista en Internet] Publicado: 2011. Actualizado: 2014. [acceso 5 de enero de 2017]. Disponible en: <http://definicion.de/imagenologia/>
2. Gómez Mattaldi RA. Radiología Odontológica. 3ª ed. La Habana, Vedado; 1977.
3. Lara Ruiz L.G. Rayos X, su historia y su actualidad. Monografias.com. S.A. [revista en Internet]. Publicado: miércoles 13 de febrero de 2013 [acceso 25 de

enero de 2017]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos95/rayos-x-su-historia-y-su-actualidad/rayos-x-su-historia-y-su-actualidad.shtml>

4. Fuentes Puebla Leonor, Felipe Torres Sonia, Valencia Fernández Víctor. Efectos biológicos de los Rayo-X en la práctica de Estomatología. Rev haban cienc méd [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Mayo 14]; 14(3): 337-347. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000300011&lng=es.
5. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 19/2002: Requisitos técnicos generales de seguridad y protección radiológica para instalaciones de Radiodiagnóstico médico y estomatológico. La Habana, Cuba: MINSAP; 7 de marzo del 2002.
6. Pérez Porto J, Gardey A. Definición de radiación. Definición. De. [revista en Internet] Publicado: 2010. Actualizado: 2013. [acceso 12 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://definicion.de/radiacion/>
7. Instituto de Salud Pública de Chile. Sección Radiaciones Ionizantes y no ionizantes. 2017. Disponible en. http://www.ispch.cl/saludocupacional/subdepto_ambientes_laborales/secciones/radiaciones
8. Organización Mundial de la Salud. Radiaciones ionizantes: efectos en la salud y medidas de protección. Abril de 2016. [acceso 25 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.ispch.cl/saludocupacional/subdepto_ambientes_laborales/secciones/radiaciones
9. Ugarte Suárez JC, Banasco Domínguez J, Ugarte Moreno D. Manual de Imagenología. 2da. edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
10. Villalba B. Características de la Radiación. SlideShare [revista en Internet] 10 de abril de 2012 [acceso 29 de enero de 2017] Disponible en: <https://es.slideshare.net/joyceroca/radiologia-2012-caracteristicas-de-la-radiacion>
11. Mondaca R. Por qué reducir la dosis de radiación en Pediatría. Rev Chil Radiol. 2006; 12(1):28-32.
12. RadiologyInfo.org. Rayos X panorámicos. 13 de julio de 2016 [acceso 14 de marzo de 2017] Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=panoramic-xray>
13. Espinoza Norelkys. Equipos de alta tecnología en imagen digital y su aplicación en la odontología. Acta Odontológica Venezolana [revista en Internet]. 2003. [acceso 9 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/equipos_imagen_digital_aplicacion_odontologia.asp

14. EcuRed [base de datos en Internet]. Rayos X. La Habana, Cuba. 2012, actualizado: 2017. [acceso 5 de enero de 2017]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Rayos_X
15. Loera Torres Luis Enrique, El uso de rayos X en odontología, Imbiomed [revista en Internet], Odont Moder 2011; 8(87): 2[acceso 7 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=86492&id_seccion=2368&id_ejemplar=8522&id_revista=144
16. Nieto V, Ley de Bergonié y Tribondeau, PortalesMedicos, S.L. [revista en Internet] 2012 acceso 7 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Ley_de_Bergoni%C3%A9_y_Tribondeau
17. Salazar AJ, Cuervo DK. Protocolo de ensayos de emisiones radiadas en equipos médicos: caso de estudio de equipos de telemedicina. Rev.fac.ing.univ. Antioquia [Revista de Internet]. 2012; 65:33-45 [Consultado 2015-04-30]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-62302012000400003&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-6230.
18. Cerqueira EMM, Meireles JRC. Genotoxic effects of x-rays on keratinized mucosa cells during panoramic dental radiography. Dentomaxillofacial radiology. 2008; 37:398-403.
19. Fernández M, Chávez M. Atención odontológica en la mujer embarazada. Arch Inv Mat Inf. 2010;II(2):80-84
20. Radiation Protection and Safety of Radiation Source: International Basic Safety Standards. General Safety Requirements Part 3, N° GSR Part 3, 2014.
21. Edward F. Remedios Naturales Para la Exposición a Radiación. Global Healing Center [revista en Internet]. el 24 de June de 201. [acceso 7 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.globalhealingcenter.net/salud-natural/remedios-radiacion.html>

INFERTILIDAD FEMENINA DE CAUSA ENDOCRINA. CENTRO TERRITORIAL DE REPRODUCCION ASISTIDA DE CIENFUEGOS

Dra. Annia Quintana Marrero.

Dr. Jan O. González Ramos.

Dra. Liesel Pérez Ruiz.

annia.quintana@gal.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, Máster en Longevidad Satisfactoria. janqr@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Paquito González Cueto, Cuba, Máster en Atención Integral al Niño, Jefe de Departamento Docente e investigaciones. liesel@jagua.cfg.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguía Lima, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la infertilidad femenina de causa endocrina está tomando importancia en Cuba por la baja natalidad que existe actualmente en nuestro país y el envejecimiento del mismo. Cada vez más se profundiza en su estudio por su importancia y repercusión en lo antes expresado. **Objetivos:** Identificar las características clínicas y humorales de las mujeres que acuden a consulta por infertilidad de causa endocrina y describir el comportamiento de la misma. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo (serie de casos) a 137 mujeres que se atienden por infertilidad de causa endocrina en el Centro Territorial de Reproducción Humana en Cienfuegos desde enero de 2012 hasta enero de 2013. **Resultados:** 30 a 34 años fue el grupo de edad que predominó. De ellas con obesidad un 9.4%, casi la mitad de las pacientes presentaron oligomenorrea, un 33.6% de las mismas presentaron sobrepeso y se detectó que al examen físico un 34.3% de las pacientes presentaron acantosis nigricans. El mayor número de mujeres en la consulta acudieron con un tiempo de infertilidad menor de 3 años para un 50.4 %. Un 66.4% presentó infertilidad secundaria y según el diagnóstico endocrino la hiperprolactinemia fue la más representativa con el 38.7%.

Palabra clave: infertilidad femenina, causa endocrina.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como salud reproductiva la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social para la madre, el padre y los hijos y no solamente la ausencia de enfermedad o trastornos de dicho proceso. (1)

El logro de un embarazo o la presencia misma de los hijos no es algo que ocurre siempre de manera simple y predecible, pues existen eventos inesperados e indeseados que nos obligan a reformular nuestras expectativas en relación a la fertilidad y todo lo que esto implica. Un ejemplo de esto lo constituye la infertilidad. (2)

La infertilidad es la incapacidad de una pareja de lograr un embarazo, después de un año de relaciones sexuales estables sin protección. Esta puede ser primaria o secundaria dependiendo del antecedente o no de embarazos. (1-2)

Según la Organización Mundial de la Salud, existen en el mundo 80 millones de parejas con problemas de fertilidad aproximadamente. En la actualidad se estima que alrededor de una de cada 10 parejas en edad reproductiva tiene problemas para lograr el embarazo. (3-4)

En Inglaterra la infertilidad afecta a aproximadamente un 10% de las parejas en edad fértil. Cifras similares se reportan en Estados Unidos (10-15%), en Chile (15%). Según los estudios realizados en Cuba, la prevalencia de infertilidad oscila entre 12 y 14%. Finalmente, el 5 % se queda sin tener hijos en contra de su voluntad. (5-7)

Las causas que llevan a una pareja a la infertilidad son múltiples y variadas. Se deben en un 45 % de los casos a causas femeninas, otro 25 % de las veces a causas masculinas, un 20 % son combinadas y un 10 % son desconocidas, los trastornos ovulatorios son la primera causa ya que suponen de un 15 a un 25% de las causas de infertilidad. (8)

Las causas endocrinas de infertilidad en la mujer son más frecuentes en pacientes con trastornos menstruales, galactorrea o hirsutismo asociado. La anovulación con o sin trastornos menstruales, es la consecuencia de una alteración orgánica o funcional del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y está presente en el 30% aproximadamente de las mujeres infértiles. (9)

Existe un incremento de la infertilidad y las causas endocrinas constituyen unas de las primeras responsables. (1) En el año 2010, en Cienfuegos, se creó el Centro Territorial de Reproducción Asistida donde se brinda atención especializada a las parejas infértiles de la región central del país. Al respecto, se carece de investigaciones en nuestro país y provincia que aporten al conocimiento de características de las mujeres con alteraciones endocrinas que se atienden en consulta multidisciplinaria por infertilidad.

OBJETIVOS

1. Identificar las características clínicas y humorales de las mujeres que acuden a consulta por infertilidad de causa endocrina.
2. Describir el comportamiento de las causas endocrinas de infertilidad femenina en estas mujeres.

DESARROLLO

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, serie de casos a todas las mujeres que se atendieron por infertilidad de causa endocrina en el Centro Territorial de Reproducción Humana en Cienfuegos desde enero de 2012 hasta enero de 2013.

Obtención de los datos: por revisión de las historias clínicas de las pacientes, ubicadas en el Departamento de Archivo del Centro Territorial de Reproducción Humana en Cienfuegos. Los datos se tomaron en una encuesta.

Criterios de inclusión: pacientes que acudieron a consulta de infertilidad por causa endocrina en el tiempo comprendido entre enero del 2012 hasta enero de 2013.

Criterios de exclusión: historias clínicas sin datos suficientes para la investigación.

Resultados y discusión.

Los resultados obtenidos en este estudio reflejaron que el grupo de edad que predominó fue el de 30- 34 años con un 37.2%, seguido del grupo de 35 – 39 años con un 32.8% (Anexo 1 Tabla1), en similitud con otros reportes.

En un estudio efectuado en Chile el grupo de edad predominante fue el de 30- 34 años coincidiendo con el nuestro. (10). En el trabajo de Requena se estudiaron 1389 pacientes

donde las mujeres tenían un grupo de edad predominante entre 25 y 34 años representando los 54 %, seguidos de un 36% entre los 35 y 52 años. (11)

Mucho antes de la menopausia la reserva ovárica comienza a decrecer a ritmo acelerado, (12-14) siendo el tiempo empleado para la investigación de la pareja un factor decisivo. Es por eso que al revisar la bibliografía relacionada con el tema se apreció que a nivel internacional se han diseñado protocolos ágiles de estudio, de forma tal que se pueda llegar a conclusiones diagnósticas y se decida el tratamiento adecuado para cada pareja en el tiempo más breve posible, a la vez que se racionalicen aquellos métodos invasivos y costosos que no sean absolutamente necesarios (15). Esta tendencia tiene, además de un evidente objetivo económico, el de evitar el envejecimiento de la mujer hasta edades con fertilidad disminuida y por lo tanto con menos posibilidades de lograr el éxito deseado.

Los antecedentes patológicos personales que se presentaron con más frecuencia fueron la obesidad con un 9.4%, seguidas de la disfunción tiroidea con un 8% y la asociación de varios antecedentes con un 6.5%. (Anexo1 Tabla 2).

En el estudio de Abdel-Gadir, (2002) se pudo observar que los antecedentes patológicos personales más frecuente señalan a la diabetes mellitus y la enfermedad de la tiroides. (16)

Según algunos autores, las anomalías de la función tiroidea son la causa más común de los trastornos de la reproducción. Clásicamente, se ha asegurado que la glándula tiroides tiene relación directa con la función de los órganos sexuales. Las disfunciones tiroideas dan lugar a trastornos menstruales, anovulación e infertilidad y si se produce embarazo hay una incidencia mayor de abortos. (17,18)

Gutiérrez y colaboradores (19) encontraron asociación con otras patologías como la diabetes mellitus en casos con hiperandrogenismo ovárico funcional, anovulación e infertilidad.

Un 44.6% de las pacientes presentaron oligomenorrea y a continuación un 26.3 % de ellas, amenorrea secundaria. (Anexo1 Tabla3). En coincidencia con el nuestro, estudios como el de Hernández (2006) refiere trastornos severos del patrón menstrual como amenorrea secundaria, oligomenorrea o polimenorrea. (20)

Sobre la valoración nutricional de estas pacientes, el grupo de sobrepeso fue el más representativo con el 33.6%, seguido del de obesidad en sus diferentes grados, (Anexo 1 Tabla 4) En otros estudios revisados como es el caso de Santana T. (21) determinó prácticamente los mismos resultados nuestros, pues en 59 pacientes, 27 presentaron sobrepeso, 16 con normopeso y 14 con obesidad tipo 1. Quillatupa y colaboradores (22) en un estudio realizado en Perú determinaron que el 64,4% de las pacientes tenía sobrepeso u obesidad a su llegada al servicio; en nuestro estudio un 86.2 % de las mujeres presentaron esta condición.

La obesidad determina una serie de trastornos en la secreción de las gonadotropinas y en el metabolismo de los andrógenos, los estrógenos, la globulina transportadora de sexoesteroides, la glucosa y de la insulina, que pueden participar en la génesis de los trastornos ovulatorios y menstruales que se presentan frecuentemente en las mujeres obesas. (23,24,). Los cambios que ocurren en el ciclo menstrual y en la ovulación por las variaciones en el peso corporal son producidos por alteraciones de la liberación de la LH. (25)

Similares resultados a los nuestros sobre los signos clínicos (Anexo1 Tabla 5), determinados al examen físico, evidenciaron Santillana E. e investigadores (26) con datos clínicos de hiperandrogenismo 74 (34.2%) con acantosis nigricans, 29 (13.4%) con acné y piel oleosa, y 36 (16.6%) con hirsutismo. Las manifestaciones clínicas de

hiperandrogenismo, como son hirsutismo, acné y alteraciones menstruales se presentan en conjunto con la insulinoresistencia en mujeres con infertilidad.

Un aspecto que es muy importante conocer en la mujer infértil es la duración de la infertilidad, el 50.4 % de nuestras pacientes, fue menor de 36 meses. (Anexo1Tabla 6)

Concuerdan los resultados con el trabajo realizado en Perú (27), en 2011, donde el tiempo en que la pareja ha estado tratando de concebir se observó que un 37.9% estuvo dentro del intervalo de 1 a 2 años, seguido por el intervalo de 3 a 4 años con un 20.4%; 5 a 6 años 15.3%; lo cual resulta beneficioso ya que mientras más temprano se detecte la infertilidad existirá un mejor pronóstico. Semejantes también al estudio realizado en el Hospital Nacional E. Rebagliati M., donde el tiempo de infertilidad fue menor de 5 años en 84.4% de las gestantes, con una media de 3 años. (28)

Fue determinado el tipo de infertilidad presentada en las féminas estudiadas. (Anexo 1 Tabla 7), predominando la infertilidad secundaria, lo cual fue similar a estudios realizados en el Hospital Arzobispo Loayza (29), en el 2002 con 56%. Palacios e investigadores (30) señalan que la frecuencia de infertilidad secundaria es mayor en las mujeres de su estudio representadas por un 65 % sobre la primaria.

El diagnóstico endocrino, causa de infertilidad, más representativo encontrado en nuestras mujeres fue la hiperprolactinemia, con un valor de 38.7%, (Anexo 1 Tabla 8). La existencia de 8 mujeres con hipogonadismo hipergonadotrópico, de las cuales 5 presentaron una falla ovárica prematura y 3 con Síndrome de Turner (31) es parecida a los casos reportados por los autores (32) que realizaron una evaluación de la reserva ovárica. Generalmente, se define como el cese de la función ovárica antes de los 40 años, edad que corresponde aproximadamente a dos desviaciones estándar abajo de la menopausia. La etiología es desconocida en la mayor parte de los casos. Sin embargo, se piensa que puede estar relacionada con la formación de un número deficiente de folículos ováricos, o una alta tasa de atresia folicular.

CONCLUSIONES

En el Centro de Atención Territorial a la Pareja Infértil en Cienfuegos fueron atendidas durante el período comprendido entre enero de 2012 y enero de 2013 un total de 137 mujeres con predominio de edades entre 30 y 34 años, en ellas se encontraron una serie de problemas de salud que han justificado desde el punto de vista endocrino su llegada a la consulta de infertilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional. Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil. La Habana: MINSAP; 2007.
2. Rojas P, Torres L, Medina D. Infertilidad. Revisión Bibliográfica. Accedido: Lunes, 15 de Octubre del 2012. <http://www.medisur.sld.cu>.
3. Cunningham F et al. Obstetricia de Williams. New York; Mc Graw-Hill. 2005:p. 59.
4. Rosas MR. Infertilidad femenina. OFFARM.2008; 27(8): 90-8.
5. Balasch J. Diagnóstico de la Esterilidad y la Infertilidad. Barcelona. España 2012; vol.67 núm 1540.

6. Grupo del Banco Mundial. Tasa de Fertilidad total por cada mujer. División de Población de las Naciones Unidas. 2009. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/>
7. OPS. Health in the Americas. Washington DC. 2011;1:174.
8. Serdar E, Bulun Eli Y, Adashi. The physiology and pathology of the female reproductive axis. Williams Textbook of Endocrinology, 11th ed. 2008; 541- 595.
9. Zárate A, Basurto L, Hernández M. Los trastornos tiroideos en la mujer. Ginecol. Obstet Mex. 2001; 69(5): 200-5
10. Palacios B E, Jadresic M E, Palacios B F, Miranda VC, Domínguez R. Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. Vol 67 no.1 2006. 32(1): 26-33.
11. Requena A, Martínez Salazar J, Párraga M. Inseminación artificial. Reproducción humana 7ma ed. Madrid: Mc Graw- Hill Interamericana; 2009: 13-25.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional. Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2007.
13. Veranes A. Evaluación de la pareja infértil. En: Rigol O. Obstetricia y Ginecología. [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004 [citada 20 Mar 2008]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecología_y_obstetricia/cap35.pdf.
14. González I, Millar E. Infertilidad y sexualidad. Rev Cub Med Gen Integr. 2001; 17(3): 291-5.
15. Terapias de fertilidad podrían detener crisis poblacional en Europa [Internet]. Ciudad de La Habana: SOCBIO; 2010 [citado 18 Abr 2011]. Disponible en: http://portalinfomed.sld.cu/socbio/infonews_render_full/15923.
16. Abdel-Gadir A, Khatim MS, Muharib NS, et al. The etiology of galactorrhoea in women with regular menstruation and normal prolactin levels. Hum Reprod 2002;7:912-4.
17. Hung L, Lamos S. Evaluación de la pareja infértil. Endocrinología en ginecología. Vol II, 2007. 181,182.
18. Trokoudes KM, Skordis N. Infertility and thyroid disorders. Current Opinion in Obstetrics and Gynaecology. 2006; 18:446–51.
19. Gutiérrez I, Jefferson L, Rechkemmer A. Poliquistosis ovárica: hallazgos clínicos y hormonales. Ginecol Obstet (Perú). 2001;47(1):16-21.
20. Hernández A, Padrón R, Seuc A. Caracterización de la mujer infértil: resultados de un estudio estandarizado. Rev Cubana End 2006; 10(1):16-24.
21. Santana T. Mujeres con sobrepeso y síndrome de ovario poliquístico asociado a infertilidad. Barcelona. 2007: 67-70. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/4300/1/10-TESISSEM010S82.pdf>
22. Quillatupa N M, Rabanal M K, Scaletti S, Rechkemmer P A, Rodríguez D. Características clínicas y bioquímicas de pacientes con síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol 56, no. 2 2010. 149-154. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428196009>
23. Azziz R. Reproductive endocrinologic alterations in female asymptomatic obesity. Fertil Steril 2009; 52: 703.
24. Singh KB, Mahajan DK and Wortsman J. Effect of obesity on the clinical and hormonal characteristics of the polycystic ovary syndrome. J Reprod Med 2004; 39: 805.
25. Pirke KM, Sichweiger U, Strowitzki T, et al. Androgen parameters in hirsute women through impairment of episodic luteinizing hormone secretion. Fertil Steril 2006; 51: 263.
26. Santillana E E, Ávila E F. Clin Endocrinol and Metab 2006; Vol. I, No. 3 91: 336-340.

27. Llave R M. Factores causales de infertilidad femenina. Lima, Perú. 2011: 15-39
 Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/238/1/llave_m.pdf
28. Soule SG, Powell M, Jacobs HS. Prolactinomas resistant to dopamine agonists: insights into pathogenesis and therapy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004;6:393-7.
29. Palacios B E, Jadresic M E, Palacios B F, Miranda VC, Domínguez R. Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* Vol 67 no.1 2006. 32(1): 26-33.
30. Raquel Cancino, Infertilidad: Características Demográficas Y Clínicas de pacientes atendidas en el Hospital Arzobispo Loayza. *Revista de ginecología y obstetricia.* Vol 48. N^o 3 . Julio – Setiembre 2002.
31. Padrón RS, Torres MC, Mas J. Características clínicas de las parejas infértiles que han logrado embarazo. *Rev Cubana Endocrinol* 2004;5:17-23.
32. De Carvalho BR, Silva R, Rosa e Silva J C, dos Reis RM, Ferriani RA, Silva de Sá MF. Ovarian reserve evaluation: state of the art. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics.* 2008; 25(7): 311-322.

Anexo 1

Tabla No.1. Distribución de las pacientes según grupo de edades.

Grupo de edades	No.	Porcentaje
Menor de 24 años	7	5.1
25-29 años	14	10.2
30-34 años	51	37.2
35-39 años	45	32.8
40-44 años	17	12.5
45-49 años	3	2.2
Total	137	100

Tabla No.2. Distribución de las pacientes según los antecedentes patológicos personales (APP) que presenta.

APP	No.	Porcentaje
Diabetes mellitus	5	3.6
HTA	6	4.4
Disfunción tiroidea	11	8.0
Dislipidemia	3	2.2
Obesidad	13	9.4
Varios	9	6.5

Tabla No.3. Distribución de las pacientes según el tipo de sangrado que presenta.

Tipo de sangrado	No.	Porcentaje
Regular	15	10.9
Oligomenorrea	61	44.6
Amenorrea primaria	2	1.4
Amenorrea secundaria	36	26.3
Polimenorrea	23	16.8
Total	137	100

Tabla No.4. Distribución de las pacientes según la valoración nutricional que presenta.

Valoración nutricional	No.	Porcentaje
Bajo peso	3	2.1
Normopeso	16	11.7
Sobrepeso	46	33.6

Obesidad grado 1	42	30.7
Obesidad grado 2	19	13.9
Obesidad grado 3	11	8.0
Total	137	100

Tabla No.5. Distribución de las pacientes según presencia de estos signos clínicos al examen físico.

Signos clínicos	No.	Porcentaje
Hirsutismo	6	4.4
Bocio	13	9.5
Galactorrea	35	25.6
Acantosis nigricans	47	34.3
Varios	36	26.2

Tabla No.6. Distribución de las pacientes según el tiempo de infertilidad.

Tiempo de infertilidad	No.	Porcentaje
Menor de 3 años	69	50.4
4-6 años	41	29.9
7-9 años	15	10.9
10 o más	12	8.8
Total	137	100

Tabla No.7. Distribución de las pacientes según el tipo de infertilidad.

Tipo de infertilidad	No.	Porcentaje
Primaria	46	33.6
Secundaria	91	66.4
Total	137	100

Tabla No.8. Distribución de las pacientes según el diagnóstico endocrino.

Diagnóstico endocrino	No.	Porcentaje
Hiperprolactinemia tumoral	30	21.9
Hiperprolactinemia no tumoral	23	16.8
Hiperandrogenismo ovárico funcional	39	28.5
Hipogonadismo Hipogonadotrópico	2	1.5
Hipogonadismo Hipergonadotrópico	8	5.8
Hipotiroidismo	31	22.6
Hipertiroidismo	4	2.9
Total	137	100

TÍTULO: LA INFLUENCIA DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES MELLITUS EN LA ETIOPATOGENIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

Autor

Carla María García San Juan, rubengn@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, estudiante de tercer año de la carrera de Estomatología.

Coautores

Wendy Gamio Pruna, w.gamio@nauta.com.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de tercer año de la carrera de Estomatología.

Dra. MSc. Maricel Castellanos González, inv_up.fcm@ucm.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Especialista de I y II Grado en Bioquímica Clínica. Profesora Auxiliar. Máster en Educación Médica.

Resumen

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, considerada un desorden nutricional que parece tener un carácter ascendente en todas partes del mundo y fundamentalmente en América. Estudios recientes reflejan la vinculación de la obesidad con la diabetes y de estas a su vez con la enfermedad periodontal. Con el objetivo de describir la relación entre la obesidad, la diabetes y las enfermedades periodontales se realizó una revisión actualizada de la bibliografía. Los artículos se identificaron a través de la búsqueda automatizada en las bases de datos de los sistemas referativos SCOPUS y GOOGLE. Fueron seleccionados 20 artículos originales. Se concluye que tanto en la obesidad como en la diabetes se secretan sustancias proinflamatorias que tienen un rol importante en la etiopatogenia de la enfermedad periodontal.

Palabras Clave: Obesidad- Diabetes-Enfermedades Periodontales

Introducción:

En los últimos 50 años se han producido importantes cambios en nuestra sociedad. El hombre de hoy es más instruido, los adelantos científico-técnicos llegan a todos los rincones del planeta y se ha elevado el conocimiento humano en todos los sentidos, por lo que el trabajo es más intelectual y requiere un menor esfuerzo físico en general. Esto ha producido cambios en las condiciones sociales de vida y en la actividad de las personas, lo que ha conducido a que la población presente unos índices de exceso de peso cada vez más elevados y, con ello, aparezcan patologías asociadas que constituyen un grave problema de futuro para la salud pública.⁽¹⁾

En EE.UU. se calcula que el 30% de hombres y el 40% de mujeres tienen un exceso de peso de 10 kg o más. En Europa, las cifras del problema son algo menores a las de los Estados Unidos, pero también alarmantes, notándose que la prevalencia de la obesidad es superior en las mujeres.⁽²⁾

En América Latina los datos son menos sólidos, pero aun así muestran una tendencia similar al resto del mundo occidental, respetando las características regionales: en los varones la prevalencia de obesidad oscila entre el 20 y el 40%, mientras que las mujeres presentan cifras entre el 30 y el 50%.⁽²⁾

Desde 1991 se viene siguiendo periódicamente en nuestra provincia la prevalencia de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con mediciones sucesivas en la población del municipio cabecera. La iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para Reducir Multifactorialmente las Enfermedades no Transmisibles), llevada a cabo en 2001-2002, alertaba que, después de un descenso evidente a mediados de los años 90, volvían a incrementarse las prevalencias de estas entidades y sus factores de riesgo en la población de Cienfuegos. Un corte de la segunda medición de la iniciativa CARMEN, correspondiente a los primeros 847 casos medidos de manera integral, entre 2009 y 2010 reportó que salvo en el caso del tabaquismo, las cifras fueron muy superiores a las anteriores, con prevalencias de 18,8 % de obesidad, 35,5 % de HTA y 6,8 % de DM2.⁽³⁾

La diabetes mellitus (DM) engloba un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia causada por defectos de la secreción de insulina, por la acción de la insulina o por ambas. Su importancia radica, entre otros elementos, en su alta prevalencia, en la asociación con complicaciones y mortalidad, y en los altos costes derivados.⁽⁴⁾

Estudios recientes han comprobado la existencia de un vínculo estrecho entre la obesidad y el riesgo de padecer diabetes mellitus, al ser ambas patologías enfermedades inflamatorias sistémicas.⁽⁴⁾

La enfermedad periodontal es un término general que se refiere a todas las enfermedades que afectan a las estructuras de sostén de los dientes, a la encía, al ligamento periodontal, cemento radicular, al hueso alveolar y tejidos gingivales.⁽⁴⁾

En los últimos años, diversos estudios científicos han constatado que las enfermedades periodontales pueden afectar diferentes patologías sistémicas, incluidas las enfermedades cardiovasculares, las complicaciones del parto o la descompensación de la diabetes.⁽⁴⁾

Entre estas asociaciones, la observada entre diabetes y enfermedades periodontales es especialmente destacable, ya que ambas son enfermedades

crónicas y de una gran relevancia desde el punto de vista de la salud pública.
(4)

Esta revisión pretende profundizar en las relaciones que desde el punto de vista molecular se establecen entre la obesidad, la diabetes y las enfermedades periodontales, en tanto describe los resultados de las publicaciones actuales.

Los análisis anteriores conducen a la **siguiente interrogante:**

¿Existe relación a nivel molecular entre la obesidad, la diabetes y la enfermedad periodontal?

Objetivo:

Describir la influencia de la obesidad y la diabetes en la etiopatogenia de la enfermedad periodontal.

Desarrollo

Etiología y Patogenia de las Enfermedades periodontales.

Las enfermedades periodontales son patologías inflamatorias crónicas, causadas por las bacterias de los biofilms bacterianos dentales, que afectan a los tejidos periodontales. ⁽⁴⁾

Las enfermedades periodontales son enfermedades de etiología multifactorial. El agente causal que las desencadena es la agresión bacteriana y se ha demostrado que la presencia de ciertas bacterias, o grupos de bacterias, puede representar un factor de riesgo para la destrucción periodontal, destacando: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* y *Tannerella forsythia*. ⁽⁴⁾

La presencia de bacterias a nivel subgingival induce en los tejidos periodontales la producción de citocinas y otros mediadores químicos proinflamatorios, generando una respuesta inflamatoria (gingivitis clínica). Si los leucocitos polimorfonucleares son capaces de controlar el crecimiento bacteriano, el proceso se mantiene bajo control. Si no se controla adecuadamente la agresión bacteriana, se activa el sistema inmune adaptativo, con la presentación de antígenos bacterianos por las células de Langerhans y los macrófagos. Como resultado se produce la expansión clonal de los linfocitos B, que se transforman en células plasmáticas, y de linfocitos T. A lo largo de este proceso se producen diversos mediadores (prostaglandina E2, factor de necrosis tumoral- α , interleucina-1, interleucina-6...), que inducen la degradación del tejido conectivo a través de diversas enzimas (metaloproteinasas) y la reabsorción ósea debida a la inhibición de los osteoblastos y a la activación de los osteoclastos. Todo este proceso genera la lesión clínica característica de las periodontitis, denominada bolsa periodontal, y que es una profundización patológica del surco gingival que rodea los dientes, causada por la inflamación de la encía y la destrucción de los tejidos de soporte (tejido óseo y ligamento periodontal). ⁽⁴⁾

Relación obesidad y diabetes.

La relación obesidad-diabetes se puede explicar de la siguiente manera.

En la obesidad visceral o central se produce una resistencia a la insulina (RI) que incrementa la liberación de insulina por las células del páncreas y en sus inicios mantiene la concentración de glucosa en sangre dentro de límites normales, pero a expensas de una hiperinsulinemia compensadora, que a largo plazo provoca una disfunción de las células pancreáticas y la aparición de diabetes mellitus. ⁽⁵⁾

El tejido adiposo es tejido conectivo libre compuesto de adipocitos, pero no sólo es un reservorio pasivo de triglicéridos sino que produce altos niveles de citoquinas y hormonas que se llaman adipoquinas o adipocitoquinas. ⁽⁶⁾

El vínculo entre obesidad y enfermedad periodontal se debe a sustancias bioactivas secretadas por el tejido adiposo conocidas como adipoquinas. Estas sustancias tienen un rol en el sistema inmune y en la respuesta del huésped. A más tejido adiposo, aumentan los niveles séricos de adipoquinas (específicamente una llamada resistina) que es asociada con la periodontitis. ⁽⁶⁾

En la obesidad hay un estado pro inflamatorio donde se ven incrementadas las producciones de TNF- α , leptina, IL-1 e IL- por los adipocitos (ya que el tejido adiposo es un reservorio de citoquinas inflamatorias); la IL-1 inducirá a los

fibroblastos a aumentar la producción de colagenasas, causando destrucción del tejido conectivo periodontal y, además, inducirá a los osteoblastos a generar señales químicas a los osteoclastos para reabsorber estructuras óseas periodontales: cuadro característico de la enfermedad periodontal. ⁽⁶⁾
Relación entre la Diabetes y la Enfermedad Periodontal.

Efecto de la Diabetes sobre las Enfermedades periodontales.

Las enfermedades periodontales, entre ellas la periodontitis, son patologías inflamatorias crónicas de etiología compleja pero que tienen como rasgo común la presencia de inflamación en los tejidos periodontales, con formación de bolsas periodontales asociadas a bacterias organizadas en biofilms subgingivales (placa dental). La inflamación incluye la producción excesiva de mediadores de la inflamación, lo que acaba causando destrucción tisular, y entre ellos destacan interleucinas 1(IL-1) y 6 (IL-6), prostaglandina E2 (PGE2), factor de necrosis tumoral alfa(TNF), receptor activador del ligando del factor B nuclear(RANKL), metaloproteinasas de la matriz (MMP), citosinas reguladoras de células T (IL-12, IL-18) y quemocinas. ⁽⁷⁾

Las RANK y RANKL están involucradas en la patogénesis de enfermedades óseo-destructivas, ya que intervienen en la diferenciación, maduración y activación de los osteoclastos. ⁽⁸⁾RANK es un receptor de naturaleza proteica que se encuentra en forma transmembranal, su expresión funcional ha sido detectada principalmente en los osteoclastos y las células dendríticas. ⁽⁸⁾ Esta biomolécula controla la actividad del osteoclasto, su finalidad es preparar el osteoclasto para reabsorber el hueso, y a su vez la reabsorción osteoclástica, libera péptidos de colágeno, fragmentos de piridinolina y calcio de la matriz ósea, mediante la acción de enzimas lisosomales, colagenasas y catepsinas.

RANKL constituye una proteína de la familia del TNF que actúa como ligando.

El sistema RANK -RANKL contribuye a la resorción ósea, sin embargo la Osteoprotegerina (OPG) inhibe la interacción de RANK- RANKL ya que es un bloqueador de las RANKL. (OPG) Es una proteína glicosoluble que pertenece a la familia TNF, es esencial para la inhibición de la diferenciación, función y activación de los osteoclastos. Es producida por los osteoblastos, células del estroma y también por los fibroblastos. Sin embargo las bacterias periodontopatógenas aumentan la expresión de RANK y RANKL y esto juega un papel importante en la resorción ósea en la periodontitis. ⁽⁸⁾

Por tanto se puede asumir que las RANKL y las OPG, controlan la diferenciación y activación de los osteoclastos de la siguiente forma: RANKL estimula y la OPG inhibe la reabsorción ósea.

La hipótesis más acertada sería que si la diabetes puede afectar a las enfermedades periodontales, podría hacerlo incrementando la respuesta inflamatoria de los tejidos periodontales.

Diferentes estudios han demostrado que, efectivamente, la diabetes incrementa la inflamación de los tejidos periodontales:

- Los niveles de IL-1 y PGE2 en fluido crevicular eran más altos en pacientes con DM1 que en no diabéticos con similar salud periodontal.
- Los niveles de IL-1 en fluido crevicular son más altos en pacientes con DM tipo 2 (DM2) mal controlada frente a diabéticos bien controlados.
- La actividad de los leucocitos polimorfonucleares (PMN) en diabéticos está alterada, viéndose afectadas la quimiotaxis, la fagocitosis y la actividad microbicida. ⁽⁷⁾

La presencia y la acumulación de productos de glicación avanzados (AGE) en los tejidos periodontales favorecen también los procesos inflamatorios en los pacientes diabéticos. Cuando los AGE se unen a su receptor (RAGE), numerosos episodios proinflamatorios resultan favorecidos:

- Se incrementa la producción de mediadores, como IL-1, TNF e IL-6.
- Se favorece la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS), el estrés oxidativo y los cambios en células endoteliales, responsables del daño vascular típico de la diabetes.
- Efectos negativos sobre el tejido óseo.⁽⁷⁾

Un tercer elemento a tener en cuenta pueden ser los cambios que la diabetes pueda producir en la composición de la microbiota subgingival. No hay muchos estudios a este respecto, pero los que hay indican que, de manera general, hay más similitudes que diferencias, pero se han detectado algunas diferencias significativas: prevalencia mayor de *Porphyromonas gingivalis* y *Prevotella intermedia*. El origen de esas diferencias podría estar en los efectos previamente observados sobre los tejidos periodontales, que podría favorecer el crecimiento de especies más patógenas.⁽⁷⁾

Efecto de las Enfermedades Periodontales sobre la Diabetes.

Las enfermedades periodontales están causadas por bacterias, que inducen inflamación en los tejidos periodontales; esta respuesta inmuno inflamatoria, modulada por numerosos factores, es responsable en gran parte de la destrucción tisular. La evidencia científica actual sugiere que este proceso a nivel periodontal se asocia a una situación de inflamación sistémica (medida con el incremento de la proteína C-reactiva y otras proteínas de fase aguda o por marcadores de estrés oxidativo), que parece resultar del paso de bacterias periodontales y sus toxinas a la circulación general. Esta inflamación crónica podría afectar el control de la DM, del mismo modo que podría influir en las función de las células β , generar resistencia a la insulina e incluso favorecer el desarrollo de DM tipo 2 (DM2).⁽⁴⁾

Los pacientes con periodontitis tienen un nivel elevado de marcadores de inflamación sistémica, como la proteína C-reactiva, interleucina 6, haptoglobina o fibrinógeno, lo que lleva a pensar que la periodontitis contribuye de manera independiente a la inflamación sistémica.⁽⁴⁾

Esa inflamación sistémica, presente de manera crónica en pacientes con periodontitis, podría favorecer diferentes aspectos relacionados con la DM y el control de la glucemia:

Aumento de la resistencia a la insulina, de manera similar a como lo hace la obesidad, dificultando el control de la glucemia .

- Los pacientes con periodontitis podrían presentar intolerancia a la glucosa.
- Cambios en la función inmune de las células, que podrían generar una mala regulación del metabolismo de los lípidos a través de mecanismos relacionados con las citocinas.
- Relación Obesidad-Diabetes y Enfermedad periodontal

La obesidad y la diabetes son enfermedades sistémicas, crónicas y no transmisibles. Ambas pueden concomitar en determinados pacientes, en la mayor parte de los casos, la segunda como consecuencia directa de la primera. En los pacientes obesos se produce una Insulino-resistencia donde los adipocitos no tiene receptores para captar la insulina y esto da lugar a la

disminución de esta hormona originando un aumento del Glucagón. Los pacientes obesos se encuentran muy propensos al padecimiento de diabetes debido a que esta insulino resistencia generada en la obesidad da lugar a que haya una hiperproducción de glucosa por el hígado al estar favorecidos procesos metabólicos como la Glucogenólisis y la Gluconeogénesis y puede existir una utilización no adecuada de la glucosa por los tejidos, ya que se encuentra disminuida la actividad transportadora de las proteínas GLUT 4 en los tejidos adiposo y muscular, así como afectada la fosforilación de la glucosa en el tejido hepático por una disminución de la actividad de la enzima Glucoquinasa. Al existir una insulino resistencia predomina la acción del Glucagón, hormona producida por las células alfa del páncreas. La Glucógeno Fosforilasa es la enzima reguladora de la glucogenólisis, esta es activa en su forma fosforilada y provoca la transformación de Glucógeno a Glucosa 6P, aumentando los niveles de la misma en sangre. La gluconeogénesis es el proceso mediante el cual se sintetiza glucosa a partir de compuestos no glucosídicos. Los principales precursores son algunos aminoácidos, el ácido láctico, el glicerol y cualquiera de los metabolitos intermediarios del ciclo de Krebs. En estas condiciones metabólicas de predominio del Glucagón, también se ve favorecida la enzima Fructosa 2,6 DPasa que cataliza la conversión de fructosa 2,6 DP en Fructosa 6P disminuyendo las concentraciones del primero que resulta ser un efector alostérico negativo de la Enzima Fructosa 1,6 DPasa reguladora de la vía, por lo que al disminuir las concentraciones de este metabolito la actividad de la enzima se ve favorecida e incrementa la formación de Glucosa. Esto explica los elevados niveles de glucosa en pacientes diabéticos. Por otra parte se produce una Hiperlipemia. La enzima reguladora de la Lipólisis es la Lipasa Hormono Sensible, la cual es activa Fosforilada. Esta enzima regula la conversión de los lípidos en ácidos grasos aumentando su concentración en sangre o bien pueden degradarse hasta Glicerol y este último puede incorporarse a la vía gluconeogénica, también favorecida aumentando de igual forma la producción de Glucosa. Como se ha visto la Hiperglicemia característica en estas ECNT activa diferentes vías que aumentan la inflamación y el estrés oxidativo. La presencia y acumulación de AGE en los Tejidos periodontales favorece los procesos inflamatorios en los diabéticos. Cuando los Ácidos Grasos Esterificados (AGE) se unen a su receptor (RAGE) aumenta la producción de IL-1, IL-6 y TNF-alfa, todos ellos inducen la actividad de los osteoclastos causantes de la destrucción ósea en la Enfermedad Periodontal. Además aumenta la producción de las proteínas del stress oxidativo (EROS), se favorece el estrés oxidativo y ocurren cambios en las células endoteliales responsables del daño vascular típico de la diabetes.

Conclusiones

La obesidad, la diabetes y las enfermedades periodontales constituyen tres patologías prevalentes en la actualidad y con gran impacto en la sociedad. La presente revisión ha permitido describir que existe relación entre la obesidad y estas enfermedades. Esta relación se fundamenta entre otras cuestiones en que el aumento del tejido adiposo está asociado a procesos inflamatorios sistémicos al igual que la diabetes, que son el sustrato fisiopatológico de las principales complicaciones periodontales. Varios estudios indagan profundizar en el mecanismo exacto que asocie estas enfermedades y la relación resulta compleja e inquieta a la comunidad científica. Por ello, se requiere de mayores estudios de alto valor científico para aclarar dicha incógnita.

Referencias Bibliográficas:

1. Morales MI, Pacheco Delgado V, Morales Bonilla JA. Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico. *EnfermGlob* [Internet]. 2016 Oct [citado 2 Feb 2017]; 15(44):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400009&lng=es.
2. Loaiza Bravo OE. Dieta hipocalórica y actividad física para el tratamiento del sobrepeso y obesidad en mujeres adultas, Santo Domingo de los Tsachilas 2010". Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo: Facultad de Salud Pública; 2012.
3. Leguen-Gulgar L, Castellanos M, Sánchez-Bouza M, Benet-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovasculares y su relación con las alteraciones del metabolismo de los glúcidos y lípidos. *Revista Finlay* [Internet]. 2014 [citado 5 Jun 2016]; 4(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/326>
4. Faria Almeida R, López Alba A, Rodríguez Casanovas HJ, Herrera González D. Efectos de las enfermedades periodontales sobre la diabetes. *Avances en Diabetología* [Internet]. 2013 [citado 17 Mayo 2017]; 29 (5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134323013000872>
5. Basterra-Gortaria FJ, Bes-Rastrollo M, Ruiz-Canela M, Gea A, Martínez-Gonzalez MA. Prevalencia de obesidad y diabetes en adultos españoles, 1987-2012. *Medicina Clínica* [Internet]. 2017 [citado 16 Mayo 2017]; 148 (6): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316306364>
6. Aranda Moreno L, García Valenzuela FS, Alarcón Palacios M. Obesidad y enfermedad periodontal. *Revista Mexicana de Periodontología* [Internet]. 2012 [citado 16 Mayo 2017]; III (3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2012/mp123d.pdf>
7. Herrera Pombo JL, Goday Arno A, Herrera González DS. Efectos de la diabetes sobre las enfermedades periodontales. *Avances en Diabetología* [Internet]. 2013 [citado 16 Mayo 2017]; 29 (5): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134323013000719>
8. Martínez Téllez J. Papel de las Células, Citoquinas, Factor de Necrosis Tumoral (TNF), RANK y RANKL en la Enfermedad Periodontal. *Revista Europea de Odontología* [Internet]. 2008 [citado 16 Mayo 2017]; [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://redoe.wordpress.com/2008/06/12/papel-de-las-celulas-citoquinas-factor-de-necrosis-tumoral-tnf-rank-y-rankl-en-la-enfermedad-periodontal>.

Título: INFLUENCIA DEL GÉNERO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS.

Autores: Cinthya Santana Mur, Facultad de Ciencias Médicas, estudiante de quinto año carrera Medicina, Norma Mur Villar normamur@jagua.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas, Directora de Formación de Profesionales, Doctora en Ciencias, **María J Aguilar Cordero**, Universidad de Granada, Doctora en Ciencias, **Evelyn Betancourt Ricardo**, estudiante de quinto año carrera Medicina, **Marta Avilés Martínez** Facultad de Ciencias Médicas, profesora del Departamento Medicina General Integral.

Resumen

Introducción: El interés de los estudios sobre alteraciones en la percepción de la imagen corporal es cada vez mayor teniendo en cuenta que la incidencia va aumentando afectando principalmente a las mujeres, en especial, a aquellas que están muy preocupadas por su peso y cuerpo.

Objetivo: Determinar la influencia del género sobre la percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarias de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el curso escolar 2015-2016 que evaluó a 152 estudiantes del sexo femenino con edades comprendidas entre 17 a 24 años. Para la obtención de los datos antropométricos se tallaron y pesaron. Con ambas mediciones se calculó el índice de masa corporal (IMC). Para valorar la percepción de la imagen corporal se utilizó la Escala de Gardner. Las participantes seleccionaron la figura que según su percepción, se correspondía con su imagen corporal.

Resultados: Las estudiantes se perciben y desean tener una imagen opuesta a la real. Aquellas que se encuentran en el grupo normopeso tienden a sobrevalorar su peso, pero ocurre lo contrario con las que se ubican en el grupo sobrepeso. Se encontró una correlación moderada entre el índice de masa corporal y las alteraciones de la percepción que tienen las estudiantes de su imagen corporal.

Conclusiones: Las mujeres tienen tendencia a percibir un peso corporal mayor al que tienen en la realidad. Se corrobora que los grupos estudiantiles constituyen una población de alto riesgo para desarrollar trastornos relacionados con este aspecto. Se alerta que una percepción de la imagen corporal inadecuada es un factor de riesgo para desencadenar trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras Claves: percepción de la imagen corporal, índice de masa corporal,

Introducción

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del mismo. Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así.^{1,2}

La **alteración de la imagen corporal** es mucho más compleja que lo puramente visual. El problema no pasa solamente por la percepción de la imagen, sino por la vivencia “subjetiva” que la persona tiene de su cuerpo; y por tanto, por los pensamientos, sentimientos y conductas que provoca dicha vivencia; es decir, puede existir una distorsión en la percepción (estimación del tamaño y apariencia), pero existe también una alteración cognitivo-afectiva (pensamientos, creencias y actitudes) asociada a esa insatisfacción y preocupación por la figura que desencadena sentimientos y conductas (evitación, comprobación, rituales, etc.) hacia el propio cuerpo.^{1,2}

De esta manera las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos: La alteración cognitiva y afectiva que se expresa en la insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos y las alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal expresadas en inexactitud con que el que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma. En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana.

Plantea la literatura que la percepción que tiene el individuo de la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con el aspecto físico real, siendo claves las actitudes y valoraciones que hace de su propio cuerpo. Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal, lo que conlleva a una apreciación inadecuada de la apariencia física, la ocultación del cuerpo y la disminución de las relaciones sociales.^{3,4}

Los resultados de las investigaciones consultadas muestran que la insatisfacción con el cuerpo y las preocupaciones relacionadas con el peso desempeñan un papel fundamental en la etiología de los trastornos alimentarios y otros trastornos psicológicos. El entorno sociocultural parece ser una de las condiciones esenciales para el desarrollo de distorsiones subjetivas y trastornos de la imagen corporal.^{5,6}

Actualmente el culto al cuerpo es cada vez más importante y los mensajes emitidos por los medios impactan en el comportamiento de la población, especialmente los jóvenes, sobrevalorando la delgadez y generando conductas de riesgo para el bienestar físico y psicológico.⁶

Existen muchos factores que influyen en la “insatisfacción” que una persona pueda tener sobre su imagen corporal y la preocupación exagerada por la apariencia física como son: el estado de ánimo depresivo, baja auto estima, la atención centrada en el aspecto físico que desencadena una presión familiar, social y cultural que pone de manifiesto la imagen socialmente determinada. Esta preocupación/insatisfacción es exagerada, produce un malestar severo y sobretodo, altera la vida diaria de la

persona. El sentimiento puede ser doloroso y podría incluso dificultar que encuentre una pareja, construir una carrera y desarrollar un grupo de amigos entre otras ⁷.

Existe consenso acerca de que las alteraciones en la percepción de la imagen corporal resultan frecuentes en las mujeres aunque los hombres no están exentos. Hay coincidencia en que las jóvenes muestran un elevado deseo por estar delgadas muchas veces en detrimento de su estado nutricional. ⁷

Los valores e ideales relacionados con la imagen corporal se difunden a la sociedad fundamentalmente a través de los medios de comunicación. La presión que ejerce la sociedad, para alcanzar "la belleza corporal" es particularmente fuerte en las culturas occidentales, en las que ha aumentado el valor de la extrema delgadez y hay una obsesión colectiva por la imagen corporal, esta situación ha llevado a que haya una preocupación excesiva por todo lo relativo al peso corporal.

En los países de América la situación es similar, los estudios reportan que las mujeres están más preocupadas por su cuerpo, desean estar más delgadas y realizan más ejercicio que los hombres, con la finalidad de quemar calorías y así disminuir su peso corporal. Se ha señalado en estos artículos que la alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia. ^{8,9}

Los estudios realizados en esta región demostraron que la percepción de la imagen corporal es un buen predictor de los trastornos alimentarios y que los adolescentes tienden a despreciar un cuerpo con sobrepeso, debido a que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal. En los estudios realizados se ha detectado que múltiples factores biológicos, sociales y culturales modulan esta percepción y todavía no se han desarrollado suficientes métodos objetivos para su valoración. ^{8,9}

En Cuba, los estudios relacionados con este tema no son frecuentes, sin embargo, a lo largo de las últimas décadas, la percepción de la imagen corporal se ha revelado como una de las temáticas más debatidas entre los jóvenes incidiendo y condicionando las elecciones alimentarias y la práctica sistemática de actividad física. Según la experiencia empírica de las autoras se aprecia en el contexto cienfueguero un creciente interés por la dietética y en la mayoría de los casos esta se acompaña de una ingesta energética diaria menor de las cantidades recomendadas impuestas muchas veces sin la guía de personal especializado y ausente de supervisión médica, de ahí el grave peligro que puede entrañar para la salud.

Diversos estudios han analizado la relación entre la satisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal y la realización de dietas. No obstante, los resultados son contradictorios, ya que se ha encontrado que la posibilidad de realizar dieta no depende del peso corporal real del sujeto sino de la percepción que tenga de su imagen. ^{8,9}

Cada cultura a lo largo del tiempo ha tenido un estereotipo de imagen corporal. Actualmente, se promueve la belleza del cuerpo como meta para conseguir el éxito social, con énfasis desmedido hacia la delgadez. Aunque la atención a la apariencia y la figura ha existido siempre, en los últimos tiempos alcanza proporciones sin precedentes específicamente en la adolescencia y la juventud en cuyas edades los problemas de distorsión de la imagen corporal son muy preocupantes, debido a que se mantienen durante largos periodos de tiempo.

Es conocido que el control del peso durante la juventud puede disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas en la vida adulta, no obstante, la preocupación excesiva por estar delgado puede llevar a prácticas negativas para la salud que suponen un factor de riesgo para la desnutrición y también para los trastornos de la conducta alimentaria cuestiones que alertan acerca de la necesidad de estudiar estos temas.

Los referentes anteriores permiten plantear las siguientes interrogantes:

¿Qué percepción de la imagen corporal tienen las estudiantes universitarias?

¿Existe relación entre la percepción de la imagen corporal que tienen las estudiantes y su índice de masa corporal?

Objetivo general:

Determinar la influencia del género sobre la percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarias de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Objetivos específicos.

- Caracterizar la población objeto de estudio según grupos de edad y ámbito de residencia.
- Determinar el índice de masa corporal.
- Determinar la percepción de la imagen corporal utilizando modelos anatómicos para mujeres.
- Identificar la correlación entre el índice de masa corporal y la percepción de la imagen en la población objeto de estudio.

Desarrollo

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal realizado en el curso escolar 2015-2016. El universo estuvo constituido por 366 féminas que estudiaban el primer y segundo año de las carreras de Medicina y Estomatología en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. La muestra fue seleccionada de manera probabilística utilizando el muestreo por conglomerados. Para este tipo de muestreo se dividió la población objeto de estudio en conglomerados (partes heterogéneas), que se hicieron corresponder con los grupos clase y así sucesivamente, hasta llegar a cierto nivel de subdivisión en el que fueron seleccionadas las unidades de análisis que conformaron definitivamente la muestra n=152 estudiantes.

Se estudiaron variables como la edad, ámbito de residencia, talla, peso, Índice de Masa Corporal, en lo adelante (IMC) y percepción de la imagen corporal. El estudio se realizó de acuerdo a los estándares éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Antes de participar, a todas las estudiantes se les informó acerca de la naturaleza del estudio para obtener su consentimiento.

Los datos recogidos, así como los documentos generados se codificaron numéricamente con anonimato. La información recogida fue estrictamente confidencial.

Extracción de datos: En una **primera fase**, se proporcionó a las estudiantes una lámina con once modelos anatómicos para mujeres, con la finalidad de que seleccionaran la que, según su percepción, correspondiera a su imagen corporal actual. Los puntos de corte fueron: Se relacionan con bajo peso (silueta 1-3), normopeso (siluetas 4-6), sobrepeso (siluetas 7-10) y obesidad (siluetas 11- 13). (Anexo)

En la **segunda fase**, se les requirió información sobre la edad, ámbito de residencia además de realizar mediciones antropométricas de peso y talla en las instalaciones destinadas para la Educación Física. Estas mediciones fueron realizadas por dos investigadoras atendiendo al protocolo. Para este propósito se utilizó una báscula mecánica con una capacidad de 220 kg que fue calibrada cada cinco mediciones.

Procedimientos:

Para la obtención de los datos antropométricos se tallaron y pesaron. Con ambas mediciones se calculó el índice de masa corporal (IMC). Este índice se calculó dividiendo el peso por la talla al cuadrado ($IMC = \text{peso en Kg} / \text{talla}^2 \text{ en metros}$). De esta manera el estado nutricional se clasificó según los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS): bajo peso $< 18.5 \text{ Kg} / \text{m}^2$, normal 18.6 a $24.9 \text{ Kg} / \text{m}^2$, sobrepeso 25 a $29.9 \text{ Kg} / \text{m}^2$ y obesidad en sus diferentes grados $IMC > 30 \text{ Kg} / \text{m}^2$. El peso corporal se determinó con la persona descalza, de pie sobre la parte central de la plataforma de la báscula y en forma simétrica.

Para el registro de la talla se usó un tallímetro, considerando que la talla de pie es referida como la distancia máxima comprendida entre el suelo y el vértex (punto más alto de la cabeza). La persona permanecía sin zapatos, completamente erguida, con los talones juntos, los brazos por un lado del cuerpo y de espaldas a la pared sobre una superficie plana a la cual se fijó el tallímetro. El registro se reportó en centímetros.

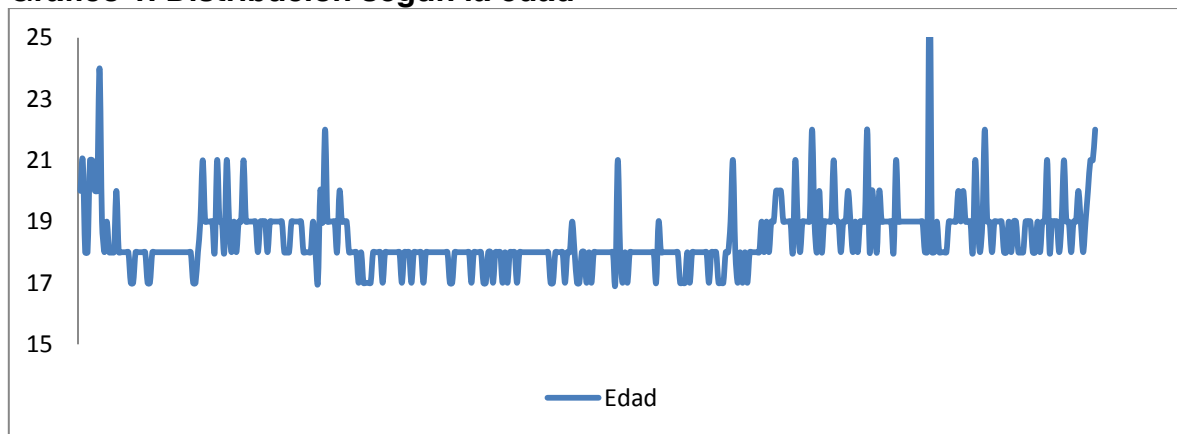
Para valorar la percepción de la imagen corporal se utilizó la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal Gardner. Se trata de un método de estimación global donde las participantes tenían que escoger la figura que creía mejor le representaba y la que desearía tener.

Análisis estadístico: Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS V 20.0. Se determinó la Percepción de la Imagen Corporal con las cuatro categorías de clasificación establecidas (bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad). Para cuantificar la intensidad de la relación lineal entre las variables percepción de la imagen corporal e índice de masa corporal se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson.

Resultados

Características de la población objeto de estudio

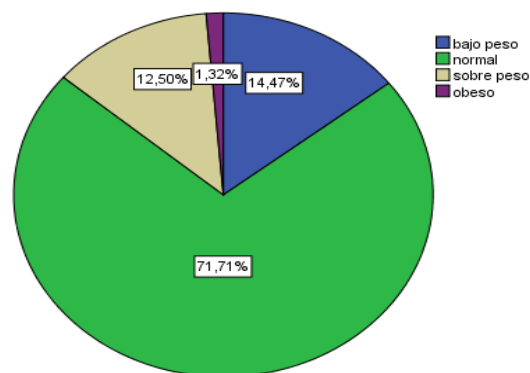
Gráfico 1. Distribución según la edad



En el gráfico 1 se puede apreciar que la edad de las participantes se distribuye entre los 17 y 24 años resultando la edad promedio $\pm 18,2$ años.

Estado nutricional

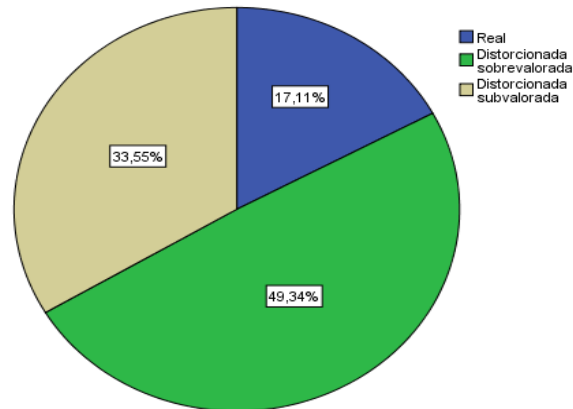
Gráfico 2 Distribución del Índice de Masa Corporal.



Según se expresa en el gráfico 2 la distribución del índice de masa corporal evidencia que el 71,71% de las estudiantes se encontraron con peso normal, el 14,47% se encontraba bajo peso y el 13,82 % presentó sobrepeso y obesidad.

Percepción de la imagen corporal

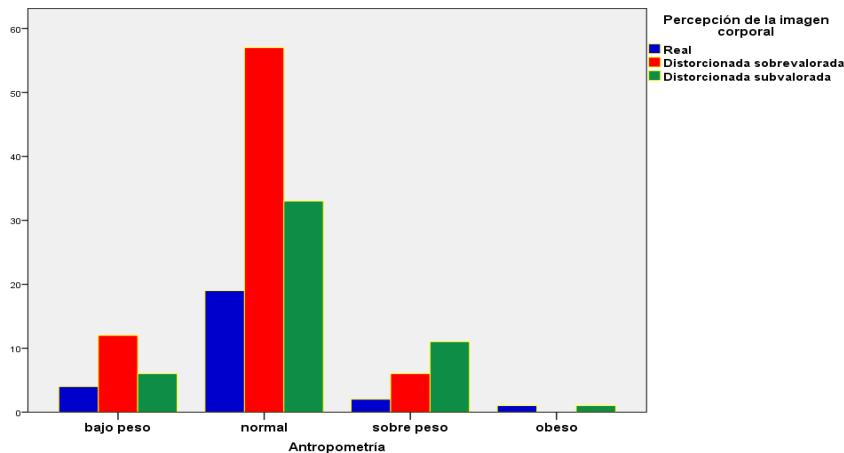
Gráfico 3: Distribución de la percepción de la imagen corporal



En el gráfico 3 se aprecia que el 49,34% de las féminas que participaron en el estudio sobrevaloraron su imagen corporal, el 33,55% la subvaloró y solo el 17,11% se percibió realmente.

Percepción de la imagen corporal vs IMC de la población objeto de estudio

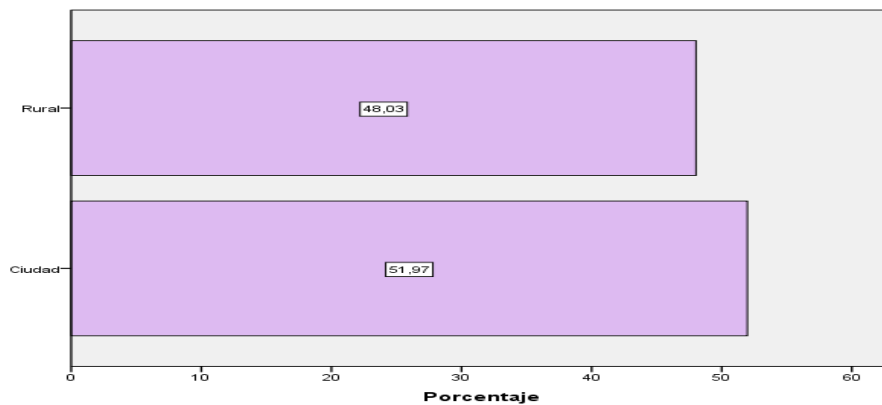
Gráfico 4: Percepción de la imagen corporal según índice de masa corporal (IMC)



Se determinó que el 82,89% de las estudiantes querían verse con una figura diferente a la imagen que tienen de su cuerpo. El grupo de muchachas que tienen bajo peso sobrevaloran su peso corporal y las que están situadas en el rango del sobrepeso consideran que su peso es menor según se expresa en la gráfica 4

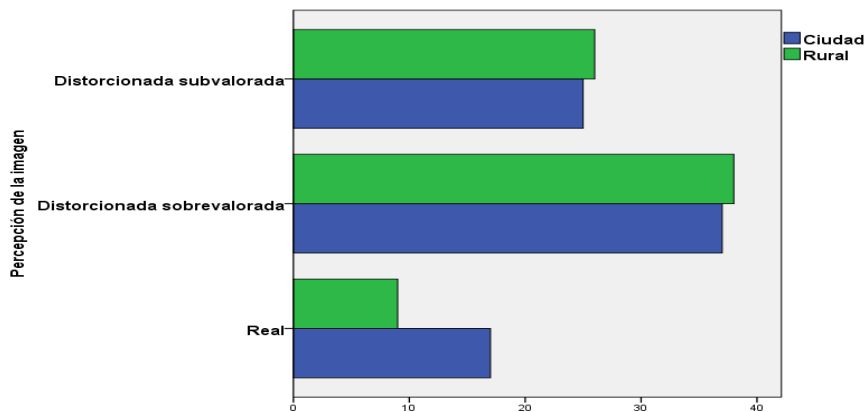
Ámbito de residencia

Gráfico 5: Distribución de las participantes según ámbito de residencia



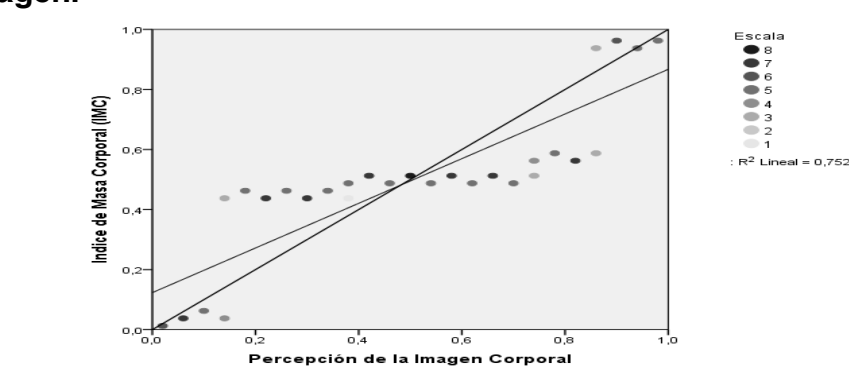
En el gráfico 5 se expresa la distribución según ámbito de residencia. El 51,97% de las participantes reside en la ciudad y el 48,03% en la zona rural.

Gráfico 6: Percepción de la imagen corporal según zona de residencia



El gráfico 6 expresa la percepción de la imagen corporal según zona de residencia y se constata que la distorsión de la imagen corporal tiene comportamientos similares para las mujeres que viven en la ciudad y en el medio rural.

Gráfico 7: Regresión lineal entre el índice de masa corporal y la percepción de la imagen.



A partir de este gráfico se observa que parece existir en este estudio una correlación moderada entre el índice de masa corporal y las alteraciones de la percepción de su imagen corporal que tienen las estudiantes. El coeficiente de determinación (R^2) se encuentra en 0,752. Por ende, el 75% de las alteraciones en la percepción de la imagen corporal es debido al IMC o bien, que ambas variables comparten un 75% de elementos.

Discusión

La percepción de la imagen corporal es un concepto ampliamente utilizado en muchas áreas humanas desde la psicología, la medicina hasta la estética, es por esto que al momento de referirse a una definición es necesario determinar desde que aspecto se pretende analizar.

Las técnicas de evaluación perceptivas se caracterizan por ser procedimientos de estimación de partes corporales y del cuerpo en su globalidad; dentro de esta categoría se tienen: los métodos analógicos, el trazado de imagen, métodos de distorsión de imagen y las siluetas.¹⁰

En los últimos años se ha incrementado la implementación de evaluación a través de siluetas y fotografías corporales, que consta de una escala de siluetas en la cual la persona debe indicar con cuál cree que se representa físicamente; ya que es un método de bajo costo, preciso y que no requiere mucho entrenamiento para su uso e interpretación de resultados, es posible encontrar una gran variedad de métodos realizados por varios autores.¹⁰

En adolescentes y personas adultas, el índice de masa corporal (IMC), es un indicador global que relaciona el peso con la talla, con respecto a su edad y sexo; se ha visto una asociación entre índices de masa corporal elevados en la niñez y la adolescencia que continua en la vida adulta, generado por estilos de vida no saludables.^{11,12}

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que la mayoría de las estudiantes se encuentran con estado nutricional normal, entre 18,5 y 24,9 kg/m² y más de la mitad de las participantes poseen una percepción errada de su estado nutricional. Estos resultados coinciden con lo reportado por varios autores quienes plantean que la insatisfacción corporal, la excesiva preocupación por el peso y los

trastornos alimentarios han venido incrementándose de manera consistente en las escuelas. Se han realizado investigaciones desde la perspectiva de las teorías del desarrollo en las que se hace hincapié en el papel que desempeña el desarrollo de la infancia y de la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal.^{7,8}

Según la percepción de conformidad con la imagen corporal, el 82,89% de las estudiantes no están conformes con su imagen física, evidenciando un porcentaje elevado. Estos resultados coinciden con el estudio realizado en Brasil en el año 2006 donde el 56% de las mujeres y hombres adolescentes se declararon inconformes con su imagen corporal.¹³

Los estudios han demostrado que la imagen corporal es un buen predictor de los trastornos alimentarios y que los adolescentes tienden a despreciar un cuerpo con sobrepeso debido a que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal. En varios estudios se ha detectado que múltiples factores biológicos, sociales y culturales modulan esta percepción, sin embargo, todavía no se han desarrollado suficientes métodos objetivos para su valoración y en algunos casos estos factores son difíciles de estimar.^{8,9}

Socialmente se crean estándares hacia las mujeres para la construcción de la percepción de su propia imagen corporal a partir de influencias como el sexo, constitución física etc. Estas influencias llegan por los medios de difusión masiva e inciden desde muy temprano en la conciencia de sí misma y en su conducta. En la publicidad se presentan una serie de imágenes que pueden provocar preocupación por la delgadez, insatisfacción corporal y frustración con el peso,

Otros estudios realizados en adolescentes entre 14 y 19 años demostraron que al relacionar la percepción de la imagen corporal y el estado nutricional, se detectó una sobreestimación en las mujeres y una distorsión de la realidad en los hombres, pero a la inversa se consideraban en peso normal estando en sobrepeso u obesidad. Resultados muy similares se encontraron en los estudios de los adolescentes españoles, donde se observó que una percepción alterada del cuerpo genera restricciones al consumo de alimentos aspectos que se deben atender con especial cuidado.^{13,14}

En este estudio se encontró que el 13,82% de las estudiantes con sobrepeso y obesidad querían verse con una figura más delgada a la que tienen, resultado similar a un estudio realizado con los adolescentes en Dubai donde aquellos que se encontraban con sobrepeso u obesidad eligieron un número significativamente menor al peso que presentan como su peso ideal.¹⁵

Se encontró también en esta investigación una asociación moderada entre la alteración de la percepción de la imagen corporal y el IMC, dato similar a lo reportado por varios autores que han expresado que a medida que aumenta el IMC aumenta la insatisfacción con la imagen corporal, es decir, las mujeres más satisfechas son las que reportan IMC más bajos^{16, 17}. Este resultado corrobora que el sobrepeso y la obesidad no sólo resultan predictivos de las principales causas de morbimortalidad en el país, sino que es un potente indicador de insatisfacción corporal y un factor de riesgo para llevar a cabo comportamientos no saludables con el objetivo de adelgazar.

En la adolescencia los problemas de distorsión de la imagen corporal son muy preocupantes, debido a su gran incidencia y a que se mantienen durante largos

periodos de tiempo. De hecho, existe mayor porcentaje de adolescentes insatisfechos con su imagen corporal que satisfechos según reporta la literatura.¹⁸

Los resultados de este estudio evidencian que las mujeres con valores de IMC correspondiente a bajo peso y normopeso se ven más gordas de lo que son en realidad, mientras que las que se encuentran sobrepeso y obesas se autoperciben con menor peso del que realmente tienen.

Se evidencia que las femininas jóvenes están muy preocupadas por su imagen corporal y que la insatisfacción corporal es elevada. Una gran mayoría de las mujeres estudiadas quisiera pesar menos aunque presenten un peso absolutamente normal. De hecho, tienen una tendencia a seleccionar imágenes ideales significativamente más delgadas de cómo se perciben.

Conclusiones:

- Se determina que la insatisfacción que presentan las estudiantes universitarias con su imagen corporal es elevada. Las mujeres, incluso cuando se encuentran en valores de normopeso y bajo peso tienen una excesiva preocupación por estar delgadas.
- El estudio revela que los grupos estudiantiles constituyen una población de alto riesgo para desarrollar trastornos relacionados con la imagen corporal y no se encuentran diferencias en la percepción según los ámbitos de residencia.
- Se alerta que una percepción de la imagen corporal inadecuada es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Bibliografía

1. Soto Ruiz M^a. N, Marín Fernández B y cols. Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Rev Nutr Hosp* [Internet]. 2015; 31(5):2269-2275.
2. Alcazar López G, Lora Gómez E, Berrio Estrada ME. Índice de masa corporal: y la percepción de la imagen corporal en estudiantes de enfermería. *Index Enferm* 2011; 20(1):11-15.
3. Acosta MV, Gómez G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Int J Clin Health Psychol* 2003; 3 (1): 9-21
4. Vaquero-Cristóbal Raquel, Alacid Fernando, Muyor José María, López-Miñarro Pedro Ángel. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2013 Feb [citado 2017 Abr 15]; 28(1): 27-35. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
5. Nayeli M, Díaz C, Gómez BL, et al. Percepción de la imagen corporal, consumo de alimentos y actividad física en estudiantes de un colegio de bachilleres. *Rev Esp Nutr Comun* 2006; 12(3): 161-71
6. Moreno González, Miriam Angélica; Ortiz Viveros, Godeleva Rosa. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Ter Psicol*, Santiago, v. 27, n. 2, p. 181-190, dic. 2009. Disponible en <<http://www.scielo.cl/scielo.php>
7. Hernández-Cortés Lina-María, Londoño Pérez Constanza. Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2017 Abr 15] ; 29(3): 748-761. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
8. Durán A Samuel, Rodríguez María del Pilar, Record C Jiniva, Barra R Rocío, Olivares H Romina, Tapia A Alexandra et al . Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2013 Mar [citado 2017 Abr 15] ; 40(1): 26-32. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
9. Sánchez Arenas Jaime Javier, Ruiz Martínez Ana Olivia. Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. *Rev. Mex. de trastor. aliment* [revista en la Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Mayo 10] ; 6(1): 38-44. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?>
10. Vaquero-Cristóbal Raquel, Alacid Fernando, Muyor José María, López-Miñarro Pedro Ángel. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2013 Feb [citado 2017 Mayo 10] ; 28(1): 27-35. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>?
11. Ruperto López María del Mar, Gómez-Martín María, Iglesias Rosado Carlos. Evaluación del índice de masa corporal con factores clínicos-nutricionales en ancianos institucionalizados sin deterioro cognitivo. *Rev Esp Nutr Hum Diet* [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Mayo 10] ; 20(4): 298-306. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>?
12. Branco Lucia Maria, Hilário Maria Odete Esteves, Cintra Isa de Pádua. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2006 [cited 2017 May 10] ; 33(6): 292-296. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>

13. Piero Alexia De, Rodríguez-Rodríguez Elena, González-Rodríguez Liliana Guadalupe, López-Sobaler Ana María. Sobrepeso y obesidad en un grupo de escolares españoles. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Mayo 10]; 41(3): 264-271. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?>
14. Musaiger A. Obin Zaal A. A., D'Souza R.. Body weight perception among adolescents in Dubai, United Arab Emirates. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2012 Dic [citado 2017 Mayo 10]; 27(6): 1966-1972. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
15. Rosales Ricardo Y. Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos: una revisión. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2012 Dic [citado 2017 Mayo 10]; 27(6): 1803-1809. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
16. Menor Rodríguez María J, Aguilar Cordero María J, Mur Villar Norma, Santana Mur Cinthya. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. *Medisur* [Internet]. 2017 Feb [citado 2017 Mayo 10]; 15(1): 71-84. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
17. Aguilar Cordero, María J; Neri Sánchez, Marisol; Mur Villar, Norma; Gómez Valverde, Eusebio; Sánchez López, Antonio Manuel. Percepción de la imagen corporal de la mujer intervenida de cáncer de mama y residente en la ciudad de Granada. [*Rev. esp. nutr. comunitaria*; 2013; \(1\): 2-6](#)
18. Aguilar Cordero MJ, Neri Sánchez M, Mur Villar Norma. Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Nutr Hosp.* 2013;28(5):1453-1457

Anexo ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL–GARDNER



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº

Historia

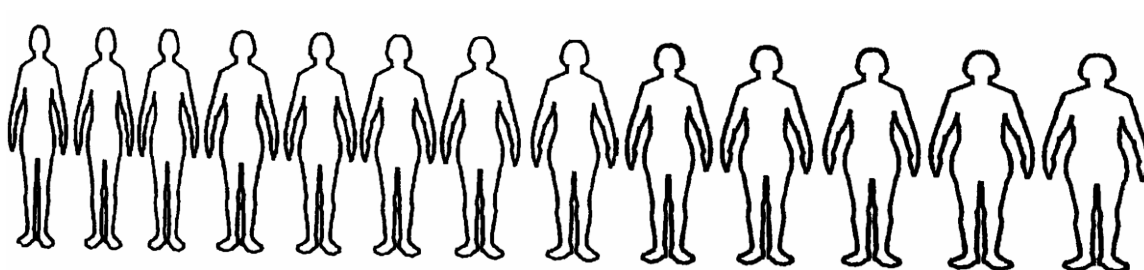
Población diana: Población general femenina entre 13 y 35 años. Se trata de un cuestionario de 13 siluetas **autoadministrado**.

Primero, la paciente señala con una “P” la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal y con una “D” la silueta que desearían tener.

Posteriormente, el entrevistador señala con una “R” su estimación de la imagen corporal real del paciente.

Los puntos de corte fueron: Se relacionan con bajo peso (silueta 1-3), normopeso (siluetas 4-6), sobrepeso (siluetas 7-10) y obesidad (siluetas 11- 13).

Instrucciones para el profesional: Doble este documento por la línea discontinua y muestre a la paciente las figuras sin el texto.



Ingestión de bebidas alcohólicas en adolescentes. Una visión desde la Atención Primaria de Salud.

Alicia del Rosario Ramírez Pérez ¹, Dayana Palmero Ortega ², Jorge Calixto Borrell Zayas ³, Yoilé Arnelys Valdés Garrido ⁴, José Carlos Villazón Curbelo ⁵, Isnel Vargas Batista ⁶

¹aliciar@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, MSc en Longevidad satisfactoria. ²aliciar@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico Área-IV de Cienfuegos, Cuba. ³fbg@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, MSc en Biomecánica. ⁴yoileavg@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira Cienfuegos, Cuba, MSc en Atención Integral al niño. ^{5,6}Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, estudiantes de la carrera de medicina, 4to año.

Resumen

El consumo de alcohol a nivel mundial experimenta una tendencia a seguir en incremento desde etapas tempranas del ciclo vital. Cuba no está ajena a esa problemática, en Cienfuegos este incremento se manifiesta desde la adolescencia hasta la adultez. Con el objetivo: caracterizar el consumo de alcohol en adolescentes. Se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal. Universo: 127 adolescentes dispensarizados. Período: enero a diciembre 2017. Escenario: Consultorio médico-17 de la Atención Primaria en el área IV de Cienfuegos. Variables investigadas: consumidores de alcohol, sociodemográficas, elementos del modo de vida y funcionamiento familiar. Fuente de información: formulario de datos. Resultados: Se consume alcohol en 85(67,0%) de los adolescentes del consultorio médico-17, con edades entre 11-13 años 41(48,2%), masculinos 63(74,1%) de secundaria sin terminar 30(35,3%). El inicio del consumo muestra media de 12,247 años, el escape de los problemas 39(45,9%) fue la causa desencadenante, la frecuencia de 3 días por semana 31(36,5%), en compañía de amigos 35(41,2%) y en fiestas populares 85(100,0%). El ron 76(89,4%) fue el tipo de bebida que generalmente consumen, pero la cerveza 83(97,6%) es la más gustada. Los energizantes 31(36,5%) fue la sustancia acompañante que más añaden. Obtienen el dinero por sus tutores 61(71,8%) y proceden de familias disfuncionales 55(66,3%). Conclusiones: El consumo de alcohol se identificó como problema de salud con patrones distintivos que guardan relación directa con la disfuncionalidad familiar, donde los tutores son el patrón de imitación y la permisibilidad de la práctica factor reforzador de malos hábitos de vida.

Palabras claves: Adolescencia, Consumo de Alcohol, Modo de Vida, Funcionamiento Familiar.

Introducción.

El crecimiento acelerado de las adicciones ha sido un factor importante en la transición epidemiológica que vive el mundo contemporáneo; su conducta ha dejado de ser exclusivas de ciertos estratos socioeconómicos para extenderse a segmentos poblacionales vulnerables, entre ellos los adolescentes. ⁽¹⁾

La adolescencia es una de las etapas más dinámicas del desarrollo humano. Se acompaña de intensos cambios físicos, cognitivos, sociales y emocionales, que generan tanto oportunidades como desafíos para los jóvenes y sus familias. ⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud expone el consumo de alcohol entre las primeras diez causas de discapacidad; desórdenes depresivos y esquizofrenia en el mundo. Es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa. Se relaciona con el aumento de consumidores adolescentes; problemas graves sociales y de desarrollo como la violencia, el descuido, maltrato de menores y el ausentismo escolar y laboral, convirtiéndose en un problema crucial para la salud pública que aqueja la sociedad. ^(1, 3)

El alcohol es la adicción más generalizada que abre las puertas al consumo de otras sustancias de tipo psicoactivas. ⁽⁴⁾ La conducta por su consumo no distingue edad, sexo, color de la piel o religión para infectar a las personas; donde los componentes asociados se presentan como elementos reforzadores en los cuales se reporta la mayor incidencia en los relacionados con factores familiares y sociales. ^(1, 5,6)

La participación de los adolescentes en estas conductas representa uno de los grandes problemas con los que se enfrentan las sociedades en nuestros días, conquistando especial relevancia social en un período vital de riesgo en la que se realizan los primeros acercamientos a estas sustancias adictivas y el mantenimiento de patrones de consumo que, algunos, llegan a consolidar en la vida adulta. ⁽⁵⁾ Por esta razón, en la actualidad, muchos países dedican cuantiosos recursos financieros a su investigación. ⁽⁷⁾

Al respecto los lineamientos generales vigentes en Cuba sobre la lucha contra esta adicción están contemplados en el Programa Nacional de Prevención y Control del Alcoholismo y otras farmacodependencias, donde se enfatiza sobre la necesidad de desarrollar acciones de prevención y promoción encaminadas a reducir los patrones de consumo alcohólico y sus consecuencias sanitarias y sociales, conjuntamente con el manejo multidisciplinario de estos enfermos y la participación de todos los niveles de salud a partir del médico de la familia. ⁽⁸⁾

Cienfuegos no está exenta del problema, el área IV de salud forma parte del entorno registrando 1792 adolescente del cual el 7,8% corresponde al Consultorio Médico de familia 17, donde el consumo elevado de alcohol por su población global y la disfuncionalidad familiar (74%) atribuible a la presencia de integrantes alcohólicos, forman parte de uno de los mayores problemas por resolver. ⁽⁹⁾ Sin embargo no se encuentran evidencias de investigaciones precedentes de los últimos 5 años referentes a la problemática planteada, por lo que se pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes científicas: ¿Es el consumo de alcohol en adolescentes un problema de salud? ¿Qué factores vinculados al consumo relacionados con el modo de vida y la familia reflejan los adolescentes investigados? A través del objetivo de investigación: caracterizar el consumo de alcohol en los adolescentes del consultorio médico de familia 17 del área IV del municipio Cienfuegos durante el año 2017.

Desarrollo.

Tipo de estudio: observacional, descriptiva de corte transversal. Contexto geográfico. Consultorio Médico de la Familia No. 17 perteneciente al área de salud IV del municipio de Cienfuegos. Periodo en tiempo. Un año, del 1ero de enero al 31 de diciembre del año 2017. Universo coincide con la muestra: 127 adolescentes entre 11 y 19 años, dispensarizados en el Análisis de la Situación Integral de Salud, que desearon participar. Éticas: Se solicitó al comité de ética del área IV y posteriormente al de la Universidad de Ciencias Médicas la aprobación para llevar a cabo la investigación. (Anexo 1), el consentimiento informado, elaborada cumpliendo las normas planteadas en la declaración de Helsinki a los tutores o padres de los adolescentes y a los participantes implicados en la investigación (Anexo 2). Fuente de información: registros estadísticos del municipio, análisis de la situación de salud del consultorio 17, historia de salud familiar, visita a la familia mediante la observación directa. Procedimiento aplicado: modelo recolector elaborado al efecto (Anexo 3). Para la obtención de la información se visitaron los hogares de los adolescentes y en presencia de al menos uno de sus padres o tutor se procedió por los autores a aplicar el formulario de datos con un lenguaje sencillo, amistoso para lograr la confianza necesaria y comunicación adecuada. Fueron recolectados datos que caracterizan socio-demográficamente al adolescente, preguntas que indagaron sobre su conducta ante el consumo de bebidas alcohólicas. Métodos y procedimientos estadísticos: se confeccionó base de datos empleando el software estadístico SPSS versión 21,0. Las técnicas utilizadas tipo descriptivas con distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas. Se aplicó la medida de tendencia central media aritmética para calcular la media de los años de edad, de los que consumen, de los que no consumen, y del inicio del consumo. La razón entre sexos, entre el modo de consumo relacionado con la compañía, entre la evaluación del funcionamiento familiar. El test de Chi cuadrado (X^2), admitiendo una confiabilidad del 99% y demostrar si existe relevancia en los resultados y que ésta a su vez no se comportan al azar ($p < 0.05$ Significación, $p < 0.01$ Muy significativo, $p < 0.0001$ altamente significativo)

Análisis y discusión de los resultados.

La tabla 1 muestra que predominó el consumo de alcohol en 85(67,0%) en relación a los que no consumen 42(33,0%). La edad entre 11 y 13 años 41(48,2%) representó a los consumidores, respecto a los que no consumen en quienes predominó el grupo de 14 a 16 años 17(40,5%). La edad media de los adolescentes fue de 11,763 años con intervalo (mínimo 11 años – máximo de 19 años), la edad media de los que consumen fue de 14,223 años (mínima de 14 años – máxima de 19 años). Predominaron los masculinos consumidores 63(74,1%) y las femeninos que no consumen 30(71,4%). La razón entre sexos de 1:1, que expresa; hay 1 masculino adolescente por cada 1 fémina adolescente que formaron parte del estudio. Sin embargo la razón entre sexos en relación al consumo fue 3:1, lo cual expresa que hay 3 varones que consumen por cada 1 mujer que consume. La razón entre sexos para los no consumidores fue 2:1, lo cual expresa; hay 2 féminas que no consumen por

cada 1 masculino que no consume en el CMF 17 en el año 2017. En relación a la escolaridad la secundaria sin terminar 30(35,3%) representó a los consumidores de alcohol, mientras que los no consumidores estuvo representado por primaria sin terminar 18(42,8%). El consumo de alcohol trasciende todos los estratos socioeconómicos sin discriminación de sexo ni edad, transformándose cada día en un grave problema de salud pública que poco a poco va feneciendo con nuestros adolescentes y su futuro. ⁽²⁾ En Cuba, estudios determinan que el 45,2 % de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas, con un índice de prevalencia de alcoholismo entre el 7 y el 10%, uno de lo más bajo en Latinoamérica, con predominio en edades comprendidas entre los 15 y 44 años. Se señala que en los últimos 15 años el consumo ha aumentado notablemente, el 90,4% de la población inicia la ingestión del tóxico antes de los 25 años y que la mayoría de los bebedores problema se encuentra entre 25 y 42 años. ⁽¹⁰⁾

Tabla 1: Características sociodemográficas en relación al consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes. Atención Primaria. Cienfuegos 2017.

Características		Adolescentes			
		Consumen (n=85)		No consumen (n=42)	
		No.	%	No.	%
Edad	11-13	41	48,2	13	31,0
	14- 16	25	29,4	17	40,5
	17-19	19	22,4	12	28,5
Sexo	Masculinos	63	74,1	12	28,6
	Femeninos	22	25,9	30	71,4
Escolaridad	Secundaria S/T	30	35,3	12	28,7
	Pre universitario S/t	27	31,8	6	14,3
	Técnico medio S/T	14	16,5	3	7,1
	Técnico medio T	8	9,4	3	7,1
	Primaria S/T	6	7,0	18	42,8

Fuente: formulario recolector

La edad de inicio del consumo es muy variable en el ámbito mundial e incluso por continente y territorios. ⁽⁴⁾ La tabla 3 representa el intervalo entre 11 a 13 años 78(91,8%) como la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas y con media de 12,247 años (mínima de 13 años – máxima de 15 años). La edad de inicio precoz del consumo coincidente con diversos trabajos. ⁽¹¹⁻¹⁴⁾ La Dra. Tarazona en Venezuela plantea una edad de inicio de consumo entre los 12-14 años y un predominio en el sexo masculino 60.62%. ⁽¹⁵⁾ En Perú los resultados del reciente estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas confirman que el alcohol sigue siendo la droga legal más consumida por los escolares y la edad promedio de inicio es de 8 a 13 años. Uno de cada cuatro estudiantes (25%), que declara haberla consumido alguna vez en su vida se inició entre los 8 y los 11 años, sin embargo, el 50% de los bebedores escolares comenzaron entre los 12 y 14 años, por otro lado, del 40,5% (900 de escolares encuestados han probado alguna droga legal (alcohol o tabaco), el 23,3% admite que lo hizo en el último año y el 12,3% en el último mes antes de

la encuesta. ⁽⁶⁾ A diferencia de los resultados actuales la Dra. Flores Herrera en su estudio plantea que la temprana de inicio del consumo de bebidas alcohólicas (9-10 años) fue el elemento relevante. ⁽¹¹⁾

En relación a la causa que motivó el consumo descolló el escape de los problemas de la vida cotidiana en 39(45,9%) adolescentes, seguido de la diversión 18(21,2%) y la imitación de otras personas en los cuales tienen sus patrones de referencia 16(18,8%). Este aumento del consumo de alcohol que se viene produciendo en Cuba es muy similar en todas las provincias, las diferencias que pudieran existir entre ellas no son notables, aunque existe del decir popular que en el oriente del país el consumo es mayor, no demostrado por estudios. ^(10,16) La mayoría de jóvenes que beben generalmente tienen padres que desapruaban su comportamiento, aunque no siempre llegan a aconsejar con el ejemplo; otros lo hacen por la “presión de los compañeros”, por querer ser aceptados por el grupo de amigos, lo que para él es de mucha importancia y como consecuencias son presionados o inducidos a la bebida. ⁽¹⁷⁾ Aunque no se definió la cantidad de consumo, se conoce la concentración de alcohol en sangre en cantidades entre 0.01 mg/dl y 0.02 mg/dl ya se genera alteración del juicio y desinhibición por lo tanto genera cambios a nivel cognitivo estado de ánimo y del autocontrol, elementos si recolectados en el instrumento aplicado referente a la causa que los motivó al consumo de alcohol. ⁽¹⁸⁾

Tabla 2: Distribución de la edad de inicio y causas que motivó el consumo en adolescentes. Atención Primaria. Cienfuegos 2017.

Modo de Vida		Consumidores (n=85)	
		No.	%
Edad de inicio del consumo	11-13	78	91,8
	14- 16	7	8,2
	17-19	0	-
Causa que motivó el consumo	Escape de problemas	39	45,9
	Diversión	18	21,2
	Imitación	16	18,8
	Sentirme adulto	7	8,2
	Igualarme a mis amigos	5	5,9

Fuente: formulario recolector

La tabla 3 representa que el consumo de alcohol en 31(36,5%) adolescentes más de 3 días en la semana fue la frecuencia que los caracterizó, seguido del consumo solo en fiestas populares 26(30,6%). En concordancia a lo expuesto por Cicua ⁽⁷⁾ y Baptista F ⁽¹⁹⁾ la periodicidad en la frecuencia del hábito de consumo está dado en primer lugar por el consumo de tipo semanal y mensual seguido por aquellos que lo hacen de manera diaria. Dicho patrón implicaría el que los jóvenes mantengan o aumente el riesgo para generar dependencia al alcohol. Sumado a la frecuencia en el consumo se encuentra íntimamente relacionada la cantidad de alcohol ingerida; en estudios previos se pudo determinar que el promedio de consumo se relacionaba según el tipo de bebida ingerida, Cicua y col ⁽²⁰⁾ exponen que el promedio de unidades de medida es de

1 a 3 cervezas y de media botella de aguardiente; Martínez en su estudio reporta el consumo en no más de un vaso de vino por ocasión. ⁽²¹⁾

En relación a la presencia de compañía durante el consumo, descolló el consumo con amigos 35(41,2%). El lugar de consumo que resaltó fue en fiestas populares 85(100,0%), en el barrio 80(94,1%) y en áreas cerca del malecón 68(80,0%). La Dra. Tarazona ⁽¹⁵⁾ plantea que el consumo de alcohol en los amigos duplica la probabilidad de consumir alcohol en los estudiantes, siendo esta característica la que identifica a los estudiantes que consumen alcohol en su estudio, lo cual se correlaciona con los reportes y registros actuales en general. La familia es la primera influencia que moldea los valores y patrones de conducta del adolescente. En tal sentido, el antecedente familiar de consumo de alcohol, es un factor muy influyente en los adolescentes y el riesgo de consumir alcohol se incrementa cuando los miembros de la familia lo consumen, es decir, cuando los padres tienen estos hábitos se incrementa el riesgo de consumo en sus hijos ⁽¹⁹⁾ Según datos reportados en estudios previos la mayoría de los adolescentes inician su consumo en las escuelas seguido de sus casas y la de sus amigos. ⁽²⁰⁾

Tabla 3: Distribución de elementos del modo de vida relacionados con el consumo en adolescentes. Atención Primaria. Cienfuegos 2017.

	Modo de Vida	Consumidores (n=85)	
		No.	%
Frecuencia de consumo/semana	Más de 3 días	31	36,5
	Solo en fiestas populares	26	30,6
	De 2 a 3 días	13	15,3
	Una vez	10	11,8
	Solo en fiestas ocasionales	5	5,8
Compañía durante en consumo	Amigo	35	41,2
	Su pareja	20	23,5
	Con familiares	18	21,2
	Sólo	12	14,1
Lugar del consumo	Fiestas populares	85	100,0
	En el barrio	80	94,1
	Áreas del malecón	68	80,0
	Centros nocturnos	35	41,2
	Casa	29	34,1

Fuente: formulario recolector

La tabla 4 representa el ron 76(89,4%) como el tipo de bebida de mayor consumo, seguido de alcoholes caseros 57(67,1%), el vino 39(45,9%) y el aguardiente 18(21,2%). Sin embargo la que más les gusta consumir es la cerveza 83(97,6%) pero el poder adquisitivo no se los permite.

Atendiendo a la preferencia de la sustancia que añaden al alcohol durante el consumo, los energizantes 31(36,5%) representan en número escaso la predilección en relación a los psicofármacos 15(17,6%). Sin embargo según la

preferencia, añadir energizantes 85(100,0%) es lo que representa el deleite de los adolescentes, bebida de amplia divulgación en el mercado nacional pero el poder adquisitivo no les permite su uso frecuente. El gusto por los psicofármacos (diazepam, dimenhidrinato) solo 8(9,4%) adolescentes la prefieren.

Tabla 4: Distribución del tipo de bebida alcohólica y sustancia acompañante durante el consumo según posibilidades y preferencias en adolescentes. Atención Primaria. Cienfuegos 2017

Modo de Vida		Consumidores			
		Más consume (n=85)		Preferencia (n=85)	
		No.	%	No.	%
Tipo de bebida	Ron	76	89,4	51	60,0
	Alcoholes caseros	57	67,1	9	10,6
	Vino	39	45,9	11	12,9
	Aguardiente	18	21,2	8	9,4
	Cerveza	15	17,6	83	97,6
Otra sustancia acompañante	Energizantes	31	36,5	85	100,0
	Psicofármacos	15	17,6	8	9,4

Fuente: formulario recolector

La tabla 5 muestra que los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas obtienen el dinero a través de sus tutores, madres o padres 61(71,8%), hermanos 25(29,4%) u otro familiar 12(14,1%) o incluso un amigo 11(13,0%) en calidad de préstamo. Sin embargo se registran fuentes de obtención no rebeladas en el instrumento aplicado 15(17,6%). Este hallazgo no coincide con lo publicado por Cicua que identificó un gran porcentaje de adolescentes fueron invitados y pagado su consumo por amigos en primer lugar, seguido por los sus propios familiares. ⁽²⁰⁾

Tabla 5: Distribución la vía de obtención del dinero para el consumo en adolescentes. Atención Primaria. Cienfuegos 2017.

Modo de Vida		Consumidores (n=85)	
		No.	%
Vía de obtención del dinero	Tutor	61	71,8
	Hermano	25	29,4
	Otro familiar	12	14,1
	Amigo	11	13,0
	Por el trabajo	6	7,0
	Fuentes no comentadas	15	17,6

Fuente: formulario recolector

La disfunción familiar es otro factor de riesgo en el consumo de alcohol, y constituye uno de los factores predisponentes más importantes que influyen en el inicio de este hábito. ⁽⁷⁾ La tabla 6 representa la evaluación funcional de 83 familias con presencia de adolescentes en su núcleo familiar, de ellas

55(66,3%) disfuncionales y 28(33,7%) funcionales. La razón entre el funcionamiento familiar fue de 2:1, lo cual expresa que hay 2 familias disfuncionales por cada 1 familia funcional en el CMF 17 en el período estudiado. En los consumidores se destacan que proceden de familias disfuncionales 53(91,4%), mientras que los no consumidores proceden de familias funcionales 23(92,0%). A pesar de que el consumo de alcohol en menores de edad es considerado ilegal, la realidad se ve reflejada en un comportamiento socialmente aceptado conocido y permitido, tanto por la familia como por la comunidad en general. ⁽⁸⁾ Una de las principales causas de este mal, según el Presidente de Devida, son los hogares disfuncionales, donde los padres suelen decir: “Lamentablemente en el Perú un importante grupo de hogares ven cierta permisibilidad para el consumo de alcohol en menores.” “Consume alcohol pero no drogas”, “mejor toma en la casa y no salgas”. ⁽⁷⁾ En cuanto a los factores asociados al consumo de bebidas alcohólicas predominó los factores sociales y familiares, coincidente con lo que encontraron en Colombia y México los investigadores Villarreal-González y Sánchez-Sosa respectivamente, quienes refirieron que el factor social y familiar fueron los más influyentes para que un menor se inicie en el consumo de bebidas alcohólicas, destacando: la presión social, el hecho de pasarlo bien con los amigos, las malas amistades y los medios de comunicación; sumado a ello las malas relaciones familiares, familias con trastornos en su dinámica funcional y la poca comunicación con los padres. ^(22, 23)

Tabla 6: Evaluación del funcionamiento familiar de los núcleos a los que pertenecen los adolescentes según el consumo de alcohol. Atención Primaria. Cienfuegos 2017.

Funcionamiento Familiar	Núcleos familiares				Total (n=83)	%
	Consumidores (n=58)		No consumen (n=25)			
	No.	%	No.	%		
Funcional	5	8,6	23	92,0	28	33,7
Disfuncional	53	91,4	2	8,0	55	66,3

Fuente: formulario recolector

Consideraciones Finales.

- El consumo de alcohol en $\frac{2}{3}$ de los adolescentes se identifica como problema de salud para el CMF 17 del área-IV donde patrones distintivos como: edad de inicio y edad de consumo predominan en la etapa pre adolescencia, el sexo masculino, la enseñanza media sin terminar, el escape de los problemas cotidianos, frecuencia de 3 días por semana, lugares públicos y el tipo de bebida; son elementos relacionados con la disfunción familiar y se presentan como elementos sociales reforzadores de hábitos no saludables de vida.

Referencias Bibliográficas.

1. Gómez R. El consumo de alcohol en la adolescencia: Una mirada desde la prevención. [tesis de grado]. España: Universidad de Cantabria; 2016.
2. Gaete PV. El control de salud de adolescentes. REV. MED. CLIN. CONDES. 2014; 21(5): 798-815.
3. Organización mundial de la salud (OMS). Alcohol [en línea]. mayo 2014. [Citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/> 78
4. Nash N, González J, Hernández LS, Bravo LA, López MF. Prevalencia en el consumo de alcohol en los adolescentes. Revista Psicología Científica. [Internet] may 2016.[citado 7 feb 2018];14(13).Disponible en:<http://www.psicologiacientifica.com/prevalencia-consumo-alcohol-adolescentes>.
5. Cooperación Española con la OPS - Organización Panamericana de la Salud. Consumo de alcohol, problemas asociados y respuestas en América Latina [en línea] 2016. [Fecha de acceso 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/esp/?p=575>
6. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC)-centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar.(Lima-Perú)[Internet] 2015.[citado 7 feb 2018]. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Publicaciones/Publicaciones2015/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
7. Cicua D, Vargas Poma L, Albarracín Ordoñez M, Muñoz Ortega L. Consumo de alcohol en la adolescencia. Un problema social. (Colombia)[Internet] 2016.[citado 7 feb 2018];4(5):[aprox.9p]. Disponible en:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adol_81_escencia.pdf
8. Lugones Botell M. Consumo de alcohol en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2015 Mar [citado 7 feb 2018];30(1):[aprox.8p] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100001&lng=es.
9. Programa de Prevención y Control del Alcoholismo y otras farmacodependencias para el Consejo de Dirección. Análisis de la Situación Integral de Salud municipal Cienfuegos. Departamento Estadística Policlínico Área IV; 2017.
10. García Gutiérrez E, Lima Monpó G, Aldana Vila L, Casanova Carrillo P, Feliciano Álvarez V. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay" Rev Cubana Med Milit 2015;33(3)
11. Flores Herrera J. Factores de riesgo asociados al consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes de dos instituciones educativas una

- pública y una privada. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. España:Universidad Ricardo Palma; 2016.
12. García Penedo H. Asistencia psicológica al alcohólico y otros drogadictos. La Habana: UH, 2014: 91,92.
 13. El alcohol mata a 3,3 millones de personas al año. El comercio. [Internet]. Lima-Perú. 12 de mayo 2014. [Fecha de acceso 7 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/mundo/actualidad/alcohol-mata-33-millones-personas-al-ano-noticia-1728829>
 14. Bolet Astoviza M. La prevención del alcoholismo en los adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr 2014;16(4):406-9.
 15. Tarazona Pérez JP. Factores de riesgo y consecuencias del consumo de alcohol en adolescentes escolarizados en el ciclo básico. [trabajo Especial de Grado]. Facultad de Medicina de La Universidad del Zulia. Maracaibo; 2012.
 16. Muracén Disotuar I, Martínez Jiménez A, Aguilar Medina JM, González Rodríguez MR. Pesquisaje de alcoholismo en un Área de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2015;17(1): 62-7.
 17. North R, Orange R. Alcoholismo en la juventud. México: Árbol EDITORIAL, S.A de C.V;2014 [fecha de acceso 7 de febrero de 2018]. Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=wrkDZQ8mF0wC&printsec=frontcover&dq=que+es+el+alcoholismo&hl=es&sa=X&ei=I88yVOqsNYK_
 18. Osterhoudt KC, Penning TM. Toxicidad e intoxicación por fármacos. En: Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12ma .ed, 2011.p.73-86
 19. Baptista F, Cabrera J, Montilla M, Ortiz R, Salomón A, Testa M, et al. Prevalencia del consumo de alcohol, patrón de consumo y factores de riesgo asociados en adolescentes del sector las delicias de la comunidad de Tamaca. Boletín Médico de Postgrado. (Barquisimeto)[Internet] julio 2016.[citado 7 feb 2018];22(3):[aprox.7p]. Disponible en: <http://www.quadernspsicologia.cat/article/view/748>
 20. Cicua D, Méndez M, Muñoz L. Factores Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes de Bogotá entre 12 y 17 años, pertenecientes a estratos 4 y 5. [Tesis de grado]. Colombia: Universidad Javeriana; 2016
 21. Martínez MJ. Prevención del consumo de alcohol el adolescente y su familia [En línea].2012. [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/prevconsumo.pdf>
 22. Villarreal-González ME, Musitu G, Varela R. Consumo de alcohol en adolescentes de un área urbana de Bogotá. (Colombia)[Internet] 2015.[citado 7 febr 2018];1(3):[aprox.8p]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_adol_77.756352484_escencia.pdf
 23. Sánchez-Sosa JC. Alcohol y adolescencia. Características de la edad. (México)[Internet] 2017[citado 7 febr 2018];4(1):[aprox. 7p] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_alcohol_de_adol_20170401_escencia.pdf

Anexo- 1 Autorización del estudio.
Dirección del Policlínico área IV. Municipio Cienfuegos
Universidad de Ciencias Médicas.

Título: “Ingestión de bebidas alcohólicas en adolescentes. Una visión desde la Atención Primaria de Salud.”

Yo Dr. (a) _____ Director(a) de la institución he sido informado por los autores de su interés por la realización de un estudio que tiene como objetivo caracterizar el consumo de alcohol en los adolescentes de 11 a 19 años dispensarizados en el consultorio médico de familia 17, del área de salud IV (Pueblo Griffó) del municipio Cienfuegos durante el año 2017.

De igual manera se me ha explicado que del estudio no se obtienen beneficios económicos para los investigadores que la realizan, ni para el policlínico, sin embargo contribuirá a la descripción de elementos de interés en cuanto los elementos relacionados con el modo de vida y estilo de vida, funcionamiento familiar de individuos que inician el consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia, con vistas a mejorar la calidad asistencial en los que presentan riesgo relacionados con el entorno en que se desarrolla su ciclo vital, en lo cual la comunidad científica se ha venido pronunciando con la realización estudios actuales.

Por todo lo expuesto manifiesto mi autorización para la realización de la investigación.

Nombre _____ y _____ apellidos _____ del
director:.....
Firma:.....
Fecha:.....

Nombre _____ y _____ apellidos _____ del
Investigador:.....
Firma:.....
Fecha:.....

Anexo 2

Consentimiento Informado (del tutor/ adolescente) de la investigación titulada

“Ingestión de bebidas alcohólicas en adolescentes. Una visión desde la Atención Primaria de Salud.”

A través de este documento deseo expresar he sido informado acerca del desarrollo de la investigación. La misma será de utilidad para caracterizar el consumo de alcohol en los adolescentes de 11 a 19 años dispensarizados en el consultorio médico de familia 17, del área de salud IV (Pueblo Griffó) del municipio Cienfuegos durante el año 2017.

Se me ha informado, además, que los datos inherentes a mi hijo serán solamente del conocimiento de los investigadores, respetándose en todo momento lo establecido internacionalmente por la Declaración de Helsinki del 2004.

De igual manera se me ha explicado que de este estudio no se obtienen beneficios económicos para los investigadores que la realizan, ni para mí y que se me otorga el derecho de retirarme de dicha investigación en el momento que lo estime conveniente sin menoscabo de las relaciones con los autores del trabajo.

Sobre la base de lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas mis dudas, expreso mi disposición a participar en esta investigación ofreciendo todos los datos que se me solicitan.

A...días del mes.....del año.....

Y para que así conste firmo el siguiente documento:

Nombre y apellidos tutor:Firma:.....

Nombre y apellidos adolescente:.....Firma:.....

Nombre y apellidos del Investigador:.....Firma:.....

Anexo 3
Formulario de recogida de datos

1. Edad _____ en años cumplidos: 1 __ 11-13, 2 __ 14-16, 3 __ 17-19
2. Sexo: 1 __ Masculino, 2 __ Femenino
3. Escolaridad terminada:
1 __ Primaria s/terminar, 2 __ ásica Sin Terminar, 3 __ Preuniversitario Sin Terminar, 4 __ Téc. Medio sin terminar, 5. Técnico medio terminado
4. Dato recolectado de la Ficha de salud familiar: evaluación funcional de la familia __ Funcional, __ Disfuncional
5. En estos momentos Usted:
1 __ Estudia, 2 __ Trabaja, 3 __ Estudia y trabaja, 4 __ No estudia ni trabaja
6. Convive en el hogar con:
1 __ Madre, 2 __ Padre, 3 __ Con la madre y el padre, 4 __ Con ninguno de ellos.
7. ¿Conviven con Ud. en su hogar otros familiares? 1 __ SI, 2 __ NO
8. ¿Ingiere Ud. bebidas alcohólicas? 1 __ SI, 2 __ NO
9. ¿Qué edad tenía cuando ingirió bebidas alcohólicas la primera vez?
Edad en años cumplidos _____
10. ¿Por qué ingiere bebidas alcohólicas?
1 __ Como vía de diversión
2 __ Me gusta beber
3 __ Por imitación los mayores de mi familia
4 __ Para olvidar problemas que tengo
5 __ Para compartir con mis amigos y otras personas
6 __ Para sentirme adulto
7 __ Para estar al mismo nivel de mis amigos
8 __ No encuentro otra cosa mejor que hacer
11. ¿Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?
1 __ Una vez a la semana, 2 __ de 2 a 3 días en la semana,
3 __ Más de 3 días, 4 __ Solo en fiestas populares, 5 __ solo en fiestas ocasionales, 6 __ NO procede
12. ¿Cuándo usted ingiere bebidas alcohólicas lo hace en compañía de?
1 __ Amigos, 2 __ Con su pareja, 3 __ Con familiares, 4 __ Solo
13. ¿Qué lugares frecuenta para ingerir bebidas alcohólicas?
1 __ En el barrio 2 __ En la casa 3 __ En casa de amigos
4 __ Centro nocturnos 5 __ Festejos populares 6 __ Áreas del malecón
7 __ Cerveceras 8 __ Otros
14. ¿Qué tipo de bebida ingiere con más frecuencia?
1 __ Vino, 2 __ Cidra, 3 __ Cervezas, 4 __ Ron, Aguardientes, 5 __ Alcoholes caseros, 6 __ Otras
15. ¿Qué tipo de bebida le gusta consumir?
1 __ Vino, 2 __ Cidra, 3 __ Cervezas, 4 __ Ron, Aguardientes, 5 __ Alcoholes caseros, 6 __ Otras

16. ¿Alguna vez ha combinado con la bebida alcohólica sustancias tóxicas, psicofármacos o energizantes? 1__NO, 2__Una vez para probar, 3__varias veces
17. ¿Le gusta combinar con la bebida alcohólica sustancias tóxicas, psicofármacos o energizantes? 1__NO, 2__SI
18. En caso afirmativo nombre la sustancia que añade a su bebida alcohólica. _____
19. ¿Alguna vez ha combinado con la bebida alcohólica sustancias Energizantes que expenden el divisa como por ejemplo; Red Bull, Ticon, otras?
1__Nunca, 2__Una vez, para probar, 3__varias veces, 4.-
__Frecuentemente
20. ¿Cómo adquiere el dinero para adquirir las bebidas alcohólicas?
1__ Por mi trabajo
2__ De lo que me dan mis padres habitualmente
3__ Se lo pido a mis padres o familiares para esa ocasión
4__ Lo pido prestado a los amigos
5__ Otros pagan por mí la bebida
6__ Por los que me busco luchando en la calle
7__ Otras fuentes que no desea comentar
21. De los que conviven con usted. ¿Quiénes ingieren bebidas alcohólicas al menos una vez a la semana de forma habitual?
1__ Padre, 2__ Madre, 3__ hermanos, 4__ Otros familiares, 5__ Ninguno
22. ¿Quién lo requiere más por ingerir bebidas alcohólicas?
1__ La madre, 2__ el padre, 3__ madre y padre, 4__ otros familiares,
5__ amigos y vecinos, 6__ No me requieren

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA. PROGRAMA MATERNO INFANTIL. JALAPA. 2016

AUTOR:

M.Sc. Lic. Yamirka González Puerto. yamirkagp@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba.

COAUTORES:

Lic. Milagros López Frank, mlopezfrank12@nauta.cu, Dirección Provincial de Salud, Cuba.

M.Sc. Lic. Jayce Díaz Díaz, jaycedd@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Especialista en Medicina Familiar.

M.Sc. Zenia Tamara Sánchez García, zeniazg@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba.

Lic. Esther Hernández Pérez, metdircit3003@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

EL proyecto fortalecimiento del primer nivel de atención que desarrolla el Ministerio de Salud Pública de Guatemala en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de Cuba ha permitido la implementación del Programa Materno Infantil en todas las comunidades guatemaltecas. Para alcanzar un buen desempeño del personal de enfermería se trazaron estrategias de trabajo que comenzaron desde la identificación de necesidades de aprendizaje y la revisión de bibliografía actualizada que permitió elevar el nivel de conocimientos y con ello una mejor atención de enfermería en el cumplimiento del Programa Materno Infantil en Guatemala, lo que se evidenció al diseñar e implementar un instrumento de supervisión que nos permitió evaluar el desempeño de las Licenciadas en Enfermería.

Palabras clave: enfermería, atención médica, instrumento

INTRODUCCIÓN

Guatemala es uno de los países con mayor crecimiento poblacional de Latinoamérica y en promedio, las mujeres guatemaltecas tienen más hijos que las que desean tener. Cumplir el deseo y el derecho de las mujeres de tener hijos e hijas que desean tener, puede ayudar al país a disminuir el ritmo de su crecimiento y a lograr mejores condiciones para las familias y para la sociedad. El acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva, especialmente los relacionados con la planificación familiar, contribuyen a mejorar las alarmantes tasas de mortalidad materna infantil y a disminuir la desnutrición en un marco de respeto a los derechos humanos. (Guatemala: presente y futuro. Proyecto de Políticas y educación HEPP. 2010)

En Guatemala para avanzar necesitamos saber dónde estamos. Actualmente el objetivo del Ministerio de salud, es reducir la mortalidad infantil en un 10 % y 20 % la materna, que se encuentran en un 28 y 140 % respectivamente.

La ayuda cooperante con Cuba se estableció a partir del 5 de noviembre de 1998, a escasos días del paso del huracán Mitch, recibiendo Guatemala la primera brigada integrada con 19 cooperantes, quienes se establecieron en el Puerto de San José para prevenir los casos de cólera, señala un informe pormenorizado de las actividades de la Comisión.

Nuestra misión es salvar vidas y preservar o devolver el bienestar de la salud, en los lugares más apartados y necesitados, independientemente de las difíciles condiciones, por este objetivo hemos luchado, usando como arma el estetoscopio y la pluma, y como uniforme nuestras hermosas batas blancas para ganarle cada batalla a la muerte. Pero la demanda y necesidad guatemalteca era grande, por ello el 14 de noviembre de ese mismo año, llega la segunda brigada con 31 cooperantes, los cuales hacen su labor médica humanitaria en el hospital de La Tinta.

En Abril de 1999 se firma el Convenio de Colaboración Cuba - Guatemala y surgiendo entonces el Programa Integral de Salud (PIS).

En noviembre del presente año el PIS cumple 18 años con un positivo impacto en el mejoramiento de los servicios de salud. En Octubre del 2005 arriban 600 miembros del contingente internacional "Henry Reeve" a tierras guatemaltecas.

Se crea la ELAM en el año 1999 y en el 2005 se realiza la graduación de los primeros 188 estudiantes Guatemaltecos. El 3 de octubre de 2005, se realiza el primer vuelo OM de pacientes guatemaltecos hacia Cuba y en el Segundo semestre del 2006, se inaugura el Primer Centro Oftalmológico en Guatemala. Entre Junio del 2010 y durante el año 2011 ante emergencias por eventos naturales: Tormenta Tropical Agatha, Erupción del Volcán Pacaya, desborde del río San Juan y Enjambre sísmico se potencializa el actuar de los cooperantes de la BMC a disposición de las autoridades del país. Durante el año 2012 se reordenan los recursos humanos, logrando un impacto en la modalidad de Atención Primaria de Salud en el país. En Octubre de ese mismo año se logró la firma del nuevo convenio subsidiario con el MSPAS. El 7 de Noviembre del 2012, ante la ocurrencia del segundo evento sísmico más grande en la historia contemporánea de Guatemala, nuevamente se demuestra la incondicionalidad de la BMC de servir al pueblo guatemalteco, siendo en San Marcos donde más se trabajó en apoyo a los damnificados. El 5 de Agosto del 2013 arriban a Guatemala las primeras 24 enfermeras como parte del Proyecto fortalecimiento del primer nivel de atención que desarrolla el MSPAS, completando en Noviembre del propio año la cifra de 146 enfermeras insertadas en el país; para darle continuidad al proyecto son relevadas estas licenciadas en enfermería por otro grupo, que llegan al país el 9 de diciembre de 2015.

Actualmente cerca de 400 cooperantes de la salud brindan sus servicios en la nación centroamericana. Este programa incluye servicios oftalmológicos y una atención médica integral para la población de las comunidades rurales Especial de la visita del presidente de Guatemala a Cuba.

Al departamento de Jalapa arribaron 11 licenciadas en enfermería que en calidad de relevos a las anteriormente mencionadas, fuimos ubicadas según necesidades del área de salud distribuidas de la siguiente forma: San Yuyo (5), San Carlos de Alzatate (1), Mataquescuintla (2), San Pedro Pinula (2), que actualmente se han ido fortaleciendo otros lugares de mayor necesidad, por lo que nuestro personal de enfermería ha sido trasladado y en estos momentos nos encontramos en otras posiciones.

Por la heterogeneidad del grupo de licenciadas recién llegadas a la brigada y teniendo en cuenta los perfiles de salida una vez egresadas en Cuba, se determinó que era necesaria la capacitación del personal de nueva incorporación en aras de dar cumplimiento a los objetivos de trabajo que ha implementado la Coordinación de la misión médica en Guatemala, por lo que nos dimos a la tarea de crear un instrumento, que servirá como guía de trabajo que logre minimizar brechas en el conocimiento y que

sirva de igual forma como un algoritmo de trabajo en cada uno de los puestos de salud donde nos desempeñamos.

DESARROLLO

Para alcanzar un buen desempeño del personal de enfermería se trazaron estrategias de trabajo que comenzaron desde la identificación de necesidades de aprendizaje y la revisión de bibliografía actualizada que permitió elevar el nivel de conocimientos y con ello una mejor atención de enfermería en el cumplimiento del Programa Materno Infantil en Guatemala, lo que se evidenció al diseñar e implementar un instrumento de supervisión que nos permitió evaluar el desempeño de las Licenciadas en Enfermería.

El instrumento cuenta con una guía que contempla los aspectos a evaluar teniendo en cuenta los indicadores establecidos por el Programa Materno Infantil, complementada con un instructivo para su llenado.

A continuación reflejamos el instrumento que se implementó para la evaluación del desempeño de las Licenciadas en Enfermería de Jalapa en relación al Programa Materno Infantil.

Guía para supervisar y elevar el desempeño de las licenciadas en Enfermería en el Programa Materno Infantil. Jalapa. 2016

Nombres y Apellidos de la Licenciada en Enfermería: _____

Puesto de Salud: _____

Municipio: _____

Fecha: _____

Aspectos a evaluar			
Indicador	Evaluación		Observación
	Si	No	
Población general de la comunidad donde labora			
Población de niños de 0-5			Valoración del crecimiento y desarrollo
Población de niños de 1-10			En el caso que el niño/niña esté enfermo seguimiento de su evolución
Confeccionadas las fichas de consulta de rutina al niño/niña			
Confeccionado listado de niños por año de nacimiento			
Dispensarización de la población: ECNT, ECT			No medible pero sin controlado.
Niños con desnutrición, bajo peso y retardo del crecimiento			
Confeccionadas las fichas de consulta sobre la valoración nutricional			Quincenal o mensual dependiendo del estado del niño.

Copia del documento normativo donde se plasmé que ese niño fue notificado al Centro de atención permanente, como institución rectora de la salud en el área o territorio donde se labora.			
Confeccionada la ficha de recuperación del niño o niña			Ver instructivo
Salud reproductiva			
Identificadas mujeres en edad fértil			
Suplementadas por mes según las metas			Ver instructivo
Mujeres en planificación familiar			Ver instructivo
Identificadas las mujeres planificadas por tipo de método			Ver instructivo
Total de embarazadas según metas esperadas.			Ver instructivo
Embarazadas captadas por trimestres			
Actualización del censo de embarazadas.			
Llenado correcto del censo de embarazadas			
Correcto llenado de la ficha obstétrica de la embarazada			
Realizados todos los controles (4) a las embarazadas según edad gestacional.			En el caso de aquellas embarazadas que se le realice una captación tardía, tratar de realizar la mayor cantidad de controles posibles
Carnet de embarazada actualizado, donde se reflejen los datos de controles y supervisiones realizadas.			
Calculado el índice de masa corporal de las embarazadas			
Planificado, controlado y ejecutado el esquema de vacunación de la embarazada			
Confeccionado el mapeo de las embarazadas con y sin riesgos obstétricos			
Referencias realizadas por mes			Ver instructivo(todas las embarazadas con riesgo obstétrico deben ser referida al CAP y aquellas que presenten alguna señal de peligro durante el control, supervisión o cuando se presente)
Constancia del Control de las púerperas en la ficha clínica obstétrica			
Realizado primer control del puerperio			
Realizado segundo control de puerperio			

Identificado la ocurrencia del parto			Ver instructivo
Atención al niño			
Captación del recién nacido			
Llenado del Sigsa 1 del recién nacido			
Verificado y plasmado en carnet del recién nacido BCG y Hepatitis, con peso y talla al nacer			
Correcto llenado del libro de nacimiento			
Correcto llenado del Sigsa 3PS			
Constancia escrita y firmada por la persona que es visitada en su vivienda plasmada en el libro de conocimientos.			

Instructivo para el llenado de la guía de inspección y algunos elementos básicos que debemos conocer sobre el programa Materno Infantil en Guatemala.

1.-Población: Está se actualizará trimestralmente en los meses que se plasman en la guía donde debemos ir incrementando los nacimientos y muertes de los habitantes de nuestras aldeas, según lo establecido por el modelo estadístico en la misión. En el caso de la población infantil debemos tener en cuenta las edades de los niños/niñas por los meses de nacimiento, porque fluctúan de forma permanente el total de niños/niñas lactantes y neonatos.

Ejemplo de cómo podemos diseñarla:

Población total de la aldea	Enero	Junio	Septiembre	Diciembre

Año	Total
2016	
2015	
Total:	

Niños de 6 a 10 años	Sexo	
	M	F

Debemos conocer que todos nuestros niños deben ser pesados todos los meses hasta cumplir 2 años, luego de arribar a esta edad y si no está identificado con problemas de peso y talla, se chequean cada seis meses.

2.-La dispensarización de nuestra población debemos identificarla de forma paulatina, teniendo en cuenta que es una debilidad en los puestos de salud donde laboran cada una de las licenciadas en enfermería. Existen posiciones en algunos puestos de salud donde no se identifica la población, ni esta censada correctamente, por eso consideramos este aspecto con solución a largo plazo; según las características del lugar.

En el caso que se tenga dispensarizada la población; dividirlo por grupos etáreos y patologías, así como la constancia de las visitas realizadas, con las acciones de

promoción de la salud para lograr que mejoren estilos de vidas y control de la enfermedad.

3.-Salud Reproductiva

Mujeres en edad fértil	Suplementadas por mes													
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
	meta	meta	meta	meta	meta	meta	meta	meta	meta	meta	meta	meta	meta	meta

Planificación familiar:

Planificadas	Condón	Microgenón	Norigenón	Noristerat	Depoprovera

Metas de embarazos esperados: (población total x 3.5)

Embarazadas < de 15 años:

Embarazadas > de 15 años:

Índice de masa corporal

IMC= peso en Kg/ talla en cm x talla en cm (para determinar el desarrollo ponderal de la embarazada)

1er. trimestre (< y hasta 13 semanas)

2do. trimestre (de 13.5 a 27 semanas)

3er. trimestre (de 27 a 36 semanas)

4to. trimestre (de 36 a 40.5 semanas)

Vacunación de la embarazada:

- ✓ 1ra. dosis (cuando se la administre)
- ✓ 2d. dosis (al mes de administrada la primera)
- ✓ 3ra. dosis (a los seis meses de administrada la primera o cinco meses de la segunda)

Referencias realizadas

Motivo de referencias	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Embarazadas												
Lactantes												
Puérperas complicadas												
Niños 1-5												
Otras												

Legenda: DE –Derivación estándar

Peso / Edad (Desnutrición Global):

- **Normal:** En la gráfica de Peso/edad del carné del niño y niña el punto esté de +2 a -2 Desviaciones estándar (DE).
- **Moderado:** En la gráfica de Peso/edad del carné del niño y niña el punto esté debajo de -2 a -3 Desviaciones estándar (DE).
- **Severo:** En la gráfica de Peso/edad del carné del niño y niña el punto esté debajo de -3 Desviaciones estándar (DE)

Longitud / Edad (Desnutrición crónica):

- **Normal:** En la gráfica de Longitud/edad del carné del niño y niña el punto esté de +2 a -2 Desviaciones estándar (DE).
- **Moderado:** En la gráfica de Longitud/edad del carné del niño y niña el punto esté debajo de -2 a -3 Desviaciones estándar (DE).
- **Severo:** En la gráfica de Longitud/edad del carné del niño y niña el punto esté debajo de -3 Desviaciones estándar (DE).

Peso / longitud (Desnutrición Actual):

Normal	Entre +2 a - 2 DE
Moderado	Entre -2 a 3 DE
Severo	Debajo de -3
Sobrepeso	Arriba de + 2 DE

- **Normal:** En la gráfica de Peso/Longitud del carné del niño y niña el punto esté de +2 a -2 Desviaciones estándar (DE).

- **Moderado:** En la gráfica de Peso/Longitud del carné del niño y niña el punto esté debajo de -2 a -3 Desviaciones estándar (DE).
- **Severo:** Debe escribir una X en la casilla correspondiente cuando en la gráfica de Peso/Longitud del carné del niño y niña el punto esté debajo de -3 Desviaciones estándar (DE).
- **Sobrepeso:** Debe escribir una X en la casilla correspondiente cuando en la gráfica de Peso/Longitud del carné del niño y niña el punto esté arriba de +2 Desviaciones estándar (DE)

A los 6, 12 y 24 meses, se hace un recordatorio sobre la longitud o talla mínima esperada según la edad, como se muestra a continuación:

6 meses: Longitud mínima esperada para niños: de 64 cm Longitud mínima esperada para niñas: de 62 cm **12 meses:** Longitud mínima esperada para Niños: de 71 cm Longitud mínima esperada para niñas: de 69 cm **24 meses:** Longitud mínima esperada para niños: de 81 cm Longitud mínima esperada para niñas: de 80 cm.

CONCLUSIONES

El diseño e implementación del instrumento de supervisión nos permitió evaluar el desempeño de las Licenciadas en Enfermería en relación al cumplimiento de los indicadores establecidos por el Programa Materno Infantil. Los resultados de su aplicación en Jalapa contribuyeron al cumplimiento de los indicadores, a elevar la calidad de la atención y a la gestión del conocimiento del personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Washington: OMS; 2016. [cited 5 Nov 2015] Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Rojas Riera JM. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales. 2016. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017. [cited 23 Mar 2016] Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7409/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-21.pdf>
- Retureta Milán S, Rojas Álvarez L, Retureta Milán M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur [revista en Internet]. 2015 [cited 18 Nov 2016] ; 13 (4): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008
- Álvarez Sintés R, Báster Moro JC, Hernández Cabrera G, García Núñez RD. Temas de Medicina General Integral. 3a ed. aumentada y corregida. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014..
- Castro Pacheco B, Cuéllar Álvarez R, Ibargollen Negrín L, Esquivel Lauzurique M, Machado Lubián MC, Martínez Corredera V. Experiencia cubana en la atención a la salud infantil. 1959-2006. MINSAP/OPS/OMS. La Habana: Editora Política; 2010.
- MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. 2015. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud [homepage en Internet]. La Habana; 2015 [citado 8 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>

INSTRUMENTO PARA EVALUAR CONOCIMIENTOS EN ENFERMEROS SOBRE LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA TEMPRANA.

INSTRUMENT TO EVALUATE NURSING KNOWLEDGE ABOUT UNINTENTIONAL INJURIES IN EARLY INFANCY.

Autores:

1. Yanet Blanco Fleites, Email: yanetbf761222@minsap.cfg.sld.cu , Dirección municipal de salud Cienfuegos, Cuba, Licenciada en Enfermería, Máster en urgencias médicas en la atención primaria, Doctorando en Ciencias de la Enfermería, Profesora asistente.
2. Julia Maricela Torres Esperón, Email: maricela.torres@infomed.sld.cu, Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba, Licenciada en Enfermería, Máster en atención primaria de salud, Doctora en Ciencias de la salud, Profesora Titular.
3. Laura Magda López Angulo, Email: psicología6006@ucm.cfg.sld.cu . Departamento de Psicología. Universidad Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Licenciada en Psicología, Master en Psicología de la salud, Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora Titular y Consultante.

Resumen

Introducción: Las lesiones no intencionales en la infancia temprana representan un problema de salud por su frecuencia, magnitud, severidad y trascendencia. La prevención de dichas lesiones es compleja y en la atención primaria, el profesional de enfermería puede y debe ejercer una importante función dirigida a tal fin.

Objetivo: Describir el diseño y validación de un instrumento para evaluar el nivel de conocimientos que tienen los enfermeros sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana.

Métodos: La validación fue realizada con un grupo de expertos, su integración fue heterogénea, pues incluyó enfermeros nacionales e internacionales, pedagogos, médicos pediatras y epidemiólogos. Los expertos seleccionados obtuvieron altos niveles de competencia. La concordancia se midió mediante el Índice Kappa de Cohen. Para verificar la confiabilidad se realizó una prueba piloto, conformado por 16 enfermeros del Policlínico Área I del municipio Cienfuegos considerándolo entendible. La confiabilidad de consistencia interna se midió con coeficiente Alfa de Cronbach mediante el programa estadístico Epidat 3.0.

Resultados: Se obtuvo un instrumento fiable y válido que permitió evaluar el nivel de conocimientos sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana.

Conclusiones: La utilización del instrumento diseñado y validado, fue punto de referencia para la identificación de necesidades de aprendizaje y el diseño de intervenciones educativas en la comunidad

Palabras clave: lesiones no intencionales, validación de instrumento.

Palabras clave: not injure intentional, instrument validation

Introducción

En los últimos años se han definido los accidentes como una «cadena de eventos y circunstancias que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencional».¹ De esta manera se resta la carga de inevitabilidad que implica la palabra accidente y se potencia la importancia que la prevención tiene en su abordaje. Solo así se pueden afrontar como un problema susceptible de mejora mediante medidas coordinadas de salud pública.² De ahí que en este artículo se utilice el término de “lesiones no intencionales” y no de “accidentes”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que mueren, en todo el mundo, aproximadamente 100 niños y niñas cada hora a causa de lesiones, de las cuales el 90% son no intencionales.³⁻⁴ Estas cifras reafirman éste como un problema de salud pública para la mayoría de los países, sin importar el nivel de desarrollo de los mismos. Las lesiones no intencionales en la infancia temprana representan un problema de salud por su frecuencia, magnitud, severidad y trascendencia. La prevención de dichas lesiones es compleja y en la atención primaria, el profesional de enfermería puede y debe ejercer una importante función dirigida a tal fin, mediante diversas acciones asistenciales, preventivas y promocionales que incluyen siempre la información y la educación.

La prevención de lesiones y la promoción de seguridad son campos de acción de la Salud Pública relativamente recientes. El concepto de promoción de seguridad es mucho más amplio que el concepto de prevención de lesiones, de la misma forma que el concepto de salud es mucho más extenso que la ausencia de enfermedades.¹

En Cuba a partir del año 1995 se implantó el Programa Nacional de prevención de accidentes en menores de 20 años. El mismo incluye acciones del sector salud y la Dirección nacional de tránsito, ambos en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Dicho programa tienen como objetivo general reducir la morbilidad y mortalidad por accidentes en la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la prevención a lo largo de la vida. Entre sus actividades fundamentales está la de brindar información relacionada con la prevención en aquellos entornos en los que se desenvuelve la población infantil y adolescente. Entre los objetivos específicos, incluye incrementar el nivel de conocimientos sobre la prevención de accidentes en la comunidad, promover acciones encaminadas a obtener un medio ambiente más seguro y de desarrollar investigaciones en este campo.⁵

En la revisión del programa se observa como limitación que el mismo no detalla las labores a realizar por los diferentes profesionales incluyendo la enfermera de la familia, tampoco aborda de manera específica las acciones a realizar en las diferentes etapas de la vida, siendo la infancia temprana la de mayor morbilidad en la población menor de 20 años.⁶ En tal sentido investigadores de la temática refieren que conocer la epidemiología de las lesiones en la población es clave para desarrollar políticas efectivas de promoción y prevención.⁷

Este artículo forma parte de los resultados de un proyecto de investigación que se desarrolla en Cuba, titulado: “Riesgo de lesiones no intencionales en la infancia. Intervención de Enfermería en la comunidad. Municipio Cienfuegos”. En el que se diseñó un instrumento para evaluar los conocimientos que posee el personal de

enfermería en la comunidad, acerca de lesiones no intencionales en la infancia temprana.

Los profesionales de enfermería que laboran en los consultorios médicos de las familias (CMF) son protagonistas en su esfera de actuación, pues mediante la promoción de salud y la prevención de lesiones no intencionales se puede aumentar las posibilidades de supervivencia, calidad de vida y bienestar en la infancia temprana, la muerte prematura así como en el deterioro temporal o permanente de su salud. Posee formación académica para su desempeño, sin embargo dada la complejidad del trabajo en la comunidad necesitan de forma periódica de entrenamientos y capacitaciones para dar respuesta a los problemas diversos que enfrentan, como es el caso de las lesiones no intencionales en la infancia temprana. Por todo lo anterior descrito se llega al siguiente problema científico:

¿Cómo diseñar y validar un instrumento para evaluar conocimientos en enfermeros sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana?

En tal sentido se escribe este artículo con el objetivo de describir cómo se diseñó y validó un instrumento para evaluar los niveles de conocimientos que poseen los profesionales de enfermería, sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana.

Método

Se realizó un estudio observacional y descriptivo que incluyó el diseño de un instrumento para evaluar el nivel de conocimientos que poseen los profesionales de enfermería en la comunidad del Municipio Cienfuegos, acerca de lesiones no intencionales en la infancia temprana. El instrumento se sometió al método de criterios de expertos, que implicó selección de los expertos, determinación de su nivel de competencia y sus juicios valorativos acerca del instrumento diseñado según fuentes de argumentación. Posteriormente fue sometido a validación de contenido y de confiabilidad. El estudio fue desarrollado en tres etapas: producción de temas e ítems, validación del contenido y prueba piloto, que permitió validar la confiabilidad.

Etapas 1: Producción de temas e ítems.

Previo al diseño de dicho instrumento se investigó en las causas de ingreso por lesiones no intencionales en la atención secundaria y en los contenidos de la carrera de Licenciatura de Enfermería, así como la incidencia y prevalencia del problema en el área de estudio. Para el análisis se confeccionó un listado con tres ejes o temáticas fundamentales, seleccionando los aspectos claves y estableciendo un orden de prioridad. Después de haber definido los 3 ejes esenciales se seleccionaron los ítems a medir en cada temática a evaluar y los niveles de asimilación del contenido que se explorarían. Los ítems del instrumento desarrollado en el estudio fueron derivados de una amplia revisión de la literatura.⁽⁸⁻¹⁹⁾ Finalmente para la realización de la clave del instrumento, se utilizó método criteriado cuyo punto de corte sería el 60% de la puntuación máxima del instrumento de conocimientos.

Etapas 2: Validación del contenido

Ese tipo de validez indica si los temas e ítems del instrumento son apropiados para medir el constructo específico y cubrir adecuadamente su dominio, basándose necesariamente en un juicio de valores.

Para valorar el instrumento se siguieron los siguientes pasos: 1. selección de los expertos y determinación de coeficiente de competencia; 2. recopilación de los criterios de expertos acerca del instrumento según fuente de argumentación; 3. Procesamiento estadístico de la información y análisis de los resultados.

La competencia del experto se estableció por el nivel de calificación en una determinada rama o disciplina de la ciencia o el arte, la cual se estipuló sobre la base de: la actividad científico-investigativa y profesional del experto; el nivel y profundidad de conocimientos de los logros de la ciencia y la técnica en el mundo; la comprensión del problema que se investiga; y las perspectivas de su desarrollo.

En el procedimiento estos autoevaluaron su competencia a partir de una encuesta que incluía las características personales: disposición de participar en la investigación, ostentar con categoría docente superior y con categoría científica de máster o doctor en ciencia y tener 15 o más años de desempeño laboral. Se calculó el coeficiente de competencia (k)

Se utilizó la técnica de evaluación por criterio con un total de 11 expertos, que incluyó pediatras, epidemiólogos, licenciados en enfermería nacionales e internacionales y pedagogos, a los que se les pidió que expusieran sus criterios referentes al instrumento en cada pregunta del mismo. Todos expusieron sus ideas y reflexiones, valorando si eran adecuados, inadecuados o poco adecuados. Se realizó la determinación del coeficiente de competencia de los expertos, (Kc) el que fue calculado mediante una tabla donde se solicitó al experto que marcar con una X entré el intervalo del 1 al 10, el nivel de conocimientos que posee sobre Lesiones no intencionales en la etapa infancia temprana. El cálculo del coeficiente de argumentación (Ka) de cada uno se realizó sobre la base de utilizar factores que determinan su competencia y en la misma estos reflejan el grado influencia de los argumentos mediante los cuales se han apropiados de los conocimientos sobre el tema objeto de valoración. El coeficiente de competencia (K) para la selección de los expertos se calcula con $K=1/2(kc + ka)$. Se considera que si K toma valores entre 0,8 y 1 el coeficiente de competencia es alto.

Para medir la concordancia se utilizó el Índice Kappa, este índice relaciona el acuerdo que exhiben los observadores considerando como aceptable un valor mayor o igual a 0,40 y excelentes los valores superiores a 0,75.

Se calculó el intervalo de confianza para kappa aplicando la técnica Jackknife, que permite estimar el error estándar en situaciones de cierta complejidad, como es el caso del coeficiente Kappa con múltiples observadores. Además se analizaron las observaciones y sugerencias cualitativas de los expertos para mejorar el instrumento.

Etapa 3: Prueba piloto

La prueba del instrumento sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana a un grupo de estudio fue llevada a cabo en el policlínico Área I del municipio de Cienfuegos. Para la realización del mismo se contó con la autorización del comité de la ética de la investigación de la dirección municipal de salud (DMS) y la dirección del Policlínico Área I José Luis Chaviano. Además un miembro del comité de Ética de la investigación (CEI) llevó la relatoría del momento, participando también la jefa de enfermera y la supervisora de Enfermería de dicha área de salud.

Se presentaron 16 enfermeros a realizar el instrumento para evaluar los conocimientos sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana. Los enfermeros dieron respuestas al instrumento previo consentimiento informado de los mismos. Se hicieron todas las aclaraciones necesarias dejando claro que lo más importante era la comprensión.

Se les solicitó un juicio crítico sobre cada pregunta, si era entendible y su desarrollo de respuesta era apropiado, abordando así las 20 preguntas del mismo, basados en su contenido y el tipo de pregunta.

Basado en la calidad del instrumento se realiza un análisis de confiabilidad de consistencia interna basado en el coeficiente alfa de Cronbach. El alfa de Cronbach es un coeficiente que toma valores entre 0 y 1. Cuanto más se aproxime al número 1, mayor será la fiabilidad del instrumento subyacente.

Resultados

Dado que el este artículo pretende describir el diseño y validación de un instrumento para medir conocimientos sobre lesiones no intencionales en edad temprana, en los resultados se describe según el algoritmo metodológico empleado para el diseño y validación.

Etapas 1: Producción de temas e ítems.

Causas de ingreso más frecuentes por lesiones no intencionales en la atención secundaria: traumas, intoxicaciones, quemaduras y los cuerpos extraños. La edad más vulnerable fue el niño/a menor de 4 años. Se observó en las estadísticas de los años 2012 al 2015 de todas las áreas de salud del municipio de Cienfuegos que se registra la mayor morbilidad por lesiones no intencionales en las áreas de salud V, VI y VII.

Se pudo comprobar además que el currículo de la carrera de Licenciatura en Enfermería se aborda el tema en cuarto año, en la asignatura Enfermería en urgencias, con un tema sobre la actuación de enfermería en las urgencias y emergencias médico-quirúrgicas en el niño/a. Y en la asignatura Enfermería social y comunitaria se incluye la atención de enfermería en las instituciones sociales, accidentes en el hogar y la comunidad, catástrofes y/o desastres naturales, además de primeros auxilios.

Por consiguiente para la selección de los temas que abordaría el instrumento se valoraron los siguientes aspectos: el contenido científico y técnico propio de la carrera; los componentes políticos, ideológicos, éticos y sociales del Modelo Profesional de la carrera; las principales funciones asistenciales, así como las actividades que desempeña el profesional de enfermería en los consultorios médicos de la familia y la introducción de los principales avances tecnológicos de la ciencia y la técnica contemporáneos.

Los tres ejes o temáticas fundamentales seleccionados por orden de prioridad fueron:

1. La gravedad del problema y la incidencia de las lesiones no intencionales en los indicadores de salud y de los servicios. La importancia de su detección precoz desde etapas tempranas de la vida. El conjunto de acciones a desempeñar por los enfermeros en las consultas de puericulturas y en las visitas domiciliarias dirigidas a la identificación y

manejo de los riesgos potenciales de las lesiones no intencionales en el hogar.

2. La implementación del Programa de prevención de accidente en menores de 20 años en los consultorios médicos de la familia por el personal de Enfermería.
3. El uso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a la familia y a niños/as para trabajar el riesgo de lesiones no intencionales desde la prevención y la promoción de salud.

Cada eje temático quedó conformado con un mínimo cinco preguntas y no más de diez. En las temáticas se emplearon diferentes tipos de preguntas para evaluar el conocimiento que posee el personal de enfermería que trabaja en los consultorios médicos de la familia, en la atención primaria de salud sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana. El instrumento quedó constituido por 20 preguntas y se confeccionaron tablas de:

- a) Ponderación de las temáticas a evaluar: El mayor peso lo obtuvo la temática uno, quedando formada por 10 preguntas abordando todos los ítems sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana.
- b) Distribución de preguntas por temáticas y nivel de asimilación: El tema 1 sobre lesiones no intencionales quedó constituido según el nivel de asimilación del contenido en: 3 preguntas del nivel reproductivo, 5 de aplicación o producción y 2 preguntas de creación. El tema 2 que aborda la implementación del programa de prevención de accidente quedó constituido por 5 preguntas en el siguiente orden: 1 pregunta del nivel reproductivo, 4 del nivel productivo. Finalmente el tema 3 que medía el nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería en el método científico (PAE) en la familia quedó organizado por 5 preguntas en el siguiente orden: 2 pregunta del nivel reproductivo y 3 preguntas del nivel productivo. Quedando el instrumento de evaluación de conocimientos solo con el 30% de preguntas reproductivas.
- c) Especificaciones del contenido. Se organizan las preguntas según los ejes temáticos e ítems a evaluar, según los niveles de asimilación del contenido y los tipos de preguntas a realizar.

En la clave del instrumento, cada pregunta obtuvo el mismo valor de 10 puntos con el patrón aprobado/desaprobado. El punto de corte fue el 60% de la puntuación máxima del instrumento de conocimientos.

Etapa 2: Validación del contenido

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios		
	Alto (a)	Medio(m)	Bajo (b)
Investigaciones teóricas y/o experimentales relacionadas con el tema	0.3	0.2	0.1
Experiencia obtenida en la actividad profesional (Lesiones no intencionales en la etapa preescolar)	0.5	0.4	0.2

Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores nacionales sobre Lesiones no intencionales	0.05	0.05	0.05
Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores Extranjeros sobre Lesiones no intencionales	0.05	0.05	0.05
Conocimiento del estado actual de la problemática en el país y en el extranjero.	0.05	0.05	0.05
Intuición	0.05	0.05	0.05
Total	1	0.8	0.5

Determinación del coeficiente de competencia de los expertos.

Tabla 1. Resultados de la determinación del coeficiente de competencia de los expertos

El cálculo del coeficiente de competencia de los 11 expertos obtuvo índices superiores a 0,8 demostrando la competencia de cada uno de ellos. El aspecto fundamental para determinar el coeficiente de competencia estuvo dado por la experiencia obtenida en la actividad profesional.

Resultados de las respuestas de los expertos. Concordancia

El índice Kappa de Cohen relaciona el acuerdo que exhiben los observadores más allá del azar lo define como una medida de concordancia. El proceso de elaboración del índice es el siguiente:

Se calcula la diferencia entre la proporción de acuerdo observados y la proporción de acuerdo esperados por el azar. Kappa es el cociente entre esa cantidad y el acuerdo máximo que se puede esperar sin intervención al azar. Este índice cumple con las características que lo definen, primero cuando los observadores son independientes, toma el valor cero, en segundo lugar alcanza el valor máximo de 1 solo si hay acuerdo perfecto entre los observadores y por ultimo nunca debe de ser menor que 1. Por tanto la precisión de las observaciones se evaluó comparando todos los observadores entre sí para medir el grado de acuerdo entre ellos. Es la primera aproximación a la concordancia entre observadores, resulta, por tanto, la más intuitiva, simplemente expresa el porcentaje de acuerdo entre ellos, es decir, en qué medida hubo coincidencia en la clasificación entre los observadores en relación al total de elementos examinados. Cuando se hace el cálculo del Kappa de Cohen por el programa estadístico Epidat 3.0 establecemos un grado de concordancia entre los observadores de 0.42 considerándolo aceptable.

Etapa 3: Prueba piloto

Las 16 enfermeras de la familia a las que se les aplicó el instrumento lo consideraron entendible, solo refiriendo la necesidad de actualizar conocimientos sobre el tema en cuestión. Posteriormente se realizó un análisis de confiabilidad de consistencia interna basado en el coeficiente alfa de Cronbach cuyo resultado fue de 0,69 con una covarianza interna de 0,79. Resultado que por la proximidad a “1” se puede evaluar el instrumento de confiable.

Discusión

En la actividad laboral e investigativa de los profesionales de la salud en ocasiones se presentan dificultades a la hora de diseñar y validar un instrumento escrito con la finalidad de explorar el nivel de conocimientos sobre un problema. En la búsqueda realizada no se encontraron artículos que detallaran un instrumento que permita evaluar el nivel de conocimientos en enfermeros sobre Lesiones no intencionales en la infancia temprana. No obstante si se encontraron estudios que detallan el diseño y validación de instrumentos en otras áreas del conocimiento, los cuales constituyeron referentes para este artículo.

En las validaciones de instrumentos los expertos ocupan un lugar importante, como fue el caso del estudio que se presenta. En tal sentido se entendió por experto tanto a la persona en sí, como a un grupo de personas u organizaciones capaces de ofrecer valoraciones conclusivas de un problema y hacer recomendaciones respecto a sus momentos fundamentales con un máximo de competencias.²⁰ Se dice que un instrumento o procedimiento es preciso si sus resultados se aplican más de una vez a la misma persona bajo las mismas circunstancias. La precisión de un procedimiento se ve afectada por dos factores fundamentales: la variación propia del instrumento o procedimiento y la variación del examinador. La primera de ellas tiene que ver con la calidad y calibrado del instrumental de medida y diagnóstico. La variación del observador o examinador está relacionada con su entrenamiento, formación y capacidad. La variación de un observador respecto a si mismo, de un estándar (prueba de oro) o de otros observadores, se puede medir por medio de la concordancia alcanzada al examinar y clasificar una serie de elementos.²¹ En este caso las los ejes temáticos y preguntas del instrumento, según los niveles de asimilación del contenido y el tipo de pregunta que se deseaba realizar. Porcar y colaboradores, diseño y valido un instrumento que evalúa la creatividad de escolares establece un cuerpo de conocimientos que sirvió de marco para la creación de un cuestionario que media la creatividad en escolares, basándose en cuatro ejes fundamentales: dos en teorías y dos en estudios de investigación²². En el instrumento diseñado para medir el nivel de conocimientos sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana, se basó solo en tres ejes temáticos fundamentales, partiendo de indicadores de salud, causas de ingresos en la atención secundaria, implementación del Programa de prevención de accidentes para menores de 20 años en los consultorios médicos de la familia por el profesional de Enfermería y el proceso de atención de enfermería (PAE) como herramienta de trabajo.

En la primera fase de una encuesta, con el fin de evaluar las competencias adquiridas por los estudiantes de Medicina, realizaron una revisión de las encuestas de valoración que existían en el ámbito de la enseñanza superior para así poder centrar los objetivos. Posteriormente, definieron el atributo, el contenido, la finalidad, la población, la muestra y el formato de la prueba, de acuerdo con el planteamiento del problema, procediéndose a la redacción de los ítems.²³ La similitud con este estudio del que se presenta en este artículo, está relacionada con el hecho de que se revisó el plan de estudio de la carrera y se analizaron las estadísticas de la morbilidad y mortalidad a nivel nacional, provincial y municipal.

Hay diseño de instrumentos para valorar los conocimientos necesarios para cumplir las funciones especiales en estudiantes del año terminal de la carrera de medicina.²⁴ El instrumento diseñado para evaluar los conocimientos sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana también permitió identificar las áreas temáticas donde se presentan mayores dificultades y se podrán tomar conductas que lleven a fortalecer los espacios del conocimiento en los profesionales de enfermería que laboran en los consultorios médicos de la familia en la atención primaria de salud del municipio de Cienfuegos.

Para la concordancia entre los observadores se utilizó como medida estadística Kappa de Cohen dando aceptable al igual que en el trabajo realizado por A Valero²⁵. El análisis de fiabilidad constituye una herramienta útil para incrementar la precisión de los exámenes, y se recomienda en primer término que todas las preguntas tengan la misma escala de medición y se analicen detenidamente aquellas con valores negativos de discriminación.

El coeficiente alfa de Cronbach es el indicador más utilizado para cuantificar la consistencia interna de los test. En el instrumento creado el análisis de confiabilidad de consistencia interna basado en el coeficiente alfa de Cronbach se alcanzó un resultado de 0,69 mostrando un instrumento fiable pero con menores resultados que los obtenidos por otros autores que crearon Escala para la Evaluación del Impacto de la Investigación Educativa sobre la Práctica Docente.²⁶

En el instrumento creado ningún ítems tuvo discriminación negativa para el coeficiente alfa por tanto hubo un alto grado de consistencia interna indistintamente al instrumento creado que evalúan la precisión de un examen escrito mediante la realización de un análisis de fiabilidad. Dicho examen se aplicó a un grupo de 45 profesionales con el propósito de explorar el nivel de conocimientos relacionados con el desempeño laboral; el mismo está integrado por 30 preguntas pero obtuvieron 13 preguntas con discriminación negativa y tres con valores nulos para este parámetro discriminación nula, lo que determinó un valor negativo para el coeficiente alfa, y por tanto, un alto grado de inconsistencia interna. Se aprecia que el coeficiente alfa aumenta en la medida en que se eliminan preguntas con discriminación negativa.

Consideraciones finales

Se obtuvo un instrumento fiable y válido que permite evaluar conocimientos en enfermeros sobre lesiones no intencionales en la infancia temprana. Su utilización puede ser punto de referencia para la identificación de necesidades de aprendizaje y el diseño de intervenciones educativas en la comunidad.

El presente artículo muestra la conjugación de diferentes metodologías, Competencia de Expertos, Kappa de Cohen y Alfa de Cronbach, para diseñar y validar científicamente un instrumento, lo cual podrá ser útil y relevante para procesos similares en la gestión investigativa y docente de instituciones de enseñanza universitaria y para la educación continua.

Agradecimientos

A los directivos del policlínico José Luis Chaviano (Área I) del municipio de Cienfuegos y a todos los enfermeros que trabajan en los consultorios médicos de la familia que colaboraron en esta investigación.

Referencias

1. Hernández Sánchez M. Prevención de lesiones no intencionales: experiencias en adolescentes. La Habana: Ecimed; 2013.
2. Onís González E, Varona Pérez I, Gil Pérez M, Felici C, Embid Pardo P. Lesiones no intencionadas en el centro escolar: ¿de qué estamos hablando? Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17:333-9.
3. Bustos Córdova E, Cabrales Martínez RG, Cerón Rodríguez M, Naranjo López MY. Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. Bol. Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2014 Abr [citado 17 Mar 2016]; 71(2): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200002&lng=es
4. Martínez Pérez M, Gutiérrez Higuera H, Alonso Cordero M, Hernández Rodríguez L. Conocimientos de un grupo de madres sobre prevención de accidentes en el hogar. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [Internet]. 2015 [citado 17 Mar 2016]; 21(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=907b58b72b4f4dd4be808b68a0f6ad43%40sessionmgr4004&hid=4109&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=111212074&db=lth>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la prevención de accidentes en menores de 20 años. La Habana: MINSAP; 1995.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud 2014 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2015 [citado 22 Nov 2016]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
7. Zoni AC, Domínguez Berjón MF, Esteban Vasallo MD, Regidor E. Lesiones atendidas en atención primaria en la Comunidad de Madrid: análisis de los registros en la historia clínica electrónica. Gac Sanit [Internet]. 2014 [citado 05 Feb 2016]; 28(1): [aprox. 30 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S021391113001337>
8. Santa Cruz Domínguez M, Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B, Ibarrollin Negrín L, Campos Gonzales A. Manual didáctico para la prevención de lesiones no intencionales en hijos de madres adolescentes. Colombia: MINSAP-UNICEF; 2012.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio de la carrera de Licenciatura en Enfermería. La Habana: MINSAP; 2008.
10. Consulta de puericultura. 2 ed. La Habana: Ecimed; 2014.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos de grupos priorizados (niños/as y adolescentes) dirigido a médicos. La Habana: MINSAP; 2011.
12. Manual de manejo inicial del paciente pediátrico lesionado. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
13. Organización Panamericana de la Salud. Proceso de atención de enfermería en AIEPI para niña o niño de dos meses a cuatro años de edad. En: Manual

- clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería. Washington: OPS; 2009. p.133-184.
14. Montano Luna JA, Prieto Díaz VI. Factores de riesgo y enfoque preventivo. En: Medicina General Integral. Salud y Medicina I. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
 15. Ruvalcaba Flores H. Los niveles de asimilación del contenido y la práctica docente.
 16. Cañedo Iglesias C, Cáceres Mesa M. Fundamentos teóricos para la implementación de la didáctica en el proceso enseñanza-aprendizaje. [Internet]. Cienfuegos: Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”; 2008 [citado 05 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/395/index.htm>
 17. Rubio Aguar R, Hernández Sánchez JE, Mola López Enrique Loret de M. Los niveles de asimilación del contenido y niveles de desempeño cognitivo: reflexiones. Rev Hum Med [Internet]. 2006 [citado 21 de septiembre de 2015]; 6(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000100005&lng=es
 18. Leyva Leyva LM, Proenza Garrido Y, Leyva Leyva JL, Cristo Varona R, Romero Rodríguez R. Reflexiones sobre la evaluación de la calidad del aprendizaje en la práctica pedagógica en la escuela primaria. Rev Iberoamericana de Educación [internet]. 2008. [citado 21 de septiembre de 2015]; (44): [aprox. 34 p.]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1922Leyva.pdf>.
 19. Dorta Figueredo M, Godo González M, Castellón González CA, González Hermida AE, Portal Amador M, Rosell García I. Morbilidad por accidentes en menores de cinco años. Medisur [Internet]. 2013 [citado 12 mar. 2016]; 11(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2323/1147>
 20. Díaz Quiñones JA. El perfeccionamiento del proceso evaluativo del diagnóstico médico con enfoque desarrollador [Tesis]. Santi Spíritus: Universidad de Ciencias Pedagógicas; 2013 [citado 16 Mar 2016]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/687/1/TESIS_DR_JOS%C3%89_DIAZ_Q.pdf
 21. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia [Internet]. Galicia, España: 2014 [citado 16 Mar 2016]. Epidat: programa para análisis epidemiológico de datos. Universidad CES. Disponible en: <http://dxsp.sergas.es>
 22. Porcar Gómez ML, Matiello GS, Repetto AM. Proceso de creación y validación de un instrumento que evalúa la creatividad de escolares (VAI). Revista electrónica de investigación y docencia REID [Internet]. 2011 [citado 16 Mar 2016]; (5): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1057/892>
 23. Córdova A, Moreno J, Stegaru M, Staff C. Construcción de un instrumento para evaluar competencias profesionales durante la formación preclínica en Medicina. Investigación Educ Médica [Internet]. 2015 [citado 02 Feb 2016]; 14(15): [aprox. 23 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572015000300145&lng=es.

24. Damiani Cavero JS, Vicedo Tomey AG, Sierra Figueredo S, Fernández Asan A, Pernas Gómez M, Blanco Aspiazú MA, et al. Diseño y validación de un instrumento para valorar las funciones especiales en estudiantes de sexto año de la carrera de Medicina. *Educ Med Super* [Internet]. 2015 Mar [citado 02 Feb 2016]; 29(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412015000100007&lng=es
25. Valero Valenzuela A, Conde Sánchez A, Delgado Fernández M, Conde Caveda JL. Construcción y validación de tres instrumentos para la evaluación técnica de la marcha atlética, salto de altura y lanzamiento de peso. *Motricidad. European Journal of Human Movement* [Internet]. 2004 [citado 02 Feb 2016]; 12: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2279078>
26. Díaz Costa E, Fernández Cano A, Faouzi T, Henríquez CF. Validación del constructo subyacente en una escala de evaluación del impacto de la investigación educativa sobre la práctica docente mediante análisis factorial confirmatorio. *Revista Investigación Educativa* [Internet]. 2015 [citado 3 Mar 2016]; 33(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.33.1.193521>

***Insuficiencia suprarrenal crónica primaria de etiología autoinmune.
Revisión de la literatura a propósito de un caso***

Autores:

- (1) Dr Samuel Sánchez Sánchez ,⁽²⁾ Osvaldo Rodríguez Morales,⁽²⁾Ernesto López Cabrera,⁽²⁾Anaily Puerto Becerra,⁽³⁾ Dra Yanelka Bouza Jiménez,**

(1) Residente de 1er año de Medicina Interna.

**(2) Estudiante de quinto año de medicina,
medrmo940419@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.**

(3) Especialista en de segundo grado de Medicina Interna

Resumen

La insuficiencia suprarrenal primaria es ocasionada con más frecuencia por la suprarrenalitis autoinmunitaria. La suprarrenalitis autoinmunitaria aislada es causa de 30 a 40% de los casos, se ha identificado alteraciones en los genes HDLA-DR3 y CTLA-4 como desencadenante de este trastorno autoinmune. Las manifestaciones clínicas típicas de la insuficiencia suprarrenal primaria consisten en debilidad muscular generalizada, astenia y pérdida de peso además de hiperpigmentación de la piel. Se presentó un paciente masculino de 25 años de edad manifestando como motivo de consulta dolor en epigastrio, pérdida de peso y cambios en la coloración de la piel. Se indicaron ACTH y cortisol basal en función de confirmar la sospecha clínica de insuficiencia suprarrenal primaria obteniéndose resultados que respaldan la impresión diagnóstica.

Palabras clave: Enfermedad de Addison, Insuficiencia suprarrenal, Suprarrenalitis autoinmune.

Introducción

Las glándulas suprarrenales son estructuras retroperitoneales situadas en los polos anterosuperiores de los riñones, irrigadas por las arterias suprarrenales superior, media e inferior; e inervada por el sistema nervioso autónomo. Consta de dos estructuras fundamentales: la médula y la corteza que a su vez tiene tres capas: glomerular, fascicular y reticular. (1,2) .

La insuficiencia suprarrenal puede ser aguda o crónica, primaria si la injuria es dependiente de las estructuras de la glándula o secundaria si depende del eje hipotálamo-hipofisario productor del ACTH necesario para la estimulación adrenal. Habitualmente, los procesos que afectan al tejido suprarrenal son progresivos. (1-3).

Es más frecuente en mujeres, en la cuarta década de la vida. La incidencia de esta enfermedad es de 1:100 000. Mientras la prevalencia de insuficiencia suprarrenal crónica es de 5:10 000 en población general. El origen más frecuente es hipotalámico-hipofisario, con una prevalencia de 3:10 000. Es mucho más común la insuficiencia suprarrenal que se presenta por la supresión del eje HPA como consecuencia del tratamiento con glucocorticoides exógenos, y ocurre en 0.5 a 2% de la población en países desarrollados (4).

Mientras que las causas primarias tiene una prevalencia de 2:10 000. Casi la mitad de los últimos casos es adquirida, en países industrializados la mayor parte es ocasionada por destrucción autoinmunitaria de las glándulas suprarrenales, donde son mayoría los Síndromes poliglandulares y se incluye la suprarrenalitis aislada. La otra mitad es por causas infecciosas como la Tuberculosis y el VIH, el resto son es de causa genética, ocasionada con mayor frecuencia por distintos bloqueos enzimáticos en la esteroidogénesis suprarrenal que afectan la biosíntesis de glucocorticoides (p. ej., hiperplasia suprarrenal congénita) (3,5).

Lo infrecuente de esta enfermedad motivó a describir la presentación de un caso de Insuficiencia suprarrenal crónica primaria de etiología autoinmune, siendo este nuestro objetivo.

Presentación de caso

Paciente OTP de 25 años de edad, masculino, blanco de procedencia urbana, de ocupación cuentapropista (lunchero de cocina). Con hábitos tóxicos: fumador de 10-15 cigarrillos al día desde hace diez años y consumidor de bebidas alcohólicas de manera habitual (3-4 veces por semana) desde hace 5 años. Antecedentes familiares de trastornos del tiroides (madre), HTA y Cáncer de histología no precisada (abuelos).

Acude al cuerpo de guardia del Hospital General Dr. Gustavo Alderegía Lima de Cienfuegos el día 25 de Noviembre de 2017 por dolor abdominal que apareció en horario de la tarde, de localización epigástrica de moderada intensidad y que cedió con la administración de analgésicos. En ese momento llamó la atención que refería cambio de coloración de la piel hacia un tono oscuro desde hacía 4 meses. Al comparar con fotos anteriores era evidente. También refirió episodios de sudoración, frialdad, y palidez que cedían luego de la administración de alimentos, no necesariamente relacionados con la ingesta previa de bebidas alcohólicas, compatible con cuadros de hipoglicemias. Pérdida de peso de casi 30 kilogramos y decaimiento.

Al examen físico resultó positivo: hiperpigmentación de mucosa oral y de forma generalizada en piel, más evidente en zonas expuestas al Sol y de roce como las areolas, cercano a un tono bronce. Disminución del panículo adiposo. Cifras de TA: 90/60 mmHg.

Ante la sospecha clínica de una insuficiencia suprarrenal indicamos ionograma de urgencia en ese momento dentro de parámetros normales. Citamos para el día siguiente realizar ACTH y Cortisol Basal, con resultado: 1047 pg/ml y 12,87 µg/dl respectivamente en concordancia con una Insuficiencia Suprarrenal Primaria.

Ingresa el 29 de Noviembre de 2017 para estudio de posible etiología y control. Los estudios realizados se encontraron dentro de parámetros normales, excepto el ionograma donde se constató una hiponatremia ligera. Se concluye como diagnóstico definitivo una Insuficiencia Suprarrenal Primaria, etiología más probable: Suprarrenalitis autoinmune primaria.

Comenzó tratamiento con Hidrocortisona (100mg) 1 ampola c/12h EV, reducción progresiva de la dosis hasta pasar a vía oral Cortisona (25mg). Según Esquema de tratamiento protocolizado. Durante su hospitalización el paciente tuvo una muy buena respuesta al tratamiento. Refirió aumento del apetito, mejoría del estado de ánimo, cifras de TA hasta de 110/70 mmHg. Ionogramas posteriores con normalización de los valores de sodio. Egresó el 8 de Diciembre de 2017. Indicamos reducción progresiva de la dosis oral, y citamos para consultas posteriores.

Discusión

Etiología

La destrucción autoinmunitaria es la causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal primaria en los países industrializados y puede producirse en forma de suprarrenitis aislada (30-40% de los casos) o asociada a síndromes poliglandulares (60-70% de los casos). Cerca del 70% de los pacientes presentan anticuerpos que reaccionan con antígenos de membrana o microsómicos de las tres capas de la corteza, identificados como enzimas de la esteroidogénesis (21 - hidroxilasa, 17- hidroxilasa) (4,5).

Los síndromes poliglandulares tienden a manifestarse en la infancia (tipo 1) que se transmite con un patrón autosómico recesivo y es ocasionado por mutaciones en el gen regulador autoinmunitario AIRE y se asocia con hipoparatiroidismo y candidiasis mucocutánea o en la edad adulta (tipo 2), esta es mucho más prevalente y de herencia poligénica, con asociaciones confirmadas con la región génica HLA-DR3 en el complejo principal de histocompatibilidad y regiones génicas distintas que participan en la regulación inmunológica (CTLA-4, PTPN22, CLEC16A) (4-6).

En países en vías de desarrollo aún son frecuentes las causas infecciosas, llegando incluso a desplazar a las autoinmunitarias. En países industrializados generan entre el 15-20% del total de casos primarios. Suelen consistir en tuberculosis y enfermedades fúngicas sistémicas (histoplasmosis, coccidioidomicosis, blastomicosis), en las que el tejido suprarrenal es sustituido por granulomas caseificantes. Las infecciones oportunistas asociadas a los

estadios terminales del SIDA, como las infecciones por citomegalovirus o *Mycobacterium avium-intracellulare*, pueden reducir la función suprarrenal (7).

Clínica

La insuficiencia suprarrenal primaria acaba destruyendo toda la corteza suprarrenal, con pérdida tanto de la actividad glucocorticoide como mineralocorticoide. Por el contrario, la insuficiencia suprarrenal secundaria refleja una incapacidad de la unidad hipotalámico-hipofisaria para liberar CRH o ACTH, lo que disminuye el aporte trófico a unas glándulas por lo demás normales. Como resultado, solo disminuye la producción de cortisol, ya que la producción de mineralocorticoides no depende demasiado de la ACTH (6-8).

Las manifestaciones clínicas típicas de la insuficiencia suprarrenal primaria crónica consisten en debilidad muscular generalizada, astenia y pérdida de peso. Son habituales las náuseas, vómitos, dolores abdominales y, más raras veces, diarreas; con frecuencia se encuentra hipoclorhidria y enlentecimiento del vaciado gástrico. La hipotensión arterial, que inicialmente puede ser sólo postural, es muy frecuente, y se debe a la disminución del tono vascular adrenérgico y a las pérdidas urinarias de sodio. Es habitual que exista gran apetencia por la sal. Son muy frecuentes la hiponatremia (por natriuresis elevada e incremento de vasopresina) y la hiperpotasemia, la tendencia a la deshidratación y la reducción del volumen plasmático y del gasto cardíaco. Las hipoglucemias francas sólo aparecen tras ayuno prolongado o en presencia de infecciones, fiebre o ingestión de alcohol y son más frecuentes en niños. Existe aumento de la sensibilidad a la insulina y disminución de la gluconeogénesis y de la producción hepática de glucosa (8,9).

La hiperpigmentación cutánea y mucosa debida a la activación de los receptores de melanocortina por la ACTH y otros péptidos derivados de su precursor pro-opiomelanocortina (POMC) precede a menudo a las restantes manifestaciones clínicas. Es una coloración bronceada generalizada, más acentuada en las zonas expuestas a la luz y a la fricción. La hiperpigmentación es un dato clínico importante para la orientación diagnóstica inicial; sin embargo, en los cuadros de inicio agudo por apoplejía suprarrenal suele estar ausente. (9,10).

Diagnóstico

La determinación de cortisol y ACTH por la mañana, a las 8:00 h, permite establecer el diagnóstico en la gran mayoría de los pacientes. Concentraciones de cortisol inferiores a 5 mg/dL y de ACTH superiores a 250 pg/mL confirman el diagnóstico. En pacientes que padecen un estrés importante, un cortisol inferior a 20 mg/dL supone una respuesta inadecuada y hace sospechar una insuficiencia suprarrenal. Si no es posible realizar una determinación fiable de ACTH, o si las concentraciones de cortisol y ACTH no resultan concluyentes, debe realizarse una prueba de estimulación con ACTH sintética por i.v. para confirmar la respuesta insuficiente del cortisol. La respuesta del cortisol normal excluye el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria (10,11).

Las concentraciones de aldosterona y DHA-S suelen ser bajas, y las de ARP y angiotensina II, elevadas. En el momento del diagnóstico, el 75% de los pacientes presentan alteraciones electrolíticas (hiponatremia o acidosis hiperpotasémica) (4,9-11).

Una vez realizado el diagnóstico, hay que establecer su etiología. El hallazgo de anticuerpos antisuprarrenales séricos, principalmente anti-21-hidroxilasa, establece el diagnóstico de suprarrenalitis autoinmunitaria, ya que sólo excepcionalmente, y de forma transitoria, se detectan en otros procesos suprarrenales (10).

Tratamiento

El tratamiento de la insuficiencia suprarrenal crónica se dirige a aportar la sustitución fisiológica de los esteroides. La sustitución de los glucocorticoides se consigue con la administración de 10-12 mg/m² de hidrocortisona diarios en una o tres dosis por vía oral, que intentan imitar la variación diurna fisiológica de las concentraciones de cortisol. Estas dosis deben individualizarse, sobre todo en sujetos con elevada superficie corporal, que requerirán dosis superiores. Estudios clínicos y farmacocinéticos con nuevos preparados de hidrocortisona con liberación dual (rápida/prolongada), que reproducen mejor el ritmo circadiano de cortisol, han demostrado resultados prometedores. (11).

Conclusiones:

En la insuficiencia suprarrenal primaria, se produce una falla en la producción de todas las hormonas esteroidales, a diferencia de la insuficiencia suprarrenal secundaria en que solo ocurre déficit de cortisol por la falta del estímulo de ACTH. Se presenta un caso que a pesar de debutar con manifestaciones clásicas de la enfermedad por la edad y sexo del paciente se desvía de las características epidemiológica típicas descrita por la literatura.

Referencias bibliográficas

1. Arlt Wiebke. Disorders of the Adrenal Cortex. En: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J, editors. Harrison's principles of internal medicine 19th ed. New York: McGraw-Hill; 2015.
2. Nieman Lynnette K. Corteza Suprarrenal. En: Goldman Lee, Schafer Andrew I, editors. Goldman-Cecil Medicine 25th ed. Philadelphia. Elsevier Saunders; 2016
3. Spiegel Allen M. Principios de Endocrinología. En: Goldman Lee, Schafer Andrew I, editors. Goldman-Cecil Medicine 25th ed. Philadelphia. Elsevier Saunders; 2016.
4. Jameson Larry J. Approach to the patient with Endocrine Disorders En: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J, editors. Harrison's principles of internal medicine 19th ed. New York: McGraw-Hill; 2015.
5. AW. Michels, GS. Eisenbarth. Immunologic Endocrine Disorders. J Allergy Clin Immunol. 2010 February ; 125(2): 226–S237.
6. E. Cirillo, M. Salerno, C. Pignata. Genetic Basis of Altered Central Tolerance and Autoimmune Diseases: A Lesson from AIRE Mutations. International Reviews of Immunology. 2012; 31:344–362.
7. Betterle C, Dal Pra C, Mantero F, et al. Autoimmune adrenal insufficiency and autoimmune polyendocrine syndromes: autoantibodies, autoantigens, and their applicability in diagnosis and disease prediction. Endocr Rev 2002; 23:327–364.
8. GJ. Kahaly. Polyglandular Autoimmune Syndrome Type II. Presse Medicale. 2012; 41: 663-670.
9. Jabbour SA. Cutaneous manifestations of endocrine disorders: a guide for dermatologists. Am J Clin Dermatol. 2003;4(5):315-31.
10. MS. Anderson. Update in Endocrine Autoimmunity. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93:3663-3670.
11. Letelier Maria Carolina B. Síndromes Endocrinos Autoinmunes: Cuando Sospechar y Estudiar un Síndrome Poliglandular. Med Clin. 2013; 24(5): 784-789.

Anexos

Anexo 1

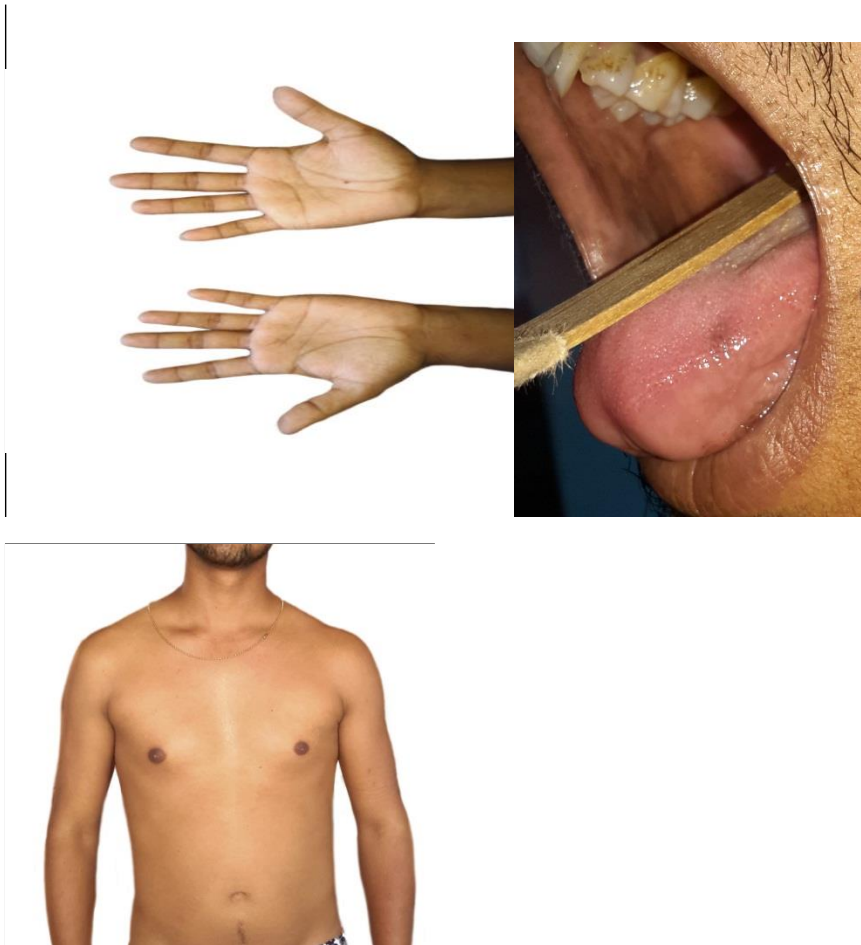


Imagen 1: Hiperpigmentación de palmas de las manos, mucosa oral y torso, más acentuado en las areolas.

Anexo 2

Resultados de hemoquímica y serologías del ingreso:

Examen	Resultado
Hemoglobina	106
Hto	0.34
VSG	5
Leucocitos	7×10^9
Diferencial	Seg 0.60

	Linf 0.23 Eos 0.7
Glicemia	5,7
Acido úrico	260
Urea	2.48
Creatinina	66
TGP	14
TGO	17
FA	144
LDH	281
GGT	12
TAG	0.26
Colesterol	1.93
Na	<u>123</u>
K	3,5
Proteínas totales	57
Proteínas fraccionadas	S 39 G 18
Serología VIH	Negativa
Inmunoglobulinas	Pendientes

Anexo 3

Resultados de estudios imagenológicos

Rx de Tórax: Sin alteración, no imagen sugestiva de Tuberculosis

Ecografía abdominal: Sin alteración, no se visualizan calcificaciones en suprarrenales.

Tomografía Axial Computarizada de Abdomen Simple y Contrastada: No imagen sugestiva de tumor en cavidad abdominal, no alteración estructural de suprarrenales.

INTEGRACIÓN DEL PSICÓLOGO A LA INICIATIVA CULTURA JURÍDICA EN CLAVE DE GÉNERO. CIENFUEGOS. 2017-2018

Autoras:

MSc. Marianela Fonseca Fernández, nela@gal.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Master en Psicología de la Salud

DraC. Laura López Angulo, psicologia6005@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Dra en Ciencias de la Salud

Lic. Yenisleidy Fundora Quintero, Policlínico Área IV, Licenciada en Psicología

Resumen:

La iniciativa “Cultura Jurídica en Clave de Género: **herramienta para la igualdad y la no violencia contra las mujeres**”, adquiere relevancia en términos de capacitación, educación, orientación y atención individual y grupal, canalización y análisis adecuado de casos de violencia contra las mujeres, propiciándoles las herramientas necesarias para enfrentar sus conflictos, y tramitarlos con las instituciones procedentes para su solución. Cienfuegos cuenta con antecedentes de un trabajo interdisciplinario entre los órganos jurídicos y los profesionales de la salud, con resultados de impacto, a esta iniciativa se integran otros profesionales como psicólogos y médicos legales que participan en la atención y ayuda a las mujeres. **Objetivo:** Mostrar la integración del psicólogo a la iniciativa Cultura jurídica en clave de género: herramienta para la igualdad y la no violencia contra las mujeres. Se realizó análisis documental de las investigaciones sobre el tema y bibliografía reciente y discusiones grupales en 4 sesiones para conformar la propuesta de se muestra en el presente trabajo. Se exponen las actividades de capacitación que desarrolla el psicólogo, los modos de actuación de los profesionales de la psicología para la atención y orientación de las mujeres que participantes en la iniciativa. **Conclusiones** Se muestra que la integración del psicólogo a la iniciativa permite sensibilizar y movilizar a los actores y gestores sociales para cogestionar el conjunto de acciones articuladas desde la capacitación y fortalece la atención individual a las mujeres víctimas de violencia que participan en la iniciativa favoreciendo su empoderamiento.

Palabras claves: violencia de género, intervenciones del psicólogo

Introducción:

El desarrollo de la iniciativa “Cultura jurídica en clave de género: herramienta para la igualdad y la no violencia contra las mujeres” está fundamentada en documentos estratégicos y de política que marcan el accionar nacional por la igualdad de género en Cuba ⁽¹⁾, normas jurídicas/ cuerpo legal protectoras de los derechos de todas y todas, y la existencia de un entramado institucional que legitima la prevención y atención a la no violencia contra las mujeres.

En la provincia de Cienfuegos recientemente han sido actualizadas de forma participativa sus líneas prioritarias para el desarrollo integral territorial, las cuales están siendo apoyadas por la Plataforma Articulada para el desarrollo integral territorial (PADIT) ⁽²⁾. Varias son las temáticas prioritarias identificadas y se consideran entre los enfoques transversales: la equidad e inclusión, la población, el género, el empoderamiento de las mujeres y la juventud.

Al mismo tiempo, Cienfuegos es un territorio destacado en el trabajo de la Unión de Juristas de Cuba (UNJC) y en particular en el Proyecto “Justicia en Clave de Género” desde su creación ⁽³⁾. Desde inicios de la década del 2000 viene desarrollando acciones multidisciplinares en el trabajo de prevención y

atención a la violencia de género e intrafamiliar. A pesar de la voluntad política y del conjunto de acciones integrales y efectivas diseñadas en materia de prevención, asistencia y recuperación; la situación real de la violencia de género está distante de lo deseado de allí la necesidad de sostener y perfeccionar el sistema de atención a las víctimas para garantizar su protección.

Según resultados obtenidos en la medición del Proyecto Conjunto de acciones para reducir multisectoriales para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles (CARMEN) en el municipio Cienfuegos, 7 de cada 10 mujeres reportaron haber sufrido violencia psicológica por parte de su pareja y 6 de cada 10, refirieron violencia física. También se recogió el predominio de la violencia cruzada sobre la unidireccional. ⁽⁴⁾

En los últimos 16 años han fallecido, como consecuencia de la violencia, aproximadamente 70 mujeres en la provincia Cienfuegos, estas muertes han ocurrido en edades productivas de la vida, lo que convierte a la violencia en una de las primeras causas de años de vida potencialmente perdida y de años vividos con discapacidad. Anualmente ocurren más de 2000 separaciones legales, más de la mitad de las mujeres que denunciaron el delito del maltrato convivieron bajo relaciones abusivas por 10 años o más, la frecuencia del maltrato es de alrededor de una vez por mes. En el municipio Cienfuegos, los delitos de violencia denunciados ocurrieron, en el 90% de los casos, dentro del domicilio de las víctimas, por lo que repercute en la esfera familiar. ⁽⁴⁾

Esta violencia se produce, además, en un contexto de baja percepción y visibilidad del problema; la comunidad naturaliza, legitima e invisibiliza la violencia. Se invisibiliza porque se le resta importancia se le considera algo habitual, que siempre ha existido y, por ende, se normaliza. Se justifica porque se le relaciona con eventos coyunturales en su presentación y se naturaliza porque se minimiza su gravedad, porque se asumen actitudes sexistas acompañados de mitos y estereotipos androgénicos. La relación de la Unión de Juristas de Cienfuegos con la Salud Pública provincial y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) se fortalece a partir del inicio del siglo con la implementación de un Proyecto a nivel local desde el sistema de Salud a partir de sus tareas prioritarias: la intersectorialidad, la transdisciplinariedad y la participación comunitaria. Con los propósitos de contribuir a la reducción de la violencia hacia la mujer por su pareja desde la perspectiva de género. La articulación entre los sectores facilitó la ejecución de un conjunto de acciones desde los niveles preventivos, asistenciales y recuperativos, aproximadamente durante 10 años ⁽⁵⁾.

El Proyecto incluyó el diseño, planificación, ejecución y evaluación de veinticinco acciones, de ellas ocho dirigidas a la Información, Comunicación y Educación, seis de capacitación y once en la asistencia, acompañamiento, asesoría jurídica y ayuda psicológica a las mujeres maltratadas por su pareja.

La metodología empleada en este proyecto demostró ser acertada, viable y practicable para diseñar, llevar a la práctica y evaluar un conjunto de acciones articuladas, integrales y sistemáticas que facilitaron la sensibilización, concientización, movilización y negociación en el manejo de esta situación, del municipio de Cienfuegos, basadas en conceptos aplicables a nuestra realidad. La implementación de las acciones en tres ámbitos de actuación modificó positivamente ⁽⁵⁾.

- La información-comunicación-educación a través de la elaboración y socialización de materiales educativos en diferentes formatos con responsabilidades compartidas entre diferentes sectores y de una Guía metodológica para ofrecer una Primera Ayuda, Consejería y un Sistema de Influencia Psicológica para asistir a las mujeres maltratadas. La confección de plegables por parte de la Fiscalía y del departamento de Promoción para la Salud y la transmisión de spots, documentales y programas radiales y televisivos. La elaboración de dos documentales “Con el rostro oculto”, y en la modalidad de Testimonio "Con las alas cortadas”.
- En el campo de la capacitación, se impartieron talleres, conferencias, encuentros a profesionales de diferentes disciplinas y a la población en general.
- La capacitación proporcionó un cambio de mirada del problema en los diferentes gestores y actores sociales de la localidad abriendo las puertas en los sectores para mejorar el manejo desde la interdisciplinariedad y la participación ciudadana.

Como parte de dicho proyecto se realizaba una consulta a las mujeres que acudían al Departamento de Medicina Legal o la Policía a denunciar delitos de maltrato por parte de su pareja, todos los casos eran atendidos por psicólogos y médicos, sin embargo no todos recibían asesoría y orientación jurídica.⁽⁶⁾

Destacable durante la implementación del proyecto fue el traslado de la consulta de Medicina legal desde el Hospital Provincial hasta un centro dedicado a la promoción de salud donde se crearon condiciones estructurales que propiciaban un ambiente de privacidad, calidez y confort, allí también se ubicó el lugar donde la Policía recibía a las mujeres víctimas de violencia de pareja que realizaban acusación.⁽⁶⁾

Para el desarrollo de esta consulta se creó el folleto Modalidades de ayuda psicológica⁽⁷⁾ para las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Estas acciones diseñadas e implementadas no han sido suficientemente sostenidas y aún existen necesidades de aprendizaje y de documentos que orienten el quehacer, igualmente existe una insuficiente preparación de los profesionales para abordarlo; falta de cultura jurídica; y la persistencia de representaciones socioculturales que naturalizan la violencia y dificultan su identificación y registro.

Entre los desafíos identificados durante la Tercera Evaluación del Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing⁽⁸⁾ aparece la necesidad de perfeccionar los sistemas de atención a las víctimas, el fortalecimiento de las capacidades de aplicación de la ley con enfoque de género y la insuficiente divulgación de los derechos de las mujeres, así como de los mecanismos legales e institucionales existentes para garantizar su protección en caso de violencia.

Hoy, muchas mujeres sufren malos tratos y son víctimas de manifestaciones de violencia en sus diversas formas, sin que en no pocas ocasiones lo perciban, o sabiéndolo permanecen desorientadas, sin saber qué hacer, a dónde o a quién acudir, ni cómo poner fin a sus conflictos y a las discriminaciones que reciben.

De ahí la necesidad de sostener y perfeccionar el sistema de capacitación y cultura jurídica desde una perspectiva de género y un enfoque multidisciplinario con el objetivo de lograr más efectividad en la atención a las víctimas para garantizar su protección. La iniciativa “Cultura Jurídica en Clave de Género: ...”, en su más amplia concepción, adquiere significativa relevancia en

términos de capacitación, educación, orientación y atención individual y grupal, así como la canalización y análisis adecuado de casos de violencia contra las mujeres, propiciándoles las herramientas necesarias para enfrentar sus conflictos, así como tramitarlos con las instituciones procedentes para su solución. Teniendo en cuenta que Cienfuegos cuenta con antecedentes de un trabajo interdisciplinario entre los órganos jurídicos y los profesionales de la salud, que ha tenido resultados de impacto en las áreas de la capacitación, comunicación divulgación y atención a las mujeres víctimas de violencia, a esta iniciativa se integran otros profesionales como psicólogos y médicos legales que participan en la atención y ayuda a las mujeres.

Objetivo: Mostrar la integración del psicólogo a la iniciativa Cultura jurídica en clave de género: herramienta para la igualdad y la no violencia contra las mujeres.

Desarrollo:

Método: Análisis documental de las investigaciones y se realizaron cuatro sesiones de trabajo grupal en el periodo de septiembre de 2017 a febrero de 2018.

La iniciativa "Cultura Jurídica en Clave de Género: ..." tiene su sede en la Casa Social de la UNJC, que cuenta con las condiciones estructurales adecuadas, que favorecen se establezca una relación adecuada entre los profesionales actuantes y las mujeres que acuden a ella. Estas mujeres pueden asistir espontáneamente, buscando orientación y asesoría, o se enviadas por la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia, centros de salud, Policía Nacional Revolucionaria, Fiscalía, Bufetes Colectivos y otros actores sociales de la comunidad.

La inserción del psicólogo en esta iniciativa se dirige a la capacitación sistemática de profesionales y otros actores sociales sobre los aspectos socio-psicológicos de la violencia hacia la mujer; a la atención y orientación de las mujeres para dotarlas de las herramientas psicológicas necesarias para identificar y responder adecuadamente a la violencia y a la investigación de los factores personalógicos y relacionales que influyen en la situación de violencia, la efectividad de las acciones realizadas y la satisfacción de las mujeres que participan en la iniciativa.

En el ámbito de la capacitación se han realizado actividades de fortalecimiento de capacidades/intercambio técnico vinculados al diseño de la iniciativa y sus metodologías:

- ✓ III Taller de Construcción participativa de la Metodología. Discusión de borrador técnico de la metodología.
- ✓ Encuentro de Elaboración del primer borrador técnico sobre la metodología (Ruta crítica para el desarrollo de la iniciativa "Cultura jurídica en clave de género...").
- ✓ IV Taller de Construcción participativa de la Metodología de la iniciativa

Actividades formativas de capacitación:

- ✓ II Coloquio Internacional "Solución de Conflictos, Género y Diversidad".
- ✓ Curso de Postgrado para jueces "Género, derecho y prevención de la violencia"
- ✓ Taller de Capacitación a miembros del Gabinete de Orientación Jurídica y profesionales del sector jurídico sobre prevención a la violencia de género y contra la mujer en Cuba.

- ✓ Taller de Capacitación a actores comunitarios sobre prevención a la violencia de género y contra la mujer en Cuba.
- ✓ Simposio sobre la violencia en los diferentes contextos dirigida a los prestadores de los servicios de salud con la participación especial de especialistas de la OAR.

Actividades de concienciación de la población

- ✓ Taller de sensibilización sobre la violencia de género contra la mujer y las personas adultas mayores.
- ✓ Taller de sensibilización sobre la violencia de género hacia las niñas.

En el ámbito de la atención y orientación se diseñaron un conjunto de acciones que se detallan a continuación:

Una vez que la mujer llega a la sede de la iniciativa, se recibe por el equipo integrado por psicólogo y jurista.

Momento 1

Búsqueda de signos clave físicos y/o psicológicos sobre una posible situación de violencia mediante la observación.

Aspectos físicos

- ¿Necesita atención médica?
- ¿Presenta heridas, lesiones o moretones visibles?

Aspectos emocionales, de actitud

- ¿Cómo es su postura y movimientos?
- ¿Se nota tímida o insegura?
- ¿Es capaz de mantener una conversación “coherente”?
- ¿Se muestra temerosa?
- ¿Cómo es su tono de voz?
- ¿Necesita reponerse emocionalmente?
- ¿Se nota ansiosa o nerviosa?
- ¿Se nota triste o que lloró?
- ¿Se nota descuido en su físico o imagen?

Momento 2 Preparación para la entrevista

- Asegurarse de que la mujer se sienta cómoda y segura y en total privacidad en el espacio en donde va a ser entrevistada. Es fundamental dejar ver, tanto con el lenguaje verbal como el no verbal, que la mujer víctima de violencia puede confiar en quien la está atendiendo.
- Tener en cuenta que tanto psicólogo(a) como jurista deben generar ambientes que inviten a la conversación:
 - ✓ Sentarse de tal modo que puedan verse unas a otras.
 - ✓ Que la posición de la silla sugiera imparcialidad.
 - ✓ Que no haya una distinción pronunciada entre las sillas los profesionales y las que ofrezca a las mujeres

Esto para generar un ambiente amigable y no de superioridad por parte de quien entrevista.

- **Prever la duración de la entrevista**

Se considera que un rango de tiempo adecuado podría ser de 45 a 90 minutos. Cuanto más tiempo sea posible invertir en la entrevista, según las necesidades, mayores posibilidades existirán de obtener información completa y precisa sin re-victimizar a persona.

- **Iniciar la entrevista**

Se recomienda que la presentación se lleve a cabo de manera clara y sencilla, explicando el cargo del entrevistador/a y rol que desempeña en la oficina

consular y evitando en la medida de lo posible los tecnicismos. Se debe especificar de entrada la confidencialidad de la entrevista. Establecer la conversación de manera respetuosa y amable, con actitud de escucha activa, de manera que la mujer se comprendida y acompañada.

Para generar confianza en la conversación se deben abandonar posturas estereotipadas y apreciar la información que aportan las mujeres más que nuestro conocimiento acerca del tema. Es importante confiar y creer en ellas, mantener una postura abierta de manera que no sientan vergüenza al compartir sus historias.

- Realizar acuerdo acerca de:
 - ✓ Tiempo aproximado de duración de la entrevista
 - ✓ Los tópicos a tratar.
 - ✓ Su consentimiento para registrar los datos y la información obtenidos durante la entrevista en el modelo correspondiente.

Se recogerán los siguientes datos:

- Nombre, edad, vínculo laboral, nivel de escolaridad, procedencia, convivencia, hábitos tóxicos, enfermedades que padece, forma de entrada.

Momento 3 Desarrollo de la entrevista

Comenzar explicando a la mujer que se trata temas complicados y que es el espacio apropiado para hablar de ello, no obstante si hay alguna información que no desee compartir está en su derecho hacerlo.

No se trata de un interrogatorio, sino de una conversación que es conducida de modo que permita obtener información necesaria para asesorar, orientar o ayudar a las mujeres que acudan.

Se pregunta acerca de:

- ✓ Motivo por el cual acude
- ✓ Características del evento (frecuencia, antecedentes, duración, desencadenantes)
- ✓ Tiempo bajo la situación de maltrato que lleva ella.
- ✓ Fase del ciclo de la violencia en que se encuentra.
- ✓ Detectar los signos de alarma que son: cuando el agresor profiere amenazas de muerte al ser denunciado por la víctima, si el agresor ingiere alcohol con frecuencia, si tiende a ser agresivo, colérico, con otros familiares incluyendo a sus hijos y haber tenido antecedentes de riñas. La declaración de la mujer de temer por su vida, haberle infligido violencia desde el embarazo, haberla violentado fuera del domicilio, que el ciclo de la violencia se ha intensificado, reducido en el tiempo y se presenta con mayor frecuencia, la acosa, le dice que no puede vivir sin ella. La presentación de tres factores aumenta el riesgo de homicidio.
- ✓ Percepción personal acerca de su situación de violencia.
- ✓ Presencia de alteraciones emocionales relacionadas con la violencia (ansiedad, depresión, ira, estrés, desamparo, miedo, trastornos de los hábitos, disminución de la autoestima).
- ✓ Identificar si la mujer se encuentra en una situación de crisis, caracterizada por intensas emociones negativas, sentimientos de desamparo, confusión, vergüenza, culpa e ineficacia. Sufre un desequilibrio funcional que limita su autodominio, autodeterminación, su capacidad de enfrentamiento y de dar respuestas exitosas, posee distorsiones perceptivas y de pensamientos

polarizados, “visión catastrófica”, de “sobre-generalización” acerca de la situación de violencia que vive.

Si la mujer presenta síntomas y signos de afectación en alguno de los niveles cognitivo, afectivo-motivacional o comportamental se decidirá realizar primera ayuda psicológica la cual tiene tres sub-objetivos que orientan la actividad: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y proporcionar enlaces a recursos de ayuda.

Primera Ayuda psicológica. ⁽⁸⁾

Primer paso: Hacer contacto psicológico:

- Tener en cuenta las particularidades de la situación emocional, en la que predominan el desamparo, transmitir protección y seguridad, sin interferencias ni interrupciones.
- Sensibilidad ante las emociones. Proporcionar empatía para lograr la comprensión que facilite la recogida de información.
- Aceptarla, pues la aceptación proporcionará calma y disminución de la angustia.
- Creerle. No desconfíe de la veracidad del relato. Aceptar su experiencia, mostrando una actitud de confianza, sin presionar y animarla a hablar.
- Escuchar sin juzgarla ni emitir apreciaciones personales.
- Prestar mucha atención al relato doloroso de quien busca ayuda. Si la persona habla poco, se le debe hacer saber pues el silencio y el abandono agravan el problema.
- Respetar la confidencialidad de la entrevista.
- Resguardar la privacidad de la persona y distanciarse de la situación planteada.
- Transmitir el mensaje de que puede ayudarla, que está a su disposición y animarla a recibir ayuda.
- No hacerla esperar.

Segundo paso: Evaluar la dimensión del problema.

- Facilitar la descarga emocional.
- Indagar sobre el tipo de violencia, puesto que la seguridad y la protección de la vida de la víctima tienen la primera prioridad.
- Trabaje con el eje decisión/motivación. Complementar la información obtenida durante el primer encuentro, de conjunto con el jurista, con vistas a identificar fase del ciclo de la violencia, número de episodios, reacciones, vivencias, recaídas, negaciones, justificaciones.
- Evitar la revictimización
- Conduzca a la víctima a que evalúe los riesgos a que está sometida. Las consecuencias de situaciones anteriores y las actuales.
- Explorar los sucesos precipitantes para confrontar, si están presentes sentimientos de culpabilidad.
- Invitarla a hablar sobre su valoración del fenómeno con el fin de estimar el significado que para ella tiene convivir en esa situación. Si la minimiza, si cree en el cambio; si idealiza su rol de madre y cómo piensa que será su futuro inmediato.
- Explorar su red de apoyo familiar, laboral, comunitario y social en general, puesto que la percepción y recepción de los apoyos en estas mujeres está disminuida.

Tercer paso: Examinar las soluciones posibles.

- Priorizar las necesidades que deben ser atendidas de inmediato sobre aquellas que puedan ser pospuestas.
- Identificar, validar y enfocar los peligros a los que la víctima se está enfrentando para que usted pueda conectarla con personas que puedan eliminar esos peligros, ayudándola a crear un sistema de apoyo. Así ella podrá concentrarse en todo lo demás.
- Brindar referencias efectivas.
- No dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente, ni tratar el problema como un simple conflicto de pareja.
- No ofrecer falsas esperanzas ni falsas expectativas.
- Hacerle comprender que su fracaso no es totalmente su culpa, para que adquiera la capacidad de autonomía.
- Ofrecer mensajes positivos que señalen su capacidad de logros.
- Examinar las estrategias anteriores que ella ha utilizado para enfrentar el suceso, con el objetivo de potenciar sus recursos, sin dejar de respetar sus decisiones. Si las estrategias han sido de sobrevivencia, decirle que la mejor estrategia para liberarse de la violencia es la opuesta a la que ella ha asumido. Si ella considera que él va a cambiar, hacerle saber que una persona violenta está más dispuesta a usar violencia a fin de recuperar el control.
- Reforzarle la idea de que ella tiene que construirse su marco de protección.
- Si ella considera que no hay manera de romper con las relaciones abusivas, hacerle saber que puede liberarse cuando descubra sus propias fuerzas y se valga de los recursos de apoyo existentes.
- Si ella considera que con el tiempo el problema se solucionará, señalarle que mientras más pase el tiempo, mayor será la exposición a mayores maltratos y menores las posibilidades de recuperación.
- Si ella expresa que la violencia consiste en incidentes derivados del alcohol o en una pérdida momentánea del control, apuntar que las personas violentas son selectivas en el ejercicio de la violencia, lo que demuestra que son capaces de controlarse en otras situaciones.
- Explicarle que tomar la decisión de no recibir más malos tratos exige hacer acopio de todas sus fortalezas.
- Examinar si sus posibles soluciones están matizadas por la legitimización, los estereotipos culturales y la naturalización de la violencia, lo que origina una reducción en su capacidad de reacción y de búsqueda de alternativas eficientes.
- Desmitificar y hacer visible lo real de la violencia de pareja facilitará la normalización de su vida y su recuperación psicológica.
- Proporcionarle una lista de recursos y organizar de conjunto las prioridades más urgentes y emergentes relacionadas con su derecho a no ser atropellada.

Cuarto paso: Ayuda para la acción concreta:

- Estabilizar el malestar psicológico y propiciar los cambios en las cogniciones.
- Darle tiempo para que decida y especifique, de forma clara y operativa, los aspectos necesarios para plantear objetivos a corto plazo.

- Asegurarse de que comprenda lo que puede hacer: que abandone la posición pasiva de víctima y se encamine a una posición transformadora, sin tener que actuar de acuerdo con las expectativas de los demás.
- Ayudarla a considerar que la situación de crisis puede estar acompañada de la oportunidad de crecer, de confiar en sí misma y de emprender acciones favorecedoras para el control de su vida.
- Estimularla a que se centre en las tareas de las que tiene que ocuparse.
- Persuadirla de que mientras más ensaye mentalmente el cambio, más capaz será de centrar sus energías cuando las necesite.
- Convencerla de que debe dar un paso a la vez y hacer que comprenda que con cada paso adelante podrá descubrir una vida sin violencia, que eso es posible; como también es posible que sus sueños se renueven.
- Reforzar en ella la idea de que para cambiar su realidad tendrá que vencer obstáculos, sin miedo ni sometimiento.

Según el caso se valora seguimiento o derivación a Centro de Salud Mental de su Área.

Si se realiza seguimiento será por los psicólogos del equipo con los siguientes objetivos:

- Un seguimiento programado a corto plazo va a impedir el agravamiento de la violencia.
- Se organiza en función de sus deseos, posibilidades y autonomía.
- Evaluar las actividades que ella ha cumplimentado, según las metas previstas y los objetivos a realizar.
- Elogiar los comportamientos positivos asumidos y fortalecer la autoestima y la capacidad de emprender acciones de rechazo a la violencia, que le permitan controlar su vida.
- Potenciar su búsqueda de alternativas para activar los recursos personales y las conductas asertivas.

Se realizarán tantas sesiones de seguimiento como lo requiera la mujer.

Se deriva al Centro de Salud mental del Área cuando se identifiquen alteraciones emocionales que requieren manejo psicofarmacológico.

En el ámbito de la investigación el psicólogo(a) trabajará en la elaboración y validación de instrumentos para medir diferentes aspectos relacionados con la violencia; en el mejoramiento de su actuar a partir de la evaluación de la efectividad de la intervención y de los niveles de satisfacción de los participantes en la iniciativa.

Conclusiones:

Se muestra que la integración del psicólogo a la iniciativa Cultura jurídica en clave de género: herramienta para la igualdad y la no violencia contra las mujeres permite sensibilizar y movilizar a los actores y gestores sociales para coger el conjunto de acciones articuladas desde la capacitación y fortalece la atención individual a las mujeres víctimas de violencia que participan en la iniciativa favoreciendo su empoderamiento.

Referencias Bibliográficas:

1. Partido Comunista de Cuba. Actualización de los lineamientos sobre política económica y social. VII Congreso del PCC. La Habana: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado
2. PADIT. Resultados y sinergias. V FORO URBANO NACIONAL enero 2018. [citado 19 de abril de 2018]. Disponible en [http://www.ipf.cu/sites/default/files/habitat/PADIT V FUN 11 01 17](http://www.ipf.cu/sites/default/files/habitat/PADIT_V_FUN_11_01_17)
3. PNUD Cuba. Lentes de Género. Justicia en clave de género. Garantía de igualdad entre hombres y mujeres en Cuba. 2013 [citado 19 de abril de 2018]. Disponible en <http://www.cu.undp.org/content/dam/cuba/docs/G%C3%A9nero/Ficha%20%20Justicia%20en%20Clave%20de%20Género.pdf>.
4. López-Angulo L, Fundora-Quintero Y, Valladares-González A, Ramos-Rangel Y, Blanco-Fleites Y. Prevalencia de la violencia física y psicológica en relaciones de pareja heterosexuales. Revista Finlay [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 Abr 19]; 5(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/371>
5. López Angulo LM. **Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral.** [Tesis Doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. 2011.
6. López-Angulo L, Muñoz-Alcuria A, González-Dueñas Y. Resultados de la consulta multidisciplinaria de protección a las mujeres que denuncian la violencia íntima. Cienfuegos, 2010. Rev Electr MEDISUR. [Seriado en Internet]. 2013 [citado 2018 Abr 19]; 11(6): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v11n6/ms02611.pdf>
7. UNFPA. Lopez Angulo L. Modalidades de ayuda a las mujeres víctimas de violencia de pareja. [Folleto]. Cienfuegos. 2013
8. Sistema de Naciones Unidas en Cuba. Cuba actualiza su plan de seguimiento a la Cumbre de Beijing. 2013 [citado 19 de abril de 2018]. Disponible en <http://onu.org.cu/news/4a16ef92c93311e2bf0a3860774f33>.
9. López Angulo L. Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia. Rev Electr MEDISUR. [Seriado en Internet]. 2009 [citado 11 noviembre 2009]; 7(5): [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/805/5483>

Bibliografía consultada

1. Rodríguez Manzo, Graciela. .Protocolo de atención consular para personas víctimas de violencia basada en el género. [citado 19 de abril de 2018]. 1a. ed. -- México: Secretaría de Relaciones Exteriores, Dirección General de Protección a Mexicanos en el Exterior, 2017. **Disponible en** <http://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/01/protocolo-atencion>
2. ONU Mujeres. México. Caja de herramientas. Protocolo de atención consular para personas víctimas de violencia basada en el género. 2016. [citado 19 de abril de 2018]. **Disponible en** <http://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/01/protocolo-atencion--caja-herramientas>.

INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES FEMENINAS DEL MUNICIPIO DE ABREUS. 2018

Autores:

Calzada Urquiola Yanara ¹; Hernández Muñoz Mariolis ²; Alzuri Falcato Mario I ³; Hernández Muñoz Niusha⁴; González Rivero Yenisleidys⁴; Vidal Escalona Yurisandra⁴

¹ ourquiola@ucf.edu.cu; Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cuba; ² Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cuba. Máster en Atención Integral a la mujer; ³ marioaf@jagua.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cuba. Máster en Psicología de la salud; ⁴ Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cuba. Máster en Psicología de la salud.

RESUMEN

La conducta suicida en la adolescencia se ha constituido como foco de estudios científicos, por el aumento de su incidencia a nivel nacional y mundial. Se realizó un estudio con el objetivo de caracterizar a las adolescentes que asumieron un intento suicida perteneciente al municipio Abreus desde un enfoque de género. Se ejecutó un estudio descriptivo, con una muestra constituida por 19 adolescentes que presentaron dicha conducta.

En esta se concluyó que el grupo etario más significativo entre las adolescentes que realizaron el intento suicida es el de 14-16 años con un total de 11 casos, con un nivel de escolaridad medio y con poca prevalencia de los antecedentes de intento suicida previo personal o familiar. La ingestión de psicofármacos fue el método más frecuentemente empleado, muy relacionado con los factores desencadenantes dentro de los que se encuentran los familiares y de pareja. La inmadurez, el pobre control de impulsos y la baja tolerancia a las frustraciones fueron las manifestaciones psicopatológicas que con mayor frecuencia se presentaron.

Palabras claves: adolescencia, riesgo suicida

INTRODUCCIÓN

En diferentes regiones del mundo durante las últimas décadas se ha observado un incremento de la conducta suicida en la adolescencia, donde Cuba no ha sido la excepción, por lo que esto amerita ser tenido en cuenta por los que día a día se dedican a la atención a ese grupo poblacional.

La adolescencia es entendida como "el periodo de transición entre la niñez y la madurez". En este periodo se producen importantes cambios físicos y psíquicos hasta que se alcanza la madurez sexual y cognitiva. Se caracteriza por un aumento de la autonomía, y de las relaciones sociales que perfilan la personalidad del individuo. ^(1,2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la adolescencia se extiende entre los 10 y 20 años de edad; estimándose que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente. ⁽³⁾

Durante esta etapa ocurre un aumento progresivo en la capacidad y el modo de pensar de los adolescentes, que ensancha la conciencia, la imaginación, el juicio y el discernimiento. Estas habilidades llevan a una rápida acumulación de conocimiento que abre un abanico de temas que enriquecen su mundo y a su vez, problemas que lo complican como lo constituye la conducta suicida. ⁽⁴⁾

La conducta suicida en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas décadas, así lo reportan las estadísticas internacionales, lo cual provoca gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales. ⁽⁵⁾

El intento suicida o parasuicidio es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. La Organización Mundial de la Salud estima que por lo menos 1 100 personas se suicidan y ocurren de 10-15 intentos suicidas por cada suicidio siendo el grupo etéreo más afectado es el de 15 a 24. ⁽⁶⁾

Los datos mencionados anteriormente no tienen igual distribución en la población general, ya que ciertas características sociodemográficas influyen de manera decisiva. En primer lugar, la edad resulta un marcador demográfico importante del riesgo de suicidio. En general el riesgo aumenta con la edad; aunque en algunos países el período de mayor riesgo es el rango de 15 a 24 años. El segundo aspecto determinante del riesgo de suicidio es el género. Las diferencias de género en las conductas vinculadas con el suicidio son una tendencia ya consolidada mundialmente, con algunas variaciones culturales. Se estima que, en promedio, cometen suicidio 4 hombres por cada mujer; mientras que lo intentan 4 mujeres por cada hombre. Esta reciprocidad se mantiene en todos los grupos etéreos. El factor más influyente que explica en parte el por qué de la diferencia en mortalidad por actos suicidas es el método utilizado por hombres y mujeres, y en la elección de éste intervienen factores de diversa índole que están parcialmente relacionados con características propias de cada género. ⁽⁷⁾

Esta conducta se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados. ⁽⁸⁾

Se debe considerar el acto de autodestrucción en la adolescencia como un punto en el *continuum* de los problemas conductuales y la necesidad de establecer diferencias entre los estresores crónicos de sus vidas (disfunción familiar, los fracasos escolares y el consumo de alcohol o drogas, etc.) y los estresores agudos (peleas entre amigos, conflictos amorosos, reprimendas de los padres, etc.) que pueden precipitar la conducta suicida. ⁽⁹⁾

Para ello, y ante los progresos actuales en la atención primaria han hecho posible la creación de un Programa Nacional de Prevención y Seguimiento de la conducta suicida, pues en los años 80 las tasas de mortalidad mostraban niveles superiores a 20 por 100000 habitantes. A partir de 1996 se produjo una reducción en las tasa de mortalidad, para el año 2002 pasó a ser la 4ta causa de muerte en edades de

15 a 49 años y ya para el año 2013 se convirtió en la 4ta causa para la población general, observándose un ligero incremento en las tasa de intentos suicidas entre 10 y 14 años, según datos reflejados en el anuario estadístico del 2017 del Ministerio de Salud Pública ^(10, 11)

En la provincia de Cienfuegos, el suicidio ocupó la décima causa de muerte con una tasa de 12.6 x 100.000 habitantes en el año 2017, situándose muy cerca de la media nacional (13.9 x 100.000 habitantes). En la adolescencia tiene tendencia descendente, no así el intento de suicidio, pues en el año 2017 hubo un total de 228 adolescentes con esta conducta, de ellos, más del 70% fueron adolescentes femeninas lo que constituye un problema fundamental de salud mental en esta etapa. ⁽¹¹⁾

Específicamente, en el municipio de Abreus la conducta suicida en adolescentes constituye un problema de salud, donde, el número de adolescentes con intento suicida, en el año 2016 fue de 16, mientras que en el 2017 aumenta esta cifra a 21, de ellos, 19 fueron pertenecientes al sexo femenino, según los informes estadísticos del municipio.

Con todo ello, y teniendo en cuenta que las mujeres adolescentes son las que con mayor frecuencia adoptan este tipo de conducta en el municipio, se considera pertinente analizar cómo ha sido el comportamiento del intento suicida en el municipio, para a partir de ahí, poder trazar estrategias de trabajo encaminadas al control de los factores de riesgo, modificar actitudes en los adolescentes, así como lograr la disminución de síntomas asociados a esta conducta.

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar clínica y epidemiológicamente el intento suicida en adolescentes mujeres en el área de salud Abreus durante el año 2017.

RESULTADOS

En la *Tabla #1* se distribuyen los adolescentes con conducta suicida según grupos etáreos y sexo, donde se pudo constatar un predominio del grupo entre los 14 y 16 años, con 1 casos para el 52.4% del total, siendo en el sexo femenino evidentemente el que predominó, representando el 90.5% de los adolescentes que asumieron dicha conducta.

Teniendo en cuenta que para la presente investigación se llevará a cabo un estudio de la conducta suicida en adolescentes femeninas, a partir de este punto, solo se tomarán en cuenta las 19 adolescentes que asumieron la conducta suicida en el área de salud de Abreus.

La distribución de las adolescentes según el nivel de escolaridad quedó reflejada en la *Tabla #2*, donde el comportamiento es el siguiente: existe un predominio de las adolescentes con nivel de escolaridad medio (secundaria básica) para un 57.9% del total, mientras que los niveles primario y preuniversitario tuvieron un comportamiento similar con 1 caso en cada uno para un 5.3% respectivamente.

Los métodos empleados para el intento suicida quedan plasmados en la *Tabla # 3*, donde, la ingestión de fármacos, fue la forma más frecuentemente utilizada, para realizar el intento suicida, con un 90.9% (16 pacientes), seguido por la disección de venas con 2 casos presentados durante el período estudiado.

En la *Tabla #4* se observa la distribución de las adolescentes con conducta suicida según el factor precipitante, donde, se pudo constatar un predominio de las adolescentes que presentaron un intento suicida debido a un conflicto familiar para un 52.6% del total, seguidos por los que asumieron esta conducta por un conflicto de pareja representado por 7 adolescentes (36.8%).

Al comprobar los antecedentes patológicos personales de los adolescentes se encontró que el 21.1% de los adolescentes poseían antecedentes de intento suicida, mientras que el 78.9% no había realizado ningún acto de este tipo con anterioridad (*Tabla 5*).

Del mismo modo, se analizan los antecedentes patológicos familiares de intento suicida, encontrando predominio en el grupo que no poseen antecedentes familiares de intento suicida para un 73.7%. Por otro lado, 5 adolescentes (26.3%) poseen un familiar que ha realizado un intento suicida con anterioridad.

Cuando analizan las principales manifestaciones psicopatológicas presentadas por las adolescentes (*Tabla 6*) los resultados arrojaron que la inmadurez ocupó el 1er lugar con 15 casos, representando el 78.9% del universo de adolescentes; esta es seguida por el pobre control de impulsos y la baja tolerancia a las frustraciones para un 68.4% y 47.4% respectivamente.

DISCUSIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el orbe se suicidan alrededor de 1 110 personas diariamente y cientos de miles intentan hacerlo cada día. Notorio resulta entonces que en tales conductas se vean involucrados los adolescentes. ⁽¹²⁾

Se evidenció en la investigación que el grupo de edad comprendido entre 14-16 años aportó la mayor cantidad de pacientes. Este dato coincide con lo revisado en la literatura, es este grupo etéreo donde mayor número de intentos suicidas se reportan, por ser la etapa de la adolescencia donde se desarrollan toda una serie de cambios antes de entrar en la adultez. ^(13, 14)

Se puede observar que el sexo femenino predominó en el grupo de pacientes que realizaron intento suicida. Ello concuerda con los estudios efectuados en este medio nacional e internacionalmente, así como es congruente con la incidencia del fenómeno según género. ^(15, 16)

Algunos de ellos reportan que existe una frecuencia de intento suicida de dos a tres veces mayor en mujeres que en hombres, lo cual, se reitera tanto en adolescentes como adulto; aunque las probabilidades en éstos de un resultado mortal son mucho mayores. Ejemplo de ello lo constituye un estudio realizado en Chile, donde se plantea que el riesgo suicida y los intentos suicidas son más frecuentes entre niñas

y adolescentes de sexo femenino y el suicidio consumado es más común entre niños y adolescentes del sexo masculino; resultados estos coincidentes con los obtenidos en esta investigación. ⁽¹⁷⁾

En otros trabajos realizados en Cuba, se obtuvieron resultados similares a los alcanzados en esta investigación, como uno realizado en la provincia de Holguín en el año 2012 donde, se obtiene que la conducta suicida es más frecuente en adolescentes del sexo femenino con respecto al masculino, con una relación 9:1 respectivamente. ⁽¹⁸⁾

Sin embargo, en una investigación epidemiológica realizada en la Universidad Javeriana de Colombia, los resultados alcanzados, no coinciden con los de este trabajo. Es interesante observar cómo el riesgo suicida se equilibra en ambos sexos, encontrándose que el género no constituye una diferencia significativa, lo que coincide con los datos obtenidos del Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia. ⁽¹⁹⁾

Según Keith Hawton, los actos de daño autoinfligido en mujeres se vinculan con baja intencionalidad suicida o motivación no suicida. Aparentemente la función en mujeres de estas conductas sería para comunicar malestar subjetivo o para modificar conductas o reacciones de otras personas. ⁽²⁰⁾

La escolaridad que predominó fue la de secundaria terminada, lo cual, coincide con otros estudios realizados en nuestro país, en los que hay una mayor frecuencia de intentos de suicidio entre adolescentes con un nivel escolar de secundaria básica. ^(14, 16, 17)

Este comportamiento, puede estar relacionado, según el criterio de los autores, precisamente con la edad en que con mayor frecuencia se presenta este fenómeno en el municipio de Abreus, donde, el mayor porcentaje de las adolescentes que intentaron suicidarse se encuentran entre los 14 y 16 años, o sea, culminando la secundaria básica y se encuentran cursando otro nivel de enseñanza, eso si se tiene en cuenta la obligatoriedad de escolarización en Cuba hasta los 15 años (culminando la educación media).

Al analizar los métodos empleados se aprecia que la ingestión de tabletas fue el método más frecuentemente utilizado, para realizar el intento suicida. Resultados que coinciden con otras investigaciones realizadas acerca de la conducta suicida en adolescentes, por Acosta y Torres en La Habana. Considerando además se deba al predominio del sexo femenino en el presente trabajo, que por su condición de género utilizan con mayor frecuencia métodos menos invasivos, los cuales son capaces de dañar, intoxicar y producir determinadas alteraciones en el organismo pero no la muerte necesariamente. ^(21, 22)

Según la OPS, el método utilizado podría ser considerado como un factor ambiental que aumenta el riesgo de morir a causa de un comportamiento suicida. Es decir, el tipo de método determina, en última instancia, si el comportamiento suicida es mortal o no. Este factor explica la mayor tasa de éxito en los suicidios que cometen

los hombres ya que el tipo de método que suelen elegir es más activo y violento, como armas de fuego, ahorcamiento o caída desde lugares altos. Entre las mujeres es mucho más frecuente utilizar métodos más pasivos, tales como intoxicación o ingesta de sustancias, tanto líquidas y sólidas; a razón de 5:1. (7)

Las diferencias de género en la elección de métodos de suicidio también dependen, según la literatura consultada, de creencias culturales respecto a ciertas expectativas de género sobre conductas autodestructivas. Si el suicidio consumado es visto como una conducta masculina, entonces una tentativa de suicidio no encaja con el rol adjudicado a un hombre. Siguiendo esta lógica, los hombres suicidas elegirían métodos más violentos para así ser “exitosos” en la acción. Asimismo, en las investigaciones en Gran Bretaña, donde es bien sabido que los hombres tienden a utilizar métodos violentos, tanto en comportamiento suicida mortal como no mortal o daño autoinfligido. Los factores intervinientes que este autor cita son: mayor intencionalidad subyacente, agresividad intrínseca al género, conocimiento y accesibilidad acerca de los medios, y menor preocupación respecto a consecuencias estéticas de su acto, podrían explicar en parte la razón de la diferencia en la elección de medios utilizados. (16, 20)

Como factores desencadenantes de mayor importancia se destacaron, en orden descendente: los problemas relacionados con el ambiente familiar, conflictos de pareja y alteraciones o conflictos en el área escolar. Tanto nacional como internacionalmente se ha observado la precipitación del intento suicida asociada con problemas sentimentales, problemas entre y con los padres, futuro poco prometedor a su juicio, muerte de un ser querido, la depresión, adicciones, entre otros factores. (16, 20)

Al respecto, la literatura consultada señala el valor que tiene para el adolescente la relación de pareja y su familia, pero además el significado emocional de los conflictos en esas áreas (personal y familiar), y la escasez de recursos de afrontamiento de los jóvenes para solucionar conflictos a dicho nivel, coincidiendo los resultados del presente trabajo. (19,21).

Diferentes estudios realizados han demostrado que muchos de los pacientes tenían historial de intento suicida previos, resultados alarmantes que muestran el aprendizaje de dicha conducta; éstos datos no coinciden con los resultados obtenidos en el presente trabajo, donde, existe un predominio de los adolescentes que no han realizado intentos suicidas previos. (23)

De forma similar, en la literatura se observa la existencia de antecedentes patológicos de intento suicida en familiares de los pacientes, por lo que es posible relacionarlos con factores de aprendizaje, desórdenes en su personalidad y culturales entre otros. Estos datos no coinciden con los obtenidos en este estudio, ya que contamos con un predominio de los adolescentes que no poseen antecedentes patológicos personales de intento suicida. (23, 24)

Al analizar las características clínicas y psicológicas de las pacientes estudiadas, se pudo comprobar que existe un predominio de las que tienen, inmadurez, poco

control de impulsos y baja tolerancia a las frustraciones. Los autores coinciden con estos postulados, ya que es conocido que esta etapa de la vida, se caracteriza por una marcada labilidad emocional que se expresa en comportamientos incoherentes e imprevisibles, con hiperreactividad emocional, impulsividad y ansiedad que en muchas ocasiones, motivadas por factores internos o externos, se agravan, siendo capaces de generar conductas de riesgo, relacionándose entonces con el incremento del riesgo suicida.

En un estudio llevado a cabo en Cuba por parte del Dr. Sergio A. Pérez Barrero da nota que entre los principales factores de riesgo psicológicos que influyen en la aparición de la conducta suicida están: los trastornos afectivos, la impulsividad y las dificultades en las relaciones con el grupo y los padres. ⁽²⁵⁾ En el caso de la investigación que nos ocupa, los trastornos afectivos no se presentaron con respecto a las características propias de la etapa (muy acentuadas en estos adolescentes), lo cual, pudiese relacionarse con la pequeña población con la que se trabajó.

Los resultados del presente estudio no coinciden con los obtenidos en uno similar realizado en Barcelona, en este último, existe una prevalencia de la impulsividad, la tristeza y la desesperanza como principales manifestaciones psicopatológicas, resultados relacionados fundamentalmente con el mundo de las emociones. ⁽²⁶⁾

CONCLUSIONES

En la presente investigación, se determina el comportamiento del intento suicida en adolescentes femeninas del municipio Abreus. En esta se concluyó que el grupo etario más significativo entre las adolescentes que realizaron el intento suicida es el de 14-16 años con un total de 11 casos, con un nivel de escolaridad medio y con poca prevalencia de los antecedentes de intento suicida previo personal o familiar. La ingestión de psicofármacos fue el método más frecuentemente empleado, muy relacionado con los factores desencadenantes dentro de los que se encuentran los familiares y de pareja. La inmadurez, el pobre control de impulsos y la baja tolerancia a las frustraciones fueron las manifestaciones psicopatológicas que con mayor frecuencia se presentaron.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Corral A; Crespo I. Los adolescentes en el siglo XXI. Barcelona 2003.
2. Roca Perera M A. Sexualidad temprana en tiempos de VIH-SIDA. Rev Cubana de Medicina [Internet]. 2013; Available from: <http://www.sld.cu/sitios/ponlevida/temas.php?idv=9709>
3. Grupo colaborativo español de VIH pediátrico. Guía de la práctica clínica para el abordaje integral del adolescente con infección por VIH. [Internet]. 2008. Available from: <http://www.cesida.org>
4. Valero L. La construcción de valores en los adolescentes. Un estudio sobre familias judías-venezolanas [Internet] [Tesis de maestría]. Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2010. Available from: <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/1821/1/Construccion%20de%20Valores%20en%20los%20Adolescentes.pdf>

5. Paz Figueroa M, Saura Hernández I; Del Sol Martínez M I. Intento suicida en niños y adolescentes. Cinco años de experiencia. Hospital Materno Infantil "10 de octubre". La Habana; 2013.
6. Kaplan H. Suicidio. En: Compendio de Psiquiatría. Edición Revolucionaria. La Habana: Científico Técnica; 2007.
7. Organización Panamericana de la Salud. (2003). Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud, Capítulo 7 Violencia Autoinflingida. PAHO: Madrid.
8. Alda J, Sibina S; Gaga A. Conducta suicida. Urgencias Psiquiátricas en el niño. Barcelona; 2006.
9. Pérez Barrio S A. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 1999;15. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2/402.htm
10. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes MEDISAN [serie en internet]. Abr 2010; 14(3):353. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
11. Anuario Estadístico de Salud. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública; 2017. Report No. 45
12. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes MEDISAN [serie en internet]. Abr 2010; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
13. Catel RB. The 16 personality factor questionnaire, Institute for personality an ability testing. Illinois, 2010
14. Amezcua Fernández R, Marquez Tost E. El suicidio en los adolescentes una revisión bibliográfica. Rev Hosp Psiq de La Habana 2009.
15. Reyes WG. Enfrentamiento especializado al paciente suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;18(2) [en línea]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi08202.htm
16. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes MEDISAN [serie en internet]. Abr 2010; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
17. Almonte C. Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En: Almonte C, Montt M, Correa A. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo; 2009. p. 507–22.
18. Sanrregre Rodríguez Liudmila. Psicoterapia de grupo para la modificación de actitudes en adolescentes con conducta suicida. Holguín. 2012
19. Pérez Olmos I, Rodríguez Sandoval E, Dussán Buitrago M. Caracterización psiquiátrica y social de la conducta suicida atendida en una clínica infantil en el período 2003-2005 en Bogotá. Colombia. Rev Salud Pública. 2007;9(2):230-40.
20. Hawton, K., James, A. (2005). ABC of Adolescence: Suicide and deliberate self harm in young people. British Medical Journal, 330 (4), 891-894.
21. Acosta A, Milián M, Viña H. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana. 2012;9(1):4-8.
22. Torres V, Rodríguez NR, Font I, Gómez M, García CM. Aspectos relacionados con el intento suicida en adolescentes ingresados en el Centro Nacional de Toxicología. Rev Cubana Med Mil. 2012;35(2):22-4.
23. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo

ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2011

24. Reyes WG. Epidemiología de la conducta suicida (trabajos de revisión). Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; Disponible en: http://bvs.Sld.cu/revistas/mgji/vol18_2_02/mgji07202.htm
25. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2012;15(2):[aprox. 38p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es&nrm=iso&tIng=es.
26. Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Editorial Masson; 2014.

ANEXO 1: Presentación de los resultados en tablas

Tabla 1: Distribución de los adolescentes según edad y sexo.

Edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
10-13 años	1	4.8	0	0	1	4.8
14-16 años	11	52.4	0	0	11	52.4
17-19 años	7	33.3	2	100	9	42.8
Total	N=19		N=2		21	100

Fuente: Historias clínicas individuales

Tabla 2: Distribución de las adolescentes según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	No.	%
Primario	1	5.3
Secundaria básica	11	57.9
Preuniversitario	1	5.3
Técnico medio	2	10.4
Obrero calificado	4	21.1
Total	19	100

Fuente: Historias clínicas individuales

Tabla 3: Distribución de las adolescentes según método empleado.

Método empleado	No.	%
Ingestión de fármacos	16	90.9
Ahorcamiento	1	0
Diseción de venas	2	9.1
Total	19	100

Fuente: Historias clínicas individuales

Tabla 4: Distribución de las adolescentes según el factor desencadenante.

Factor desencadenante	No.	%
Conflicto personal	1	5.3
Conflicto familiar	10	52.6
Conflicto de pareja	7	36.8
Conflicto escolar	1	5.3
Total	19	100

Fuente: Historias clínicas individuales

Tabla 5: Distribución de las adolescentes según los antecedentes patológicos personales y familiares de intento suicida.

Antecedentes patológicos personales de intento suicida	No.	%
Si	4	21.1
No	15	78.9
Antecedentes patológicos familiares de intento suicida		
Si	5	26.3
No	14	73.7
Total	N=19	

Fuente: Historias clínicas individuales

Tabla 6: Distribución de las adolescentes según las principales manifestaciones psicopatológicas.

Manifestaciones psicopatológicas	No.	%
Conductas opositoras	1	5.3
Baja tolerancia a las frustraciones	9	47.4
Poco control sobre los impulsos	13	68.4
Inmadurez	15	78.9
Dificultad en las relaciones interpersonales	5	26.3
Total	N=19	

Fuente: Historias clínicas individuales

TÍTULO: INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA COMUNIDAD PARA LA PREVENCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO. CIENFUEGOS.2017

AUTORES: Lic. MSc. Yanet Rojas Rodríguez. *; Lic. MSc. Deise Girau Rodríguez. **; Lic. MSc. Claribel Domínguez Rojas. *** ; Lic. MSc. Nélide Sosa Botana. ****; Lic. MSc. Vivian de los Ángeles Rodríguez Capote. *****; Lic. MSc. Loreta Sánchez Ortiz *****

* Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Profesora Auxiliar. Investigador agregado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Miembro titular de la SOCUENF. Metodóloga de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado.

** Licenciada en Enfermería. Máster en Urgencias y Emergencias. Profesora Auxiliar y Consultante. Miembro titular de la SOCUENF. Profesora del departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado.

*** Licenciada en Enfermería. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Miembro titular de la SOCUENF. Jefa de departamento de MNT de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado.

****Licenciada en Enfermería. Máster en Educación médica. Miembro Numerario de la SOCUENF .Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Metodóloga de Extensión Universitaria.

*****Licenciada en Enfermería. Máster en atención integral a la mujer. Miembro Numerario de la SOCUENF .Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Jefe Departamento de Atención a Estudiantes Extranjeros y Relaciones Internacionales.

***** Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Educación. Profesora Auxiliar e Investigador agregado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

RESUMEN

Introducción: El cáncer del cuello uterino representa un serio problema de salud a nivel mundial y muy especialmente en países subdesarrollados, hoy segunda causa de muerte en las mujeres de nuestro país, donde se comporta como la enfermedad maligna más frecuente en el sexo femenino y es una causa común de muerte en las mujeres de mediana edad. Con el **objetivo** de implementar la estrategia de intervención educativa para la prevención y detección precoz del cáncer cérvico-uterino del consejo popular Junco Sur del Área II del municipio de Cienfuegos. **Metodología:** Se diseñó una estrategia de intervención comunitaria para lo que se trabajó con un universo de 160 mujeres del Consejo

popular Junco Sur, Área II del Municipio de Cienfuegos, en el período enero de 2016 - 2017. Se emplearon métodos teóricos y empíricos. Se estudiaron variables como: grupos etáreos, periodicidad en la citología y factores de riesgo asociados al cáncer cérvico uterino, así como las necesidades de aprendizaje. **Los resultados** : Se modeló la estrategia de intervención educativa en la comunidad , validada por criterio de expertos, que coincidieron en su calidad, factibilidad y aplicabilidad coincidiendo en la importancia de su rápida implementación para contribuir a la modificación de estilos de vida y con ello elevar la calidad de vida de la mujer. **Conclusiones:** Se implementó y generalizó la estrategia educativa, de modo que se pudo probar su efectividad y así validar, desde la práctica, su factibilidad de manera que las mujeres se preparen para enfrentar este problema de salud y puedan convertirse, en cierto modo, en promotoras de salud para esta temática.

Palabras claves: Cáncer de cuello. Mujeres jóvenes. Neoplasias del cuello uterino.

INTRODUCCIÓN

De los tumores genitales femeninos, el más frecuente es el de cuello uterino, que se ubica actualmente como el segundo cáncer más común en la población femenina mundial (1,2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se diagnostican 466 000 nuevos casos de cáncer cérvico-uterino y que mueren por esta oncopatía; 80 % de ellas proceden de países en vías de desarrollo. En los países de América Latina y de la región del Caribe, las tasas de incidencia oscilan entre 30 y 40 %; y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa. Como parte de las políticas de salud desde 1968, en Cuba existe un Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Uterino, cuya prueba de pesquisaje es la prueba citológica. La citología orgánica es uno de los procedimientos de detección precoz del cáncer cérvico uterino, es simple y de uso generalizado, que permite detectar la enfermedad en una etapa localizada, lo que mejora el pronóstico, aumentando los porcentajes de curación.^{1,2}

Dentro de los factores de riesgo para la aparición del CCU se citan: la edad de la primera relación sexual, la multiparidad, la promiscuidad sexual, la infección por el virus de papiloma humano (HPV), la falta de higiene genital y el tabaquismo.⁴ En los últimos años, la precocidad en las relaciones sexuales de las adolescentes ha motivado que un grupo de países desarrollados cambien en el programa de detección precoz la edad de inicio y la periodicidad del PAP.⁵ En la progresión lesional intervienen diferentes cofactores como: la presencia de otras infecciones, el déficit inmunitario, los factores angiogénicos en caso de

invasión del estroma y de las metástasis. Estos factores ejercen un papel carcinogénico o a veces carcinocinético y cada uno desarrolla un papel patogénico de manera individual, aunque en algunas mujeres ocurre un agrupamiento de factores quizás con el sustento de un fondo genético.^{6,7,8}

Al conocer la situación problemática referente a la elevada morbi-mortalidad por cáncer cérvico-uterino, la relación existente entre este y VPH, así como la tendencia actual al inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas, se decide realizar una investigación con el objetivo de identificar los conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en las pacientes que se encuentran dentro del programa en la comunidad. Se impone la necesidad de organizar las acciones de promoción de salud desde el punto de vista educativo, para modificar los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en el contexto de la población femenina cubana, que permita estructurar el conocimiento científico y profundizar en la capacidad de análisis, lo que contribuya a un mejoramiento de para fortalecer el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Uterino.⁽⁵⁾

Casi todos los cánceres de cuello uterino son causados por el papilomavirus humano (HPV), un virus común que se disemina a través de las relaciones sexuales. Existen diferentes tipos de HPV y muchos de ellos no causan problemas; sin embargo, ciertas cepas de este virus realmente conducen al cáncer de cuello uterino. Otras cepas pueden causar verrugas genitales.⁹ *Lau Serrano Dalgis*¹⁰ señala en su estudio un 60 % de mujeres con citologías alteradas, que presentaron una o más ITS al relacionarlo con el 20 % del grupo con citologías negativas.

El consumo de cigarrillo está asociado con un aumento del riesgo de cáncer del cuello uterino. El incremento en los últimos años del cáncer cervical y sus lesiones precursoras, ha conllevado a la realización de estudios de factores de riesgo y dentro de ellos señalan la fuerte asociación de este cáncer con el tabaquismo.^{11,12}

*Martínez y Torrientes*¹³ consideran que el hábito de fumar por más de 15 años de evolución influye doblemente por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, los cuales disminuyen en la edad climatérica y también porque afecta la vigilancia inmunológica a nivel del mucus cervical, se encontró en el estudio un 70 % de fumadoras con cáncer cérvico-uterino y 84,3 % con NIC.

Las enfermedades ginecológicas pueden afectar el crecimiento de la flora bacteriana vaginal. Existe una fuerte asociación entre *Trichomonas* vaginales y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (se incrementa en 3 veces). Por otra parte, la *Gardnerella* vaginal es

detectada en el 50 % de las pacientes con tumores malignos del cérvix, lo que sugiere que puede estar fuertemente asociada con el cáncer de cuello uterino.¹⁴

El complejo N-cadherina/catenina es un componente estructural importante en la adhesión de las células epiteliales. Bajo determinadas condiciones, la catenina puede ser liberada de este complejo, luego de lo cual se une a determinados factores de transcripción en el núcleo de las células. Este mecanismo estimula la expresión de genes que regulan la apoptosis y el ciclo celular.¹⁴

En estudios in vitro se ha demostrado que la clamidia rompe el complejo provocando el secuestro de la N-cadherina con la inclusión de la clamidia. Este puede ser el mecanismo por el cual esta última altera la función de las células epiteliales y contribuye a la transformación maligna de la célula.¹⁴

Desde hace algunos años se ha expresado que las manipulaciones ginecológicas, que afectan la frontera de los epitelios Ecto y Endocervical, son un factor de riesgo importante en el desarrollo del cáncer cérvico-uterino. Dentro de estas manipulaciones se encuentra el Aborto. Así, *Mustelier*¹⁵ plantea que el riesgo de un resultado citológico alterado se eleva 12,93 veces en aquellas mujeres con manipulaciones previas y mucho más si son frecuentes.

Por su parte, *Lau Serrano Dalgis*¹⁰ hace referencia a que el 62,86 % de los casos con citologías alteradas de su estudio tenían por lo menos el antecedente de un aborto.

Los síntomas no aparecen sino hasta que las células cervicales anormales invaden el tejido cercano. Cuando eso pasa, el síntoma más común es un sangrado anormal. Este puede comenzar y detenerse entre períodos menstruales regulares o puede ocurrir después de mantener relaciones sexuales, de un lavado vaginal o de un examen pélvico. El sangrado menstrual puede durar más tiempo y ser más abundante que de costumbre. El sangrado después de la menopausia también puede ser un síntoma de cáncer cervical. Una mayor secreción vaginal es otro síntoma de este cáncer. Todos estos síntomas pueden ser causados por cáncer o por otros problemas de salud. Lo importante es acudir al médico, con el fin de que determine con mayor seguridad la causa del problema.¹⁰

En un estudio realizado por *Malvina Páez*¹⁶ se refiere que la mayor parte de las displasias son diagnosticadas en la mujer después de los 20 años de edad. El cáncer in situ se presenta de manera significativa entre los 30 a 39 años de edad y el cáncer invasor después de los 40 años.

En la adolescencia y durante los primeros embarazos se produce la migración fisiológica de la unión escamocolumnar hacia el endocérvix, en este proceso el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado originando la llamada zona de transición, donde la susceptibilidad al riesgo de transformación maligna/célula blanco es probablemente mayor que en cualquier otro tejido sujeto al cáncer. Estos cambios son más activos precisamente en etapas tempranas de la vida, donde también la vida sexual es más activa, pero declinan después de la menopausia siempre que el cáncer se diagnostique en etapas precoces, etapa 0 y 1-a, se puede asegurar prácticamente un 100 % de curación. En etapas más avanzadas se logran supervivencias de varios años, en dependencia de la etapa en que haya sido diagnosticado.^{10,16}

La situación problemática referente a la elevada morbi-mortalidad por cáncer cérvico-uterino, por lo que se decide realizar una investigación con el objetivo de identificar los conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en las mujeres que se encuentran dentro del programa en la comunidad, donde se impone la necesidad de organizar las acciones de promoción de salud desde el punto de vista educativo, para modificar los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en el contexto de la población femenina, que permita estructurar el conocimiento científico y profundizar en la capacidad de análisis, lo que contribuya a un mejoramiento de para fortalecer el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Uterino.

OBJETIVO:

Implementar la estrategia de intervención educativa para la prevención y detección precoz del cáncer cérvico-uterino del consejo popular Junco Sur del Área II del municipio de Cienfuegos.

DESARROLLO

Se propone sobre la base de fundamentación teórica y de los métodos empíricos de la investigación la siguiente estrategia de intervención educativa en la comunidad, como vía de capacitación para las mujeres incluidas en el programa cérvico-uterino, partiendo del siguiente diagnóstico.

Con la precedencia de un estudio realizado y a partir del diagnóstico. Al aplicar el cuestionario a las mujeres implicadas en el estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Predominio más de 60 % entre las edades comprendidas de las mujeres entre 40-50 años.
- Más del 70 % predomina en nivel de escolaridad preuniversitario.

- 80 % se realizaban la citología cada 3 años.
- Dificultades en cuanto al conocimiento de los factores de riesgos más frecuentes en la aparición del cáncer cérvico-uterino.
- La mayoría de las mujeres consideran útil la estrategia educativa como vía de obtener información actualizada.

Al analizar los resultados obtenidos con el instrumento aplicado durante el diagnóstico, se procedió a modelar la estrategia de intervención educativa para las mujeres que se encuentran dentro del programa cérvico-uterino.

La estrategia tiene en su totalidad un carácter educativo, se aspira con ella sensibilizar a las mujeres a crear un espacio que propicie la reflexión sobre las acciones cotidianas, que reconozcan los factores de riesgo y cómo actuar sobre ellos para desarrollar capacidades y habilidades que les permita aumentar su calidad de vida. Se propone encuentros que se desarrollarán en 7 actividades de discusión, debate e intercambio entre los participantes y los encargados de implementar la estrategia.

La estrategia educativa esta dirigida primeramente a las mujeres que conforman el universo de estudio, luego se podrá extender a todas las mujeres, no solo a las que se encuentran en estas edades, sino a todas las que deseen conocer sobre estos temas, de otras áreas de salud y otros municipios de la provincia, incorporando a la misma a los estudiantes de la carrera de Enfermería, que a través de la Proyección comunitaria expondrán vivencias de casos simulados acerca de toda la temática.

Programa de la intervención educativa para la prevención y detección precoz del cáncer cérvico uterino.

1er. Encuentro.

Actividad 1. Bienvenida

Instrucciones. Diríjase a los participantes y expóngale los objetivos de la estrategia, agradecer a los participantes la asistencia y el interés en participar.

Actividad 2. Presentación de los participantes mediante técnica participativa.

Tiempo: 20 min.

Actividad 3. Identificar mediante la técnica lluvias de ideas los temas que más interés despiertan entre nuestras féminas sobre el Cáncer cérvico uterino, así como cuáles son sus expectativas con su participación en este proyecto.

Tiempo: 40 min.

2do. Encuentro.

Actividad 4. Taller sobre. Elementos generales sobre el Cáncer Cérvico Uterino y su clasificación clínica.

Objetivo: Exponer conocimientos actualizados sobre el Cáncer Cérvico Uterino; así como su influencia en la Calidad de Vida de las mujeres.

Abordar la MNT como tratamiento alternativo para atenuar los síntomas que aparecen en la etapa.

Orientación de la elaboración de materiales didácticos: Carteles, Plegables, Mensajes de Salud sobre el Cáncer Cérvico Uterino. Estos se realizarán por parejas y se expondrán en el sexto encuentro.

Metodología: Taller

Recursos: Pizarrón, Retroproyector, Computadora.

Tiempo: 60 min.

3er. Encuentro.

Actividad 5. Realizar panel sobre los factores predisponentes en el cáncer cérvico uterino.

Objetivo: Debatir acerca de la sexualidad humana en esta etapa de la vida; su componente fisiológico y espiritual y como repercute en la calidad de vida.

Metodología: Debate.

Tiempo: 60 min.

4to. Encuentro.

Actividad 6. Conferencia sobre Factores de Riesgo. Elementos generales sobre algunos Factores de Riesgo. Su repercusión en la salud de la mujer de edad mediana .

Objetivo: Exponer los diferentes Factores de Riesgo más frecuentemente asociadas a esta etapa de la vida. Así como las acciones de salud encaminadas a la prevención de las mismas.

Metodología: Conferencia

Recursos: Pizarrón, Retroproyector, Computadora.

Tiempo: 60 min.

5to. Encuentro.

Actividad 7. Conversatorio acerca de la realización periódica Prueba de Papanicolaou.

Exudado Vaginal, Clasificación. Prueba de Schiller.

Objetivo: Promover el análisis y la reflexión de las féminas acerca de los beneficios de la realización periódica de estos exámenes como elemento protector para la salud en general y principalmente en las mujeres de edad mediana.

Metodología: Lluvia de ideas.

Recursos: Videos, Carteles y Plegables.

Tiempo: 30 min.

Actividad 8. Se le orienta la elección de algunos ejercicios físicos más recomendados para las mujeres de edad mediana y posteriormente su presentación y demostración

Metodología: Actividad práctica – demostrativa.

Tiempo: 30 min.

6to. Encuentro.

Actividad 9. Presentación de los materiales didácticos elaborados creativamente por las participantes.

Objetivo: Demostrar la capacidad de las participantes de interiorizar la información brindada y la posibilidad de actuar como promotoras de salud en su comunidad.

Metodología: Actividad participativa.

Tiempo: 60 min.

7to. Encuentro.

Actividad 10. Evaluación para medir el impacto real sobre la información acerca del cancer cérvico uterino.

Actividad 11. Debate con las féminas que participaron en la estrategia sobre los logros y los beneficios que la misma ha reportado para su vida personal.

Objetivo: Promover el intercambio entre las mujeres participantes y el equipo de trabajo encargado de desarrollar la estrategia, para conocer la valoración sobre las actividades realizadas, exponer los logros y deficiencias de la misma, así como aceptar las sugerencias que hagan con el fin de mejorar su calidad y efectividad.

Metodología: Conversatorio.

Tiempo: 90 min.

CONCLUSIONES

Se implementó y generalizó la intervención educativa en la comunidad, en el cuál participaron estudiantes de tercer año de la carrera de Enfermería de la Universidad dentro

del proyecto de intervención comunitaria del tercer año de la carrera de Licenciatura en Enfermería, que trabajan en esta línea de investigación. De modo que se pudo probar su efectividad y así validar, desde la práctica, su factibilidad de manera que las mujeres se preparen para enfrentar este problema de salud y puedan convertirse, en cierto modo, en promotoras de salud para esta temática. Dicha intervención tuvo la participación de estudiantes En general nuestros resultados confirman la necesidad de reconocer que el cáncer cérvico uterino es un problema de salud para las mujeres en el mundo por los valores de incidencia y mortalidad. Las principales necesidades se centraron en: el conocimiento general de todos los factores de riesgos, por tanto se diseñó una estrategia educativa con el objetivo de capacitar a la mujer y sensibilizarla para disminuir la morbi-mortalidad en esta población por cáncer cérvico-uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cartaza Olano M, Hernández I, González Sáez Y, Hernández Sáez I, Álvarez Cisnero P. Factores de riesgo del cáncer cérvico uterino. AMC. 2010 .
2. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Uterino. La Habana: MINSAP; 2004.
3. Sanabria Ramos G. Momentos significativos para la promoción y la educación para la salud en Cuba. La Habana; 2010.
4. Misher S, McCay C. The social determinants of health En: Douglas, Scutchfield F, William Keck C. Principles of Public health practice. Clifton, New York: Delmar Publishing Company; 2010. p. 23-42.
5. Herrero R, Castle PE, Schiffman M, Bratti MC, Hildesheim A, et al. Morales J Epidemiologic Profile of Type-Specific Human Papilloma virus Infection and Cervical Neoplasia in Guanacaste, Costa Rica. J Infect Dis. 2012.
6. Organización Panamericana de la Salud. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico uterino. 3ª ed. Washington, DC: PAHT-OPS; 2010-2013.
7. Organización Panamericana de la Salud. Salud de la población. Conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: Informe Regional. Washington, DC: OPS; 2012.
8. López FJ. Estrategias filosóficas desde la pedagogía en la Educación Superior Médica. La Habana: ENSAP; 2011.
9. Mollinedo Quispe Norah M, Mita Kille Silvia E, Sánchez Molina Federico Gómez. Determinación de los conocimientos y factores de riesgo que predisponen al cáncer

- cérvico uterino en mujeres en edad fértil en San Pedro de Tiquina - 2011. SCIENTIFICA. 2012 [citado 22 Dic 2014];10(1):18-20. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-00542012000100004&lng=es
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2012. Ginebra: Colaboradores por la salud; 2012.
 11. Espín Falcón Julio César, Cardona Almeida Adriana, Acosta Gómez Yuxini, Valdés Mora Mariela, Olano Rivera Mayleni. Acerca del cáncer cérvicouterino como un importante problema de salud pública. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012 [citado 22 Dic 2014];28(4):735-46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016&lng=es.
 12. Colectivo de autores. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino. La Habana: MINSAP; 2001.
 13. Colectivo de autores. Revisión del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino. Unidad independiente para el control del cáncer. La Habana: MINSAP; 2011.
 14. Sansó Soberats JF, Alonso Galbán P, Torres Vidal RM. Mortalidad por cáncer en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 22 Dic 2014];36(1):23-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662010000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 15. Padrón-González J, Padrón-Fernández L, Padrón-Fernández L, Morejón-Giraldoni A, Benet-Rodríguez M. Comportamiento del diagnóstico precoz del cáncer de mama y cérvicouterino en el municipio Cienfuegos. Revista Finlay. 2013 [citado 22 Dic 2014];3(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/187>
 16. Concha P Ximena, Urrutia S Teresa, Riquelme H Giselle. Creencias y virus papiloma humano. Rev. chil. obstet. ginecol. 2012 [citado 22 Dic 2014];77(2):87-92. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200002&lng=es.
 17. Lau Serrano Dalgis, Millán Vega María Margarita, Fajardo Tornés Yarine, Sánchez Alarcón César. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol.

2012 [citado 22 Dic 2014];38(3):366-77. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009&lng=es.

18. Leal Elaine Azevedo S, Leal Júnior OS, Guimarães MH, Vitoriano MN, Nascimento TL, Costa Olivia LN. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Ríó Branco. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011;25(2):81-6.
19. Martínez Camilo Valentín, Torrientes Hernández Beatriz. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev Cubana Obstetr Ginecol. 2006 [citado 22 Dic 2014];328(1):58-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100001&lng=es&nrm=iso
20. Cartaya Olano Maritza, Hernández Sáez Isbel, González Sáez Yoandra, Álvarez Cisneros Natacha del Pilar. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. AMC [revista en la Internet]. 2010 [citado 22 Dic 2014];14(5):124-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500005&lng=es
21. Mustelier Despaigne R, Ardenes Castellanos I, Jorge García A: Algunos factores biológicos asociados con la aparición de Citologías Alteradas. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2009;25(1):14-8.
22. Malvina Páez, Kasamatsu Elena. Cáncer De Cuello Uterino Y Virus Del Papiloma Humano En Paraguay. Perspectivas Para La Prevención Primaria. Memorias Del Instituto De Investigaciones En Ciencias De La Salud. 2011;4(2):23-9.
23. Ehrenzweig Sánchez Yamilet, Marván Garduño María Luisa, Acosta Condado Érika Adriana. Conocimientos sobre la prevención del cáncer cérvicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou. Psicología y Salud. 2013;23(2):161-9.

TITULO: INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE UN CONSULTORIO MEDICO.

MsC. Dra. Amarilis Martínez Guerra, dircit@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Directora de Ciencia e Innovación Tecnológica, Máster en Atención Integral a la Mujer.

Beatriz Castellanos Martínez, amarylismg@jagua.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos: Raúl Dóricos Torrado.

MsC. Lic. Zenia Tamara Sánchez García, zeniasg@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Máster en Atención Primaria de Salud

Lic. Esther Hernández Pérez, met3003@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

MsC. Lic. Marianela Fonseca Fernandez, Marianelaff@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Máster en Psicología de la Salud

MsC. Lic. Jayce Díaz Díaz, jaycedd@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Máster en Educación.

Resumen.

Muchos de los problemas a los cuales se enfrentan los adolescentes están relacionados con la falta de conocimientos sobre sexualidad.

Objetivo: Aplicar un programa educativo dirigido a elevar los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes. **Método:** Se realizó un estudio de intervención educativa con adolescentes pertenecientes al Consultorio Médico No 11, Área V, Cienfuegos, en el período comprendido entre Enero del 2017 a junio del 2017, el universo estuvo constituido por 192 adolescentes, se tomó una muestra de 60 adolescente por el método del muestreo aleatorio simple. La población objeto de estudio recibió 6 clases de 2 horas de duración por tres meses. **Resultados:** Antes de la intervención educativa predominó un desconocimiento sobre la sexualidad en los adolescentes; luego de la intervención educativa se incrementaron y se modificaron los conocimientos sobre el tema. **Conclusiones:** Se consideró necesaria e importante la estrategia, ya que existe insuficiente conocimiento sobre la sexualidad, lográndose un incremento de conocimientos de los adolescentes y el nivel de información sobre este tema.

Descriptores: Adolescencia, sexualidad, intervención educativa.

Introducción:

Hablar de sexualidad en el o la adolescente lleva implícito una orientación hacia el desarrollo humano en su función reproductora, creativa e intelectual, valorando que la misma parte del derecho que tienen las personas a una sexualidad plena y enriquecedora para alcanzar el completo bienestar individual y colectivo.

La sexualidad es una etapa de la vida donde hay un crecimiento del individuo en aspectos sociales, biológicos y psicológicos que además se caracteriza por el florecer del amor, y hacer sentir a los jóvenes optimistas, creativos, pero a la vez es necesario sustentarlo con responsabilidad, esperanza y una nueva ética donde impere el concepto de la salud reproductiva, como un derecho de todos a una sexualidad responsable, equitativa, exenta de riesgos para la salud. A lo anterior se unen las características psicosociales que están dadas por la inestabilidad en el ánimo y el objeto del impulso sexual, ya que son oscilantes y contradictorios. Son frecuentes las fantasías y emociones que pueden llevar al joven a sentir determinados impulsos, muchas veces altamente riesgosos.(1)

El paso de la infancia a la edad adulta constituye el contenido fundamental de esta etapa, en ella se establece la diferenciación específica de todos los aspectos del desarrollo, o sea, físico, mental, moral y social. Para muchos es un periodo en el que predominan características negativas ya que aparecen conflictos agudos tanto internos como externos, sin tener en cuenta las condiciones histórico-sociales en las que vive y se desenvuelve, por lo que las diferencias entre ellos va a estar en dependencia de los grupos sociales en los que se desarrolla.(2)

Considerando que el adolescente sigue siendo un escolar, el estudio continuo siendo la actividad fundamental, sin embargo no es la actividad rectora de este periodo, ya que producen transformaciones que hacen que se sitúe en una posición social apareciendo la posición íntimo-personal. Este es un nuevo tipo de relación en que la posición del adulto va perdiendo importancia para ser sustituida por otro adolescente basada en el código de la camaradería en el que siente más confianza con otro adolescente, se hacen confidencias, lo cual determina una influencia decisiva en el desarrollo de la personalidad durante esta etapa.(3)

Conociendo que la base sexual deformada, la falta de conocimientos adecuados y las influencias que en ocasiones ejerce la familia y la sociedad, conducen a nuestros adolescentes hacia terrenos plagados de obstáculos, los cuales pueden cambiar en segundo sus ingenuas vidas y dada la importancia que reviste la atención al adolescente, se decidió realizar un estudio de intervención, mediante técnicas participativas como estrategia educativa en un área de salud donde nunca se había realizado un trabajo con estas características, con el objetivo de modificar los conocimientos sobre sexualidad y así solucionar los problemas que puedan tener estos jóvenes al respecto; buscando finalmente instruirlos y conducirlos hacia estilos de vida más saludables.(4)

La investigación se desarrolló en cuatro etapas fundamentales: Diagnóstica, Elaboración, Intervención y Evaluación.

Desarrollo

Se ha dicho que la adolescencia es una edad de tránsito y es cierto, pero es también un período concreto de la vida donde se alcanzan aprendizajes trascendentales, sin los cuales no se puede llegar a una adultez madura y responsable, es la etapa donde se inicia el interés por el sexo opuesto y la necesidad de autoafirmarse como una persona diferente, "adulto"(5). El adolescente va a tratar de demostrar que no es un niño y que merece la atención y la consideración de los demás, para eso requiere encontrar y afianzar un lugar entre sus compañeros, sus nuevas necesidades encuentran satisfacción entre sus semejantes, entre los amigos, que ahora van a ser cada vez más importantes. Hay una mirada "hacia el afuera", el cual trae consigo nuevos peligros. La muestra objeto de estudio para la realización de la presente investigación estuvo constituida por adolescentes de ambos sexos, con un total de 60, en edades que oscilaron entre 12 a 19 años, teniendo diferentes grupos de escolaridad acorde a sus edades y semejantes características socioculturales. (6)

Los adolescentes estudiados según edad y sexo se muestran en el cuadro 1, donde se observa que predominaron los adolescentes de 15- 17 años, con un 58,3% y el sexo femenino con un 65%, el cual prevaleció en todas las edades. Estos resultados coinciden con estudios realizados en años precedentes donde se encontró también un amplio predominio de los jóvenes en estas edades y del sexo femenino.

En el Cuadro No. 2 representa que los adolescentes ya tienen relaciones sexuales, representando más de la mitad del universo de la muestra de estudio y es de destacar además que a medida que aumenta la edad aumenta el número de adolescentes que ya tienen esta conducta sexual. El mayor grupo con esta conducta es de 15 a 17 años con 78.1%. Estudios realizados demuestran que el 65% y el 47% de su universo de estudio ya tenían relaciones sexuales respectivamente.(7)

En el cuadro 3, se reflejan los conocimientos de los adolescentes sobre el período que comprende la adolescencia. Como puede observarse, 50 % obtuvieron conocimientos inadecuados al inicio de la intervención educativa, luego de realizada la misma el 96.7% presentaron conocimientos adecuados. Al hacerse el análisis estadístico se obtuvo una probabilidad significativa, coincidiendo estos resultados con los obtenidos por otros autores.

En el cuadro 4, se plasma el nivel de conocimientos sobre los tipos de infección de transmisión sexual, observándose que antes de la intervención solo 3 pacientes (5,0 %) tenían conocimientos adecuados, sin embargo 69 después de la misma, el 98,3 % (59 pacientes) lograron esta condición y solo 1 paciente (1,7 %) se mantuvo con conocimientos inadecuados; resultados que fueron estadísticamente muy significativos ($p < 0.01$). El nivel de conocimientos sobre los síntomas de padecer una ITS, fue otro de los aspectos tratados en nuestro estudio, obtuvimos que el 96,7 % de los adolescentes poseían conocimientos inadecuados antes de la intervención y que posterior a la labor educativa solamente el 1,7 % mantuvo esta condición, de forma tal que los conocimientos adecuados se elevaron a un 98,3 % valores que resultaron estadísticamente muy significativos.(8,9)

En el cuadro 5, se plasman los conocimientos de los adolescentes estudiados sobre las medidas para prevenir una ITS. Obtuvimos que el 93,3 % respondió de forma inadecuada antes de la intervención, pero al finalizar la misma el 95,0 % obtuvo conocimientos adecuados; lográndose resultados altamente

significativos, desde el punto de vista estadístico. Estos datos concordaron con resultados de otros estudios realizados en adolescentes y jóvenes.

Los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos que permiten evitar el embarazo en la adolescencia fueron reflejados en el cuadro 6, observándose que el 5,0 % de los encuestados tenían conocimientos adecuados antes de la labor educativa, lográndose elevar esta categoría hasta un 98,3 % después de la intervención, reduciéndose a 1,7 % los conocimientos inadecuados. Estos resultados fueron muy significativos estadísticamente.^(10,11)

La experiencia de los adolescentes en cuanto al aborto merece especial atención, a escala mundial cada año hay por lo menos 4.5 millones de mujeres jóvenes que recurren al aborto inducido. Muchas son las jóvenes que ven el aborto como un método para controlar la natalidad, pues desconocen los riesgos que entraña este proceder. Es a nosotros, el personal de salud a quienes nos corresponde brindar la orientación oportuna sobre el tema.

Los conocimientos de los adolescentes estudiados, sobre las consecuencias del aborto se reflejan en el cuadro 6, donde se advierte que antes de la intervención educativa, el 58,3 % tenían conocimientos inadecuados y que después de culminada la misma, se logró que no hubieran jóvenes con esta condición, resultados estos que coincidieron con los obtenidos por otros autores. En cuanto a los conocimientos sobre el período más recomendable de la vida para tener hijos (cuadro 7), se aprecia que solo el 40,0 % de nuestros encuestados tenían conocimientos adecuados sobre el tema antes de la intervención; incrementándose esta a un 95,0 % al concluir el programa educativo, lográndose reducir el número de adolescentes que poseían conocimientos inadecuados (5,0%), lo cual resultó estadísticamente muy significativo, resultado que coincidió con los encontrados por otros autores.

Los adolescentes estudiados según conocimientos generales sobre la sexualidad aparecen en el cuadro 8, donde se refleja que antes de la intervención existían 58 jóvenes para un 96,7 % con conocimientos inadecuados sobre esta temática, sin embargo después de culminada la misma solo un adolescente se mantuvo con conocimientos inadecuados para un 1,7 %, elevándose los conocimientos adecuados en 59 jóvenes (98,3%).^(12, 13)

Conclusiones.

Se logró modificar positivamente el nivel de conocimientos sobre la sexualidad en los adolescentes estudiados, con una alta eficacia en la intervención educativa realizada.

Referencias bibliográficas.

1-Gil Hernández A, Rodríguez García Y, Rivero Sánchez M. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. Arch. Med. Camagüey [Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Oct 31]; 16(1): 45-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552012000100006&lng=es

2-Domínguez Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 Abr 14]; 37(3): 387-98. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000300011&lng=es

3-Rodríguez Aquino VJ. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús” de Septiembre 2012 a Febrero del 2013. Guayaquil [Internet] Ecuador: Universidad Autónoma de Guayaquil; 2013 [citado 13 Abr 2018] 56 p Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf> .

4-Muñoz Martínez A, Zamarreño Nerey W. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en 87 pacientes. Rev. 16 de Abril. [Internet] Oct 2014 [citado 20 Abr 2018] ; [aprox. 9 p]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/223/articulo2.html>

5-Blanco Gómez A, Latorre Latorre F. Prevalencia de partos en la adolescencia y factores asociados: estudio de corte transversal. Rev. Colomb Obstet Ginecol. [Internet] 2010[citado 19 Abr 2018]; 61(2): 113-20.Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n2/v61n2a03.pdf

6-Guridi González MZ, Franco Pedraza V, Guridi Lueges Y A. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. Rev Psic Científica [Internet] Jun 2012 [citado 12 Abr. 2018]; 14 (5):1-77. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicología>

7-Favier Torres MA, Samón Leyva M, Ruiz Juan Y, Franco Bonal A. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia Rev Inf Cient [Internet] 2018 Ene.-Feb [citado 12 Abr 2018]; 97(1):205-14. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1805/3517>

8-Acevedo Matos MM. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal “Tamara Bunke ” MEDISAN. [Internet] 2010 [citado 12 Abr 2018] ;14(7):976. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700012

9- Gámez Urgelles Y, Bou Lobaina Y, Jarrosay Urgellés R, Jaca Savigne AG, Anaya Frómata A. **Intervención comunitaria sobre sexualidad en adolescentes de Venezuela.** Rev Inf Cient [Internet]. 2017 [consultado 25 abr 2018]; 96 (2):213-221. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/14/763>

10- Guerra Domínguez E, Martínez Guerra ME, Valdés Madrigal I, Sánchez Hidalgo MR, Pompa Carrazana S. Multimed [Internet]. 2016 [citado 25 abr 2018]; 20(5): [aprox 18 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/386/621>

11- García Imia I, Avila Gálvez E, Lorenzo González A, Lara Carmona M. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2002 [citado 25 abr 2018]; 74(4): [aprox 9 p].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000400007

12- Fariñas Acosta L. Comprender, respetar, aceptar: aprender. Granma [periódico en Internet]. 2017 Mayo 1; Secc. CUBA: (col 1). [citado 25 abr 2018]. Disponible:

file:///C:/Documents%20and%20Settings/proceso4.CPICM.000/Escritorio/Amarilys/Comprender,%20respetar,%20aceptar%20%20aprender%20%20Cuba%20%20Granma%20-%20Órgano%20oficial%20del%20PCC.htm

13- Pupo R. Entrevista Online: Mariela Castro y especialista del CENESEX dialogaron con nuestros lectores. Juventud Rebelde [periódico en Internet]. 2017 Sept 21; Secc Multimedia: (col 1). [citado 25 abr 2018]. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/media/el-cenesex-en-entrevista-online>

Anexos

Cuadro 1. Adolescentes estudiados según edad y sexo. Consultorio Médico No 11, Área V, Cienfuegos, Enero – Junio 2017.

Edades (Años)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
12-14	5	8.3	7	11.7	12	20.0
15-17	10	16.7	25	41.7	35	58.3
18-19	6	10.0	7	11.7	13	21.7
Total	21	35.0	39	65.0	60	100

Fuente: Encuesta

Cuadro 2. Adolescentes estudiados según edad y relaciones sexuales. Consultorio Médico No 11, Área V, Cienfuegos, Enero – Junio 2017.

Relaciones sexuales	Edades					
	12-14		15-16		18-19	
	No	%	No	%	No	%
Si	2	12.5	25	78.1	11	91.6
No	14	87.5	7	21.8	1	8.3
Total	16	100	32	100	12	100

Fuente: Encuesta

Cuadro 3. Conocimiento de los adolescentes sobre el periodo que comprende la adolescencia antes y después de la intervención. Consultorio Médico No 11, Área V, Cienfuegos, Enero – Junio 2017.

Antes	Después					
	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No	%	No	%	No	%
Adecuado	30	50.0	-	-	30	50.0
Inadecuado	28	46.7	2	3.3	30	50.0
Total	58	96.7	2	3.3	60	100

Fuente: Encuesta

Cuadro 4. Conocimiento de los adolescentes sobre el periodo que comprende la adolescencia antes y después de la intervención. Consultorio Médico No 11, Área V, Cienfuegos, Enero – Junio 2017.

Conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Tipos de infección de transmisión sexual	3	5.0	57	95.0	59	98.3	1	1.7
Síntomas de padecer una infección de transmisión sexual	2	3.3	58	96.7	59	98.3	1	1.7

Fuente: Encuesta

Cuadro 5. Conocimiento de los adolescentes sobre las medidas y métodos para prevenir una infección de transmisión sexual antes y después de la intervención. Consultorio Médico No 11, Área V, Cienfuegos, Enero – Junio 2017.

Conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Medidas para prevenir infecciones de transmisión sexual	4	6.7	56	93.3	57	98.3	3	5.0
Métodos anticonceptivos más eficaz para prevenir una infección de transmisión sexual	54	90.0	6	10	56	93.3	4	6.7

Fuente: Encuesta

Cuadro 6. Conocimiento de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos que permiten evitar el embarazo y las complicaciones de este en la adolescencia. Consultorio Médico No 11, Área V, Cienfuegos, Enero – Junio 2017.

Conocimientos sobre embarazo en la adolescencia	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Métodos anticonceptivos para evitar el embarazo	3	5.0	57	95.0	59	98.3	1	1.7
Complicaciones del embarazo en la adolescencia	2	3.3	58	96.7	59	98.3	1	1.7

Fuente: Encuesta

Cuadro 7. Conocimiento de los adolescentes sobre principales consecuencias del aborto y periodo para tener hijos. Consultorio Médico No 11, Área V, Cienfuegos, Enero – Junio 2017.

Conocimientos	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Conocimientos sobre consecuencias del aborto	25	41.7	35	58.3	54	90.0	6	10.0
Periodo recomendado para tener hijos	24	40.1	36	60.0	57	95.0	3	5.0

Fuente: Encuesta

Cuadro 8. Conocimientos generales de los adolescentes sobre sexualidad. Consultorio Médico No 11, Área V, Cienfuegos, Enero – Junio 2017.

Antes	Después					
	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No	%	No	%	No	%
Adecuado	2	3.3	-	-	2	3.3
Inadecuado	57	95.0	1	1.7	58	96.7
Total	59	98.3	1	1.7	60	100

Fuente: Encuesta

INTERVENCIÓN EDUCATIVA. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES. CONSULTORIOS 2 Y 3. ÁREA IV.

Dra. Ana Teresa Fernández Vidal – Esp. MGI – Esp. 1er y 2do Grado en MGI. Master en Educación Médica y en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar del Dpto. MGI y e Investigador Auxiliar- FCMC

Dra. Maria Clara Balla Cepeda. – Esp. MGI – Esp. 1er Grado en MGI

Dra. Anabel Geroy Fernández- Esp. 1er grado MGI. Profesor Instructor Dpto. MGI- FCMC

Dra. Hilda Robaina Becerra- Esp. 1er grado en Gineco- Obstetricia y 2do grado en MGI.

Dra. Silvia Enriquez Vilaplana– Esp. MGI – Esp. 1er Grado en MGI. Master en Educación Médica. Profesora Auxiliar del Dpto. MGI- FCMC

Lic. Humberto Miguel Agüero García - Profesor Asistente

RESUMEN

Durante la adolescencia las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, se desarrolla la investigación con el objetivo de implementar un Programa Educativo para elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva.

Se desarrolla una intervención educativa, el universo integrado por 59 jóvenes, que corresponde al total adolescentes del consultorio 2 y 3 del consejo popular Pueblo Grifo perteneciente al Área IV, se desarrolla en el período comprendido entre el primero de octubre del 2015 hasta el 30 de abril del 2017

Se aplicó una encuesta a las y los adolescentes. Las variables estudiadas son: grupos de edades, sexo, nivel escolar, hábitos tóxicos, número de compañeros sexuales, fuente de información sobre temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, práctica de relaciones sexuales protegidas con el uso del condón, conocimientos antes y después de la intervención educativa, según temática y nivel de conocimientos general.

Se aprecia un evidente aumento del nivel de conocimiento de las y los adolescentes luego de recibir el Programa Educativo sobre la salud sexual y reproductiva, reflejado en las calificaciones obtenidas antes y después de la intervención educativa.

Palabras Claves: Adolescencia. Salud Sexual y Reproductiva. Intervención Educativa.

I. INTRODUCCIÓN

La palabra adolescencia proviene de "adolece" que significa "carencia o falta de madurez", según la OMS, es un lapso de edad que va desde los 10 a los 20 años, con variaciones culturales e individuales, además la define como "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica". En la adolescencia la definición sexual y de género son dos procesos claves.¹

Desde el punto de vista biológico, inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción y termina con el cierre de los cartílagos epifisarios y del crecimiento. Socialmente es el periodo de transición, que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, económica. Psicológicamente,

según Bühler, es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto.²

La adolescencia representa una etapa crucial para el desarrollo de actividades de intervención educativa. Es un período de transformaciones y de cambios, de nuevas formas de mirar y vivir en el mundo, sin embargo en ocasiones se interpreta como un lapso de conflicto, de peligro y de rebeldía, es necesario reconocer esta etapa como determinante para el logro de un desarrollo integral y formación valores positivos.

Los adolescentes son particularmente vulnerables a embarazos no deseados ya padecer de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo al VIH/SIDA lo cual constituye un serio problema de salud en la adolescencia, son económicamente dependientes, socialmente inexpertos, no conocen como protegerse, no comprenden plenamente el alcance de su exposición al riesgo, ni las consecuencias, sienten necesidad temprana de iniciar relaciones sexuales, por querer experimentar en esta esfera, en busca de identidad, todo esto favorece al cambio frecuente de pareja y a la aparición de un embarazo precoz por la no utilización adecuada de métodos anticonceptivos.^{3,4, 5, 6,7}

Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes, cada día 41095, cada hora 1712. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela, representando entre un 15 - 25% de las adolescentes.^{8,9}

Cuba se encuentra entre las naciones con índice elevado (17%) de embarazos en adolescentes, se registra que en el año 2000 en el país hubo un total de 143528 nacimientos de estos 18325 en las edades comprendidas entre 15 - 19 años y 510 nacimientos en menores de 15 años.¹⁰

En la localidad de Pueblo Grifo en el año 2014 se reportaron 45 embarazos en adolescentes, predominando en las edades comprendidas entre 15 y 19 años respectivamente. En el año 2015 se registraron 36 embarazos en edades tempranas, en el año 2016 se habían reportaron 30 adolescentes embarazadas, además de diagnosticarse un número no despreciable de ITS en este grupo poblacional.

Es importante señalar que la atención a las y los adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes, ante la problemática descrita se determina realizar una investigación con el objetivo de implementar un Programa Educativo para elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva.

II. DESARROLLO

Diseño metodológico- Con el propósito de aplicar un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento en las y los adolescentes de la localidad de Pueblo Grifo sobre salud sexual y reproductiva, se realiza la investigación con un universo integrado por 59 adolescentes, que corresponde al total de los dispensarizados en el consultorio 2 y 3 del Área IV de Cienfuegos, en el período comprendido entre octubre del 2015 hasta el 30 de abril del 2017.

Criterios de inclusión- Consentimiento de su cooperación a la investigación

Criterios de salida- Adolescentes con 3 ó más inasistencias al programa.

Metodología: Se aplicó una encuesta a las y los adolescentes estudiados, (Anexo) que recoge las variables a estudiar: grupo étnico, sexo, nivel escolar, hábitos tóxicos, número de compañeros sexuales, fuente de información sobre temáticas

relacionadas con la salud sexual y reproductiva, práctica de relaciones sexuales protegidas con el uso del condón, conocimientos antes y después de la intervención educativa, según temática y nivel de conocimientos general antes y después.

El instrumento está integrado por preguntas abiertas, cerradas, alternativas y de respuestas cortas que sumaran un total de 10. La aplicación de este instrumento tuvo el propósito de conocer el nivel de conocimientos de los adolescentes estudiados, este instrumento se aplicó al inicio y al concluir el programa educativo. Se evaluó el nivel de conocimientos atendiendo a una escala de calificación.

El programa se desarrolló durante 12 sesiones (Anexo), para el análisis de los resultados se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas con distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. La presentación de los resultados obtenidos se realiza mediante tablas.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla # 1: Distribución de los/as adolescentes según grupos de edades, sexo, nivel de escolaridad: Consultorios # 2 y 3. Área IV: Cienfuegos 2017

Grupos etáreo	Sexo				Total	
	F		M		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
12-13	3	8,3	4	17,3	7	11,8
14-15	17	47,2	7	30,4	24	40,6
16-17	14	38,8	9	39,1	23	38,9
18-19	2	5,5	3	13,04	5	8,4
Total	36	61,2	23	39,8	59	100
Nivel escolaridad						
7 ^{mo} grado	3	8,3	4	17,3	7	11,8
8 ^{vo} grado	8	22,2	6	26,8	14	23,7
9 ^{no} grado	7	19,4	7	30,4	14	23,7
10 grado	5	13,8	4	17,3	9	15,2
11 ^{no} grado	2	5,5	0	0	2	3,3
12 ^{vo} grado	3	8,3	0	0	3	7,6
SB/ sin terminar	0	0	0	0	0	0
PU/sin terminar	0	0	0	0	0	0
Téc. Medio	8	22,2	2	8,6	10	16,9

Fuente: Encuesta

La tabla # 1 expone la participación de los adolescentes, mayor predominio del sexo femenino 61.2 %, con respecto a los grupos etéreos, de 14-15 años con 24 (40,6 %), seguido del grupo de 16-17 con una frecuencia de 23 (38.9 %), con menor participación en las edades de 12 a 13 años y 18 a 19 y de con 7 (11.8 %) y 5 (8.4%) respectivamente. Se observa que existe predominio del nivel educacional secundario transitando por los grados de octavo y noveno 23.7 % de las/os adolescentes para cada grado, seguido por el 16.9 % que es técnico medio.

Las autoras de la investigación atribuyen que el grupo etéreo más significativo fue el de 14-15 años, ya que existe un mayor número poblacional en estas edades de la vida en el área de salud estudiada.

Al analizar diferentes estudios desarrollados en Brasil referentes a sexualidad, embarazo y violencia se puede apreciar correspondencia en el comportamiento según grupos etéreos,¹¹ a diferencia de estudios realizados en Cali donde el grupo etéreo que prevalece es de 18-19 años.¹²

Tabla # 2: Distribución de los/as adolescentes según hábitos tóxicos Consultorios # 2 y 3. Policlínico Área IV: Cienfuegos 2017.

Hábitos tóxicos	F n=36		M n=23		Total N=59	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Café	20	55.5	19	82.6	39	66.1
Alcohol	9	25	19	82.6	28	47.4
Tabaco	11	30.5	15	65	26	44.1
Drogas Prohibidas	0	0	0	0	0	0
Ninguna	4	11.1	2	0.8	6	10.1

Fuente: Encuesta

Los hábitos tóxicos referidos se representan en la tabla # 2, mostrándose que el 66.1% de los /as adolescentes refirieron beber café, observándose con mayor frecuencia su consumo en el sexo masculino, resultan impresionante los resultados de este estudio con respecto al consumo de alcohol, este hábito fue referido por el 47.4 % de las/os adolescentes estudiados siendo el sexo masculino el de mayor porcentaje (82.6 %) y en el sexo femenino se observó en un 25 %. El hábito tabáquico, estuvo presente en el 41.4% de los sujetos estudiados con mayor frecuencia en el sexo masculino (65%) mientras que el femenino (30.5%) lo refirió. El 10.1 % no presentó ninguna adicción En este estudio se observó que ningún adolescente refirió el uso de drogas.

Estas cifras exhiben un por ciento elevado de consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de ambos sexos que participan en el estudio, es necesario reconocer que diferentes investigaciones señalan una asociación entre conductas sexuales y reproductivas de riesgo (práctica de un sexo no seguro, donde se incluyen cambios de parejas sexuales, sexo sin uso de método anticonceptivo entre otros) con hábitos tóxicos en los pacientes.^{13, 14}

Los datos obtenidos corresponden a los citados por diferentes autores que han encontrado que los hábitos tóxicos aparecen con mayor frecuencia en el sexo masculino, aunque es de destacar que la relación se estrecha cada más en la modernidad, por lo que es necesario realizar acciones de salud en correspondencia con las características del fenómeno ya en el siglo XXI.^{14,15}

Los resultados encontrados según el criterio de las investigadoras están condicionados porque en la actualidad la mujer desarrolla actividades similares al hombre y se han aceptado algunos cambios en los estereotipos tradicionales.

Tabla # 3: Distribución de los/as adolescentes, según número de compañeros sexuales: Consultorios # 2 y 3. Área IV: Cienfuegos 2017.

Compañeros sexuales	F		M		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pareja única	12	33.4	4	17.4	16	27.1
Varias de corta duración	9	25.0	10	43.5	19	32.2
Más de 3 compañeros/as sexuales	9	25.0	6	26.1	15	25.5
Ninguna	6	16,6	3	13.0	9	15.2
Total	36	100	23	100	59	100

Fuente: Encuesta

Al analizar la tabla No. 3 es importante referir que se estima el número de parejas con las que se practica sexo con penetración, podemos observar que el mayor

por ciento 32.2 pertenece a los adolescentes con varias parejas de corta duración, este porcentaje es más elevado en el sexo masculino donde se exponen cifras de 43.5%, en el sexo femenino se presenta en un 25.0%, seguidos por los que presentaron pareja única con un 27.1%, si se analiza este elemento por según sexo, aparece un porcentaje más elevado en el sexo femenino 33.4% y en el masculino 17.4%, estos elementos están condicionados por los patrones culturales en que se desenvuelve la sociedad dados por qué el sexo masculino debe mantener la virilidad por idiosincrasia, es importante reconocer que el 25% que constituye la cuarta parte de los adolescentes estudiados refirieron parejas sexuales diversas, en este caso más de 3, es importante reconocer que el sexo masculino refirió un porcentaje más elevado con 26.1% , sin embargo el sexo femenino exhibe cifras de 25%. Solo el 15.2% de los adolescentes estudiados refirió no haber iniciado el sexo con penetración. Lo expresado anteriormente condiciona a cambios frecuentes de pareja, factor que constituye un riesgo para embarazos no deseados, el cáncer cérvico-uterino y favorece la aparición de ITS.¹⁶

Tabla # 4: Distribución de los/as adolescentes, según fuentes de información sobre: Consultorios # 2 y 3. Área IV: Cienfuegos 2017.

Fuentes de información	F n=36		M n=23		Total N=59	
Padres	9	25	2	8.6	11	18.6
Médicos y enfermera	5	13.8	3	13	5	8.4
Amigos/as	12	33.3	13	56.2	25	42.3
Otros especialistas de la APS	0	0	0	0	0	0
Medios de comunicación	5	13.8	2	8.6	7	11.8
Escuela	5	13.8	3	13	8	13.5
Ninguno	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta

En la tabla # 4 se observa las fuentes de obtención de conocimientos de los/as adolescentes, ubicando a los amigos el 42.3 por ciento como la fuente de información, seguido por los padres con un 18.6 %, la escuela 13.5 % y médicos y enfermeras 8.4 %, no refirieron otras fuentes de obtención de la información los adolescentes estudiados.

Quintero Paredes y colaboradores¹⁷ en su investigación encontraron que las vías por las cuales los adolescentes recibieron la información sobre la educación de la sexualidad para prevenir el embarazo en la adolescencia fueron los padres y los profesores en los primeros lugares con un 25,4% seguido de los amigos con un 24,6% y los medios de difusión con un 20,5%.

Lo anterior muestra la importancia de mantener la educación para la salud a través de los medios de difusión masiva, la necesidad de garantizar programas para todos los grupos etáreos, la necesidad de la educación en el seno de la familia y la urgencia de trabajar para el rescate del cumplimiento de las acciones y actividades de promoción y prevención que declara el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, así como garantizar el control del Riesgo Reproductivo y Preconcepcional.

Llama poderosamente la atención el poco interés por el acceso de los adolescentes a los medios de comunicación para obtener información acerca de la sexualidad, exponiendo cifras de solo un 11.8 % del total de adolescentes que buscan

información en estas fuentes, estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores.¹⁸

Tabla # 5: Distribución de los/as adolescentes según uso del condón: Consultorios # 2 y 3. Área IV: Cienfuegos 2017.

Relaciones sexuales protegidas uso del condón	F n=36		M n=23		Total N=59	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	9	30.0	7	35.0	16	32.0
Nunca	10	33.4	4	20.0	14	28.0
En ocasiones	11	36.6	9	45.0	20	40.0
Total sexo con penetración	30	100	20	100	50	100

Fuente: Encuesta

La tabla # 5 muestra el uso del condón como medio protector en las relaciones sexuales, refieren utilizarlo el 32 por ciento en ambos sexos, lo utilizan el 30 por ciento el sexo femenino y el 35% del masculino, estos resultados constituyen una alerta, pues en el sexo femenino el 33.4% no utiliza condón para las relaciones sexuales y el 36% solo en ocasiones, lo que significa que están expuestas en esas ocasiones de desprotección, a contraer una ITS o a un embarazo no deseado, en el sexo masculino el 20% no lo utiliza y el 45 % solo en ocasiones. Estos datos exponen que las 2 terceras partes de los adolescentes estudiados, de ambos sexos mantienen relaciones sexuales de riesgo, muestran además la insuficiente percepción que tienen los adolescentes del riesgo para las enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados en la adolescencia.

Diferentes estudios muestran que los adolescentes y jóvenes tienden a rechazar el uso del condón ya que consideran que este les impedirá sentir placer, le limitará el disfrute de una sexualidad plena, o sencillamente porque no les gusta, en ocasiones la adolescente femenina es incapaz de defender su criterio,¹⁹ lo anterior puede contribuir a la esencia del fenómeno: las prácticas sexuales desprotegidas, con sus más frecuentes consecuencias, embarazo en la adolescencia, contagio con ITS, incluyendo la infección por papiloma virus, además de consecuencias psicosociales en la vida del estudiante, desorganizando su vida y la del medio familiar.^{20,21}

A pesar de la implementación de diferentes programas de educación sexual y de las iniciativas emprendidas en los centros educacionales, aún no se ha resuelto totalmente la dificultad existente, pues continúa existiendo falta de conocimientos, mitos, tabúes, falta de percepción de riesgo y estereotipos negativos asociados a la sexualidad.²²

Tabla # 6: Distribución de los/as adolescentes según nivel conocimientos antes y después de la intervención. Consultorios # 2 y 3 Área IV: Cienfuegos 2017.

Temas Evaluados	Correcto	
	Antes	Después
Sexo y Sexualidad	22.3	82.5
ITS y sexo seguro	23.8	85.7
Aborto y Embarazo en la adolescencia	25.4	79.4

Fuente: Encuesta

La Tabla # 6 muestra los resultados de las encuestas realizadas al inicio de la investigación, se aprecia desconocimiento de los temas evaluados en más de las tres cuartas partes de los adolescentes antes de iniciar la intervención educativa, que se reduce a menos de una cuarta parte al finalizar la misma. Otros investigadores han obtenido resultados a través de una intervención educativa. ⁽²⁵⁾

Para el concepto de sexo y sexualidad antes de la intervención se mostró solo un 22.3, de respuestas correctas, elevándose este por ciento después de la intervención a un 82.5 %, para las temáticas de ITS y sexo seguro antes de la intervención un 23.8% y después un 85.7% para las temáticas relacionadas con el aborto y embarazo en la adolescencia se logra elevar a un 79.4 %, luego de haber obtenido un 25.4% antes de la intervención educativa realizada.

Las autoras de la investigación sostienen el criterio de que la educación sexual es una tarea que requiere de compromiso, es mucho más que dar información sobre reproducción humana, anatomía y fisiología de los órganos genitales. La formación del adolescente debe ir dirigida a desarrollar su personalidad y estilo de vida, para lograr resultados positivos es necesario garantizar estrategias de intervención en las diferentes comunidades por el personal de la Atención Primaria de Salud, con el propósito de educar y sensibilizar más a los adolescentes sobre la necesidad de la práctica de un sexo seguro.

Para el logro de esta tarea es imprescindible involucrar a los distintos factores sociales para que participen en el proceso de instrucción y educación de las nuevas generaciones, ya que esto no solo corresponde al sector salud y solo con una adecuada participación comunitaria e intersectorialidad se podrá lograr que el adolescente regule y auto dirija adecuadamente las manifestaciones de su sexualidad.

Tabla # 7: Distribución de los/as adolescentes según nivel conocimientos generales adquiridos antes y después de la intervención. Consultorios # 2 y 3. Policlínico Área IV: Cienfuegos 2017.

Evaluación del nivel de conocimientos	Nivel de conocimientos. Puntuación General											
	Antes de la intervención						Después de la intervención					
					Total						Total	
	M	%	F	%	Nº	%	M	%	F	%	Nº	%
Bien De 30- 40	2	8,7	4	11,1	6	10,1	14	60,8	30	83,3	44	74,6
Regular De 29-20	12	52,2	22	61,1	34	57,6	8	34,8	6	16,7	14	23,7
Mal De 19-0	9	39,1	10	27,8	19	32,3	1	4,4	0	0	1	1,7
TOTAL	23	100	36	100	59	100	23	100	36	100	59	100

Fuente: Encuesta

Al analizarla tabla #7 se aprecia que antes de la intervención solo el 10,1% de los estudiantes estaba evaluado de bien, el 57,6% de regular y de mal el 32,3%.

Luego de la intervención educativa se puede apreciar evidentemente un aumento del nivel de conocimiento en los estudiantes que recibieron la capacitación, las cifras se comportaron con un 74,6% evaluado de bien, el 23,7% evaluados de regular y solo el 1,7% evaluados de mal.

La educación sexual es parte de la formación integral del ser humano, esta prepara a los jóvenes para una convivencia familiar armoniosa. Los resultados encontrados coinciden con otras investigaciones⁽²³⁾ y sostienen el alto valor concedido a la educación y promoción para la salud, en este programa el aprendizaje es considerado como un proceso guiado, apoyado por el profesional de la salud, donde se crean espacios de diálogos, a través de procesos de negociación y de construcción de perspectivas.

III. CONCLUSIONES

- Existe un elevado de consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de ambos sexos que participan en el estudio Las dos terceras partes de los adolescentes refirió consumir café y la mitad de estos refirió consumo de alcohol, estos hábitos se aprecian con discreto predominio en el sexo masculino.
- Más de la mitad de los adolescentes refirió varias parejas sexuales y solo una tercera parte de estos presenta relaciones sexuales protegidas con condón. Aproximadamente la mitad de estos obtuvo información sobre la salud sexual y reproductiva por los amigos.
- Se aprecia un evidente aumento del nivel de conocimiento de las y los adolescentes luego de recibir el Programa Educativo sobre la salud sexual y reproductiva, reflejado en las calificaciones obtenidas antes y después de la intervención educativa.

IV. BIBLIOGRAFÍA

1. García Do Nascimento P, Molerio Pérez O, Pedraza Duran L. La prevención del tabaquismo y el alcoholismo en adolescentes y jóvenes desde las instituciones educativas. *Psicogente* [Internet]. 2014 [citado 19 marzo 2018]; 17(31): [aprox. 20 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372014000100007
2. González Sáez Y, Hernández Sáez I, Conde Martín M, Hernández Riera R, Brizuela Pérez S M. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *AMC* [Internet]. 2010 Feb [citado 19 marzo 2018]; 14(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100013&lng=es
3. Cancino A, Valencia M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología Y Reproducción Humana* [Internet] 2015 Jun [citado 11 febrero 2018]; 29(2): 76-82. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f3f25365-83f9-444a-95e8-84df5aae059d%40sessionmgr102&vid=5&hid=128>
4. Favier Torres MA, Dorsant Rodríguez L, Maynard Bermúdez R, Dehesa González L, Torres Ramos IM. *Revista Información Científica* [Internet] 2013 [citado 18 marzo 2018]; 77(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermería/resource/pt/cum-53182>
5. Lugones Botell M. Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2014 [citado 19 Mar 2018]; 30(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000100001&lng=es
6. Chacón O'Farril D, Cortes Alfaro A, Álvarez García AG, Sotomayor Gómez Y. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Rev. Cub Ginecol* [Internet] 2015 [citado 19 Mar. 2018]; 41 (1): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41_1_15/gin06115.htm

7. Hurtado Murillo F, Donat Colomer F, Colomer Revuelta J, Pla Ernst E, Sánchez Guerrero A, Sarabia S, Cantero Llorca J. Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria. C. Med. Psicosom [Internet] 2014 [Citado 19 marzo 2018], 62 (111): 62-78. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4906940.pdf
8. Alonso García J, Pinana López A, Cánovas Inglés A, Luquín Martínez R, Muñoz Urenay AM, Pinana López JA. Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud. Semergen. [Internet] 2011 Mar [citado 20 marzo 2018];37(5):227-32 Disponible en:https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1138359311000098.pdf?locale=es_ES
9. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2012 Sep. [citado 19 Mar 2018]; 38(3): 333-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es
10. Cuba. Dirección Nacional de Registros médicos. Anuario estadístico 2015 [Internet] 2016. La Habana: Minsap [citado 18Mar. 2018] Disponible en: <http://www.infomed/sitios>
11. Garcia Nascimento M, Ferreira Xavier P, Domingos Passos de Sá R. Adolescentes grávidas: a vivencia no âmbito familiar e social. Adolescência&Saúde [Internet]. 2011 [citado 19Mar. 2017]; 8(4): 41-7. Disponible en :<http://www.scielo.br>
12. Congote-Arango L M, Vélez-García A, Restrepo-Orrego L, Cubides-Munévar Á, Cifuentes-Borrero R. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Colombia, 2002-2007. Rev. Colom Obst y Gin [Internet] 2012 Apr. [citado Jun. 9, 2017]; 63(2): 119-26. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=1be444ee-7161-4dc0-a333-3fc4780ef486%40sessionmgr4005&hi>.
13. Fernández García B, Mariño Membribes E R, Ávalos González M M, Baró Jiménez V G. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio "La Lisa". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Mar [citado 2019 Mar 19]; 29(1): 3-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100002&lng=es
14. García Rodríguez T, Yong Medina CA. Consumo de alcohol en adolescentes: inicios, factores de riesgo e influencia familiar Rev. Hospital Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2014 [citado 19 Mar 2018] ;(Supl):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202014/consumo%20de%20alcohol%20e%20n%20adolescentes.html>
15. Moracén Vidal I, Marcos Fernández SG, Barrios García A, Mendoza Labrada E, Sánchez Simoniao Y. Prevención de las ITS/VIH/SIDA con un enfoque social y participativo en estudiantes del curso de superación. Multimed [Internet]. 2011 [citado 11Mar 2018]; 15(1). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2011/v15-1/8.html> .
16. Fernández Mora J, Morando Flores D, Danger Correoso I, Domínguez Magdaleón L, Pérez Reina M. Infecciones de transmisión sexual: ¿Qué conocía sobre este problema de salud un grupo de adolescentes del Centro Urbano "José Martí"? Medisan [Internet] 2011 Ene [citado 14 Mar 2018]; 15(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000100002&lng=es&nrm=iso

17. Quintero Paredes PP, Castillo Rocubert N, Roba Lazo BC, Padrón González O, Hernández Hierrezuelo M E. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Feb [citado 2018 Mar 14]; 16(1): 132-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100015&lng=es.
18. Carnero Álvarez RY, Pérez López D, González Ávila Y, Favier Ramírez S, Diéguez Caballero M. Caracterización del Embarazo en la Adolescencia. GBT 2, Policlínico "Románico Oro", Puerto Padre. RevElectrónica [Internet]. 2011 Jun [citado 2018 Mar 19]; 36 (2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/modules.php?name=News&file=article&sid=227>.
19. Leyva Ramírez, N; Sosa Zamora; M; Guerra Cuba, D; MojenaOrúe, D; Gómez Pérez, N. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. Medisan [Internet]. 2011 Mar [citado 14 Mar 2018]; 15(3): 323-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000300008&lng=es.
20. Orman Reyes L, Soto Ochoa R, Mayor Puerta AM. Consideraciones básicas sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida [Internet]. La Habana: Editorial Lazo Adentro; 2011 [citado 11 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.libreroonline.com/cuba/libros/4176/orman-reyes-ana-lidia-ochoa-sotrosaida-mayor-puerta-ana-maria/consideraciones-basicas-sobre-las-infecciones-detransmision-sexual-y-el-vih-sida.html>
21. Luces Lago AM, Porto Esteiro M, Mosquera Pan L, Tizón Bouza E. Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte. Enferm. glob. [Internet]. 2015 Jul [citado 2018 Mar 11]; 14(3): 1-18. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/199371/0>
22. Alcolea Viamonte A, López Rey C, Noguerras Carvajal J, Viera Gálvez R. Intervención educativa en adolescentes de los consultorios 63 A, B y C sobre el embarazo precoz. 2010-2011. Multimed [Internet] Oct-Dic 2013 [citado 12 Mar. 2018]; 17(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-4/09.html>
23. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2013 [citado 14 Mar 2018]; 39 (1): 161-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000100015&lng=es

INTERVENCIÓN PARA AUMENTAR EL EQUILIBRIO Y LA MARCHA DE PERSONAS ADULTAS CON PARKINSON, CIENFUEGOS

Lic. Sonia Viviané Jimenez Carpi

jabreus@ucf.edu.cu, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Universidad de Cienfuegos. Cuba

Lic. Jorge Luis Abreus Mora

jabreus@ucf.edu.cu, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Universidad de Cienfuegos. Cuba, Máster en Actividad Física en la Comunidad.

Lic. Vivian Bárbara González Curbelo

vgonzalez@ucf.edu.cu, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Cienfuegos. Cuba

Resumen

La rehabilitación de las afecciones del Sistema Nervioso está entre las que más dificultan el desarrollo normal de las funciones de la vida diaria. El objetivo de esta investigación consiste en: Determinar la influencia de un Plan de intervención, en las capacidades físicas equilibrio y marcha de personas con Parkinson, en el área especializada para personas con Parkinson del Combinado 5, municipio Cienfuegos. La población de 209 sujetos de la que se seleccionó, de forma intencionada, una muestra del 34% de la población, 73 sujetos, distribuidos en: 4 metodólogos, 2 profesionales, 10 familiares y 57 personas con EP. Se realizan un estudio prospectivo, transversal, descriptivo en el período de enero 2017 - diciembre 2017. El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante medidas descriptivas para datos cuantitativos, en este caso, frecuencias y promedios a través del paquete estadístico SPSS 15.0. Para determinar la significación estadística se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson y la extensión de Macnemar. Los resultados arrojaron que, preliminarmente, el 0,46% de la población posee la enfermedad, 58,2 % eran del sexo femenino y 41,2 % del masculino, el grupo de 65-70 años el de mayor predominio. Tanto familiares como personas con EP manifestaron *Cierto Nivel de conocimiento sobre la enfermedad*. En sentido general la intervención produjo cambios significativos (menor de 0,05) en las capacidades equilibrio y marcha de estas personas. Se concluyó que la intervención logró aumentar las capacidades equilibrio y marcha de las personas.

Introducción.

Es indiscutible que la actividad física es clave para conseguir un estado saludable y prevenir multitud de enfermedades¹.

La terapia física en las afecciones neurológicas ha sido empleada internacionalmente desde en el pasado siglo y en lo que va del actual, donde se destacan: Método Kenny, Método Bobath, Método Kabat-Knott-Voss, Método Vojta, como los más usados por instituciones de salud y profesionales independientes durante todo el siglo XX y lo que va del XXI².

Igualmente se han utilizado los Métodos Brunnstrom, Método Frenkel, Método Rood, Método Pilates, Método Felderkrais, menos populares, pero que han influido en el desarrollo de la rehabilitación neurológica en la época contemporánea².

Todos estos métodos, incluyendo entre los más actuales el método cubano Sistema de Neurorehabilitación Multifactorial Intensivo (SNMI), se basan en una organización de trabajo a nivel institucional.

Dentro de las afecciones neurológicas se destacan las enfermedades

neurodegenerativas, en estas la Enfermedad de Parkinson (EP) constituye una de las más frecuentes y por su prevalencia e incidencia a nivel mundial, se ubica entre las más estudiadas desde su descripción, en 1817 por Sir James Parkinson ³.

Como consecuencia de esta enfermedad, se produce un deterioro progresivo de del estado funcional, reducción de la autonomía, afectación de las capacidades físicas, dentro de estas la coordinativa especial equilibrio, que imposibilita realizar las tareas de la vida diaria con eficacia ⁴.

Aunque la EP es en esencia, un trastorno del movimiento, estos pacientes desarrollan con frecuencia otras alteraciones, incluyendo problemas psiquiátricos como depresión y demencia. En estadios avanzados pueden aparecer alteraciones autonómicas, y dolor, progresando a una discapacidad grave que afecta directamente la calidad de vida de los pacientes, e indirectamente la de sus familiares y cuidadores ⁵.

En países industrializados la prevalencia de la EP se aproxima al 3,3% de la población general, con un pico de incidencia de 55 a 65 años. Algunos estudios plantean “una prevalencia de 100 a 300 por 100 mil habitantes y una incidencia de 10.7 por 100 mil habitantes; en otros de 200 a 400 casos cada 100 000 habitantes, considerada la enfermedad más frecuente después del Alzheimer⁶⁻³⁻⁷. Se calcula que en España hay cerca de 70.000 enfermos, si se estima una incidencia de 16/ 100.000 personas ⁷

Según Pringsheim, 2014, en una revisión sistemática, de 47 estudios epidemiológicos de todo el mundo desde el año 1985 al 2010 reveló que la prevalencia de la EP aumenta con la edad: 41 por 100.000 personas de 40 a 49 años; 107 por 100.000 personas de 50 a 59 años; 173 por 100.000 personas de 55 a 64 años; 428 por 100.000 personas de 60 a 69 años; 425 por 100.000 personas de 65 a 74 años; 1.087 por 100.000 personas de 70 a 79 años; y 1.903 por 100.000 en personas mayores de 80 años⁸.

Destaca que la mayor prevalencia en EP en personas mayores de 70 años se presentó en América del Sur con 2,180 por 100.000 personas. También se analizó la prevalencia de la EP según sexo y se observó que, a nivel mundial en el grupo de 50 a 59 años de edad, los hombres tenían una prevalencia de la EP de 134 por 100.000 y las mujeres de 41 por 100 000 (P <0.05)⁸.

En Cuba estiman que la prevalencia irá en aumento en la próxima década⁷. De mantenerse esta tendencia el número de pacientes se puede incrementar hasta 29 000 en dos décadas. Solo en los años 2012 y 2013 la EP arrojó 438 y 426 defunciones respectivamente⁹, se registra como una de las primeras 20 causas de muerte en la población general, predominando el sexo masculino: 273 defunciones en el año 2013 para una tasa cruda se de 4,9 por 100 000 habitantes ¹⁰.

Estudios de varios autores¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵, han referido el proceso de rehabilitación de las personas con EP mediante terapias físicas, entre otros tratamientos.

Otro grupo de autores¹⁶ ha demostrado que no existen cambios en la capacidad física equilibrio global en pacientes con EP en relación con la administración del tratamiento farmacológico, incluso en uno de ellos¹⁶, los pacientes presentaban peor utilización de la información vestibular con la ingesta de estos fármacos.

Este mismo autor¹⁶ asume, que la rehabilitación tiene un futuro prometedor en el tratamiento del equilibrio de estos pacientes, porque las alteraciones a niveles avanzados de esta enfermedad, apenas presentan mejorías con la cirugía o el tratamiento médico (farmacológico), con lo que se coincide.

Otras investigaciones¹⁷⁻⁴⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²²⁻²³, han estudiado la postura y el equilibrio de las

personas con EP desde diferentes perspectivas: midiendo la oscilación o el balanceo durante la marcha tanto de personas en las comunidades como en centros sociosanitarios, valorando el equilibrio como predictor de caídas, determinando los efectos del ejercicio físico en el desempeño del equilibrio y la movilidad, realizando: diagnósticos sobre la fragilidad del adulto mayor con EP, tratamientos fisioterapéuticos, logopédicos, ejercicios domiciliarios y pruebas funcionales computarizadas; valorando la influencia de las técnicas asiáticas y el equilibrio en la danza.

Uno de los estudios más actuales³, recurrió a la medición de la calidad de vida de un grupo de pacientes con Parkinson, con instrumentos de validez de contenido y constructos. La peor puntuación, referente a las actividades de la vida diaria, se halló en la movilidad.

En Cuba, los trabajos se manifiestan con características similares al resto del mundo. Estudios realizados por Ayán y colaboradores, en el 2013, donde se evalúan varios parámetros relacionados con la marcha y el equilibrio, para determinar el riesgo de caídas según las variaciones encontradas, “se estima que entre el 40-70% de las personas afectadas de EP presentan caídas”⁴. En esta evaluación no se proponen estrategias para afrontar los deterioros de estas capacidades.

Estos estudios evidencian el valor de las diferentes perspectivas terapéuticas, las cuales han ido cobrando cada vez más relevancia, siendo numerosas las disciplinas que intervienen en el manejo de la EP. En su mayoría, abordan el deterioro de la capacidad física, de forma general o individual, dentro de la condición física de las personas con EP.

Objetivo: Determinar la influencia de un Plan de intervención, en las capacidades físicas equilibrio y marcha de personas con Parkinson, en el área especializada para personas con Parkinson del Combinado 5, municipio Cienfuegos.

Desarrollo

Metodología

En el estudio se trabajó con una población de 209 sujetos, compuesta de Metodólogos de las Direcciones Municipales, Provinciales del INDER, personas con EP y familiares todos del municipio de Cienfuegos. De esta población se seleccionó una muestra del 32% de la población, 67 sujetos, distribuidos en: 10 familiares y 57 personas con EP. La muestra fue seleccionada de forma intencionada. El estudio se realizó en el período de enero 2017 - diciembre 2017.

Se utilizó como instrumento de medición el Test de Tinetti, este determina la movilidad evaluada a través de la sección equilibrio en 9 ítems que otorgan un puntaje máximo de 16 puntos; y la sección marcha que consta de 7 ítems otorgando un puntaje máximo de 12 puntos. De este modo el puntaje total puede variar de 0 a 28 puntos.

Se aplicó a los 57 pacientes durante un año, indistintamente, teniendo en cuenta:

- No afectar el desenvolvimiento habitual de los pacientes.
- Personal experimentado.
- Que los datos se registraran durante su realización.

El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante medidas descriptivas para datos cuantitativos, en este caso, frecuencias y promedios a través del paquete estadístico SPSS 15.0.

Como método para determinar la significación estadística de la intervención realizada, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson, específicamente la extensión de Macnemar. Esta prueba se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado. Para ello fueron considerados los valores de un conjunto de variables antes y después de la citada intervención.

Consentimiento informado

Aspectos éticos de la investigación: Para la realización del presente estudio se obtuvo el consentimiento informado de los decisores que asumen la responsabilidad de consultar a los pacientes con enfermedad de Parkinson en el municipio Cienfuegos, a los cuales se les notificó con antelación los intereses y alcance de la investigación y se les presentó el investigador que asumiría las labores inherentes a dicho estudio. Además, fueron solicitados aquellos documentos que resultaron de consulta imprescindible para desarrollar la presente investigación.

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes que asistieron a consulta en el período que se investiga y sus familiares, por cuanto se les solicitó su colaboración voluntaria, garantizando que no se divulgarían arbitrariamente datos personales ni ninguna otra información de carácter individual, además de explicarles, de manera clara y sencilla, los objetivos y alcance del estudio en cuestión.

El modelo del plan de intervención consta de tres fases: Evaluación Inicial, Aplicación del Plan de Intervención y Evaluación Final.

- **1^{ra} Fase: Evaluación Inicial.**

La comunicación es una forma de relación interpersonal, por lo que es muy importante en esta fase la interacción humana entre el rehabilitador, el paciente y la familia y establecer una adecuada comunicación informativa y afectiva que posibilite la obtención de la mayor cantidad posible de datos para una eficiente intervención.

El rehabilitador debe seguir los pasos recomendados para una entrevista médica:

a) Escuchar y preguntar: Es importante que el paciente con EPI, por las características psicológicas de este, se sienta libre para contar sus problemas y limitaciones. Se establecerán: Edad, tiempo de evolución de la enfermedad, enfermedades asociadas.

Se explicarán las características de la enfermedad, principales dificultades motoras que pueden presentarse y la importancia del ejercicio físico para evitar la progresión, así como la estrecha relación que debe existir entre rehabilitador-paciente-familia para una mayor efectividad del Plan de Intervención.

b) Observar y examinar: Teniendo en cuenta la información brindada, el rehabilitador examinará al paciente aplicando la escala de Tinetti para evaluar el equilibrio y la marcha.

Se explicará al paciente qué se está realizando y por qué.

c) Identificar el problema: Se identifican las principales dificultades motoras para determinar sobre qué trabajar.

d) Decidir el camino a tomar: El rehabilitador precisa las acciones a seguir (Plan de Intervención) teniendo en cuenta explicar siempre al paciente qué, cómo y para qué se realizará.

- **2^{da} Fase: Aplicación del Plan de Intervención.**

Para la aplicación del sistema de ejercicios que constituye el Plan de Intervención el rehabilitador tendrá presente las partes de la clase: Inicial, Principal y Final.

Parte Inicial.

Se propone:

- Movilizaciones pasivas de todas las articulaciones para comprobar la amplitud y movilidad articular, pueden realizarse decúbito o en sedestación.
- Chequear pulso antes y después de las movilizaciones.

Parte Principal.

Aplicación del sistema de ejercicios mediante el Control Motor de acuerdo a las dificultades motoras del paciente. Deben tenerse en cuenta:

- Ejercicios respiratorios.
- Pulso al terminar cada actividad.
- Medios empleados en dependencia de las tareas a cumplir.

Parte Final.

Se aplicarán ejercicios recuperatorios.

- Ejercicios respiratorios y se mantiene el control del pulso.

- **3^{ra} Fase: Evaluación Final.**

- Aplicación de la escala de Tinetti.
- Comparación de los resultados iniciales con los resultados obtenidos después de aplicado el Plan de Intervención.
- Análisis conjunto con el paciente y la familia sobre qué se ha resuelto y qué falta por resolver.
- Recomendaciones para continuar tratamiento en las casas.

Resultados

Resultados del diagnóstico sobre el estado de la rehabilitación física de personas con enfermedad de Parkinson en municipio de Cienfuegos

- Al analizar el comportamiento de sexo se comprobó que 58,2 % eran del sexo femenino y 41,2 % del masculino, 85 y 61 personas con EP respectivamente.
- El análisis por grupos etarios arrojó que el mayor predominio de personas con EP fue el grupo de 65- 74 años, con 57 personas (39 %); el resto se distribuyó de la siguiente forma en los grupos: 45- 54, 13 personas (8,9 %); 55- 64, 42 personas (28,9 %); 75- 84, 34 personas con EP (23 %).
- La población de personas con EP en el municipio según estudios preliminares se comportó en un 0,46 % de la población adulta mayor.

Resultados de la entrevista a familiares de personas con EP

Las dimensiones del instrumento aplicado a los familiares posee trece ítems y se comportó de la siguiente forma:

- Dimensión Nunca: 43,9 %, Dimensión Algunas veces: 19,2 % y Dimensión Casi siempre: 36,9 %

Resultados de la entrevista a personas con EP

Las dimensiones del instrumento aplicado a las personas con EP posee doce ítems y se obtuvo como aparece a continuación:

- Dimensión Nunca: 36,6 %, Dimensión Algunas veces: 23,3 % y Dimensión Casi siempre: 41,6 %

Al analizar el nivel de conocimiento que poseían los familiares y personas con EP, se manifestó *Cierto Nivel de conocimiento*, esto puede estar relacionado con la información

que brindan los especialistas acerca de la enfermedad.

Análisis de los resultados antes y después de la aplicación del Plan de Intervención (PI)
La evaluación del equilibrio y la marcha antes de aplicado el PI arrojó los siguientes resultados:

Equilibrio

- Intentos al levantarse el paciente (antes): 33, Mal (61.4%); 18, Regular (31.5%) y 4: Bien (7%).

- Intentos al levantarse el paciente (después): 2, Mal (3.5%); 5, Regular (8.7%) y 50, Bien (87.7%). Al determinar la significación estadística puede observarse en la tabla de contingencia que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que estadísticamente hubo un cambio en la situación del paciente al realizar los intentos al levantarse.

- Equilibrio inmediato al levantarse (antes): 39, Mal (68.4%); 13, Regular (22.8%) y 5 Bien (8.7%).

- Equilibrio inmediato al levantarse (después): 1, Mal (1.7%); 2, Regular (3.5%) y 54, Bien (94.7%). Al analizar la tabla de contingencia se comprobó que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que se puede afirmar estadísticamente un cambio en la situación del paciente al alcanzar el equilibrio inmediato al levantarse.

- Equilibrio en bipedestación (antes): 34, Mal (59.6%); 17, Regular (29.8%) y 6, Bien (10.5%).

- Equilibrio en bipedestación (después): 4, Mal (7%); 8, Regular (14%) y 45, Bien (74.9%). Al analizar la tabla de contingencia se comprobó la significación existente en la prueba (menor de 0,05), por lo que estadísticamente existe un cambio en la situación del paciente al alcanzar el equilibrio en bipedestación.

- Prueba del empujón (antes): 42, Mal (73.6%); 12, Regular (21%) y 3, Bien (5.2%).

- Prueba del empujón (después): 3, Mal (5.2%); 6, Regular (10.2%) y 48, Bien, (84.2%). Al analizar la tabla de contingencia se comprobó que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que se afirma estadísticamente el cambio en la situación del paciente al realizar la Prueba del empujón.

Marcha

- Inicio de la marcha (antes): 49, Mal (85.9) y 8, Bien (14%).

- Inicio de la marcha (después): 8 con Mal (14%) y 49, Bien (85.9%). Al analizar la tabla de contingencia se comprobó que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que se afirma estadísticamente un cambio en la situación del paciente al realizar el Inicio de la marcha.

- Simetría del paso (antes): 47, Mal (82.4%) y 10 Bien (17.5%).

- Simetría del paso (después): 6, Mal (10.5%) y 51 Bien (89.4%). El análisis de la tabla de contingencia demostró que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que estadísticamente hay un cambio en la Simetría del paso del paciente al realizar la marcha.

- Continuidad del paso (antes): 47, Mal (82.4%) y 10, Bien (17.5%).

- Continuidad del paso (después): 10, Mal (17.5%) y 47, Bien (82.4%). Al analizar la tabla de contingencia se comprobó que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que se afirma estadísticamente un cambio en la Continuidad del paso en los pacientes al realizar la marcha.

- Postura en la marcha (antes): 49: Mal, 85.9% y 8: Bien, 14%.

- Postura en la marcha (después): 9: Mal, 15.7% y 48: Bien, 84.2%. Al analizar la tabla

de contingencia se observó que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que se puede afirmar estadísticamente que existe un cambio en la Postura en la marcha de los pacientes al realizar la misma.

Análisis general de los resultados antes y después de la aplicación del Plan de Intervención.

En sentido general, antes de aplicarse el Plan de Intervención se obtuvieron los siguientes resultados.

Equilibrio: 150 Mal: 65.7%, 60 Regular: 26.3 % y 18 Bien: 7.8 %.
Marcha: 192 Mal: 84.2 %, 36 Bien: 15.7 %.

Después de aplicado:

Equilibrio. 10 Mal: 4.3 %,21 Regular: 9.1 %, 197 Bien: 86.4%.

Marcha. 33 Mal: 14.4%, 195 Bien: 85.5%.

Discusión

El objetivo básico de la intervención de la rehabilitación es lograr la independencia en las actividades de la vida diaria ²⁴. Las pautas de tratamiento estarán encaminadas a la realización de ejercicios para mejorar la postura, el equilibrio y la marcha, ejercicios respiratorios, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, apoyo psicológico y ayudas ortésicas²⁴. Los resultados de estudios donde se han utilizado la terapia mediante ejercicio son muy interesantes para las personas que tienen la enfermedad, el ejercicio contribuye a su bienestar en general y les ayuda a realizar movimientos y tareas específicas con la guía de un profesional.

Resultados similares se han descrito para disminuir la rigidez mediante técnicas de relajación, uso de la hidroterapia, el temblor puede ser tratado con el uso de estimulación propioceptiva, pesas, bastones, ejercicios activos resistidos, con una resistencia personalizada a las condiciones físicas y mentales del paciente. En estudios realizados en el CIREN, se analizó el comportamiento de las variables de la cinemática, amplitud del paso, latencia del primer paso, tiempo, velocidad de la marcha y capacidad de traslación. Los resultados arrojaron que el 100% de los pacientes estudiados presentaban dificultades con la marcha, en una variable estudiada como mínimo, tomando como referencia los índices para individuos sanos²⁵. Básicamente los resultados coinciden con los obtenidos, aunque las variables estudiadas no son las mismas, pero se aprecian diferencias cuando se referencian con índices para personas sanas. Para motivar y mantener la participación de la familia, en las actividades previstas con cada paciente, se deben poner en práctica acciones metodológicas encaminadas a lograr una comunicación eficiente, abierta, que propiciara un clima afectivo y eliminar las barreras del estrés negativo que pudieran presentarse. La falta de contacto social es causa de depresión, ansiedad y estrés mantenido, y contribuye a debilitar su salud funcional y su capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio²⁶.

Conclusiones

- La aplicación de los instrumentos para medir el Nivel de conocimiento corroboró que: los indicadores familia y personas con Enfermedad de Parkinson poseen Cierta nivel de conocimiento sobre la rehabilitación física de personas con EP.
- El Plan de Intervención mediante ejercicios físicos para aumentar las capacidades equilibrio y marcha de las personas con Enfermedad de

Parkinson debe integrar diferentes fases que comprendan: Evaluación Inicial, aplicación del Plan de Intervención y Evaluación Final.

- El Plan de Intervención mediante ejercicios físicos logró aumentar las capacidades equilibrio y marcha de las personas con Enfermedad de Parkinson, demostrado mediante el análisis de los resultados.

Referencias bibliográficas

1. Rey López J. P. & Vicente Rodríguez G. E. La inactividad física como principal causa de patologías en diferentes sistemas orgánicos. En Rey López, J. P. & Vicente Rodríguez G. E., (Eds.) Lizalde E., Narváez J., Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales EXERNET (p31) Madrid: Consejo Nacional de Deportes; 2011.
2. Sentmanat Belisón A, Martínez Hidalgo C. El ejercicio físico como componente del sistema de Neuro-rehabilitación Multifactorial Intensiva desarrollado en el CIREN. *Revista Digital - Buenos Aires*. 2002, 8(50). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>
3. Mínguez M. S. Enfermedad de Parkinson, estudios sobre la adherencia al tratamiento, calidad de vida y uso del meta- análisis para la evaluación de fármacos. Universidad de Castilla- La Mancha. Facultad de Medicina de Albacete. Departamento de Ciencias Médicas. Grupo de Farmacología. Tesis Doctoral; 2013. Disponible en: <http://sruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/105783348/TEISIS%20Minguez%20Minguez.pdf?sequence=1>
4. Ayán C., Cancela J. M., Rodríguez P., Ríos P. & Abal N. Mejora del equilibrio en los enfermos de Parkinson mediante el ejercicio calisténico-recreativo: un estudio piloto. *Rehabilitación Madr*. 2013; 47(1), 22-26
5. Blasco Amaro JA, Díaz del Campo F P. González Vélez, AE. Protocolo elaborado por la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo, en colaboración con el Servicio Madrileño de Salud y la Asociación Parkinson Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Ed. Servicio Madrileño de Salud. Basauri. BIZKAIA – ESPAÑA; 2012. Disponible en: http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiA_c6SvvLAhXlph4KHdvvB9lQFggzMAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.amnweb.com%2Fdocumentos%2Fprotocoloparkinsonmadrid.pdf&usq=AFQjCNFGtuJ4TgdL0zGi0YZPyExmJukoQ&bvm=bv.118443451,d.dmo
6. Gluzman M. J. Rehabilitación de las funciones psicológicas superiores en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revista Neuropsicológica Latinoamericana*. 2013; 5 (1): 58-65.
7. Rodríguez P. J. M., Díaz R. Y. V., Rojas R. Y., Ricardo R. Y. I. & Aguilera R. R. Actualización en enfermedad de Parkinson idiopática. *CCM Revista en la Internet*. 2013; 17(2), 163-177.
8. Pringsheim T, Jette N, Frolkis A & Steeves TDL. The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Mov Disord*. 2014; 29(13):1583–90
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2013. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana. Disponible en: <http://files.sld.cudnefiles201405anuario-2013-esp-e.pdf>

10. Martínez G. A., Herrera C. & Barba R. R. Ultrasonido transcraneal en el diagnóstico del Parkinson. *Revista Finlay*. 2014;4(3), p5
11. Fernández Sacasas J. A. El principio rector de la Educación Médica cubana: un reconocimiento a la doctrina pedagógica planteada por el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. *Educ Med Super*. 2013; 27(2)
12. Frazzitta G., Bertotti G., Morelli M., Riboldazzi G., Pelosin E., Balbi P. & Maestri R. Rehabilitation improves dyskinesias in Parkinsonian patients: a pilot study comparing two different rehabilitative treatments. *Neurorehabilitation*. 2012; 30(4): 295-30
13. Li F. The effects of Tai Ji Quan training on limits of stability in older adults. *Clin Interv Aging*. 2014; 4(9): 1261-8.
14. Samper N. J. A., Libre R. J., Sosa S. & Solorzano R. J. Del envejecimiento a la enfermedad de Alzheimer. *Rev Haban Cienc Med*. 2011; 10(3)
15. Seco C. J. & Gago F. I. Eficacia de un programa intensivo y continuado de fisioterapia para la mejoría clínica en pacientes con enfermedad de Parkinson. [abstract] *Rev. Fisioterapia*. 2010; 32(05)
16. Rossi, I. M. *Estudio de los trastornos del equilibrio en pacientes con enfermedad de Parkinson, mediante la Videonistagmografía, la craneocorpografía y la Posturografía dinámica computerizada. Rehabilitación vestibular y propuesta de una nueva Clasificación del equilibrio en la enfermedad de Parkinson*. Tesis doctoral, universidad de Santiago de Compostela. Facultad de medicina Departamento de dermatología y otorrinolaringología. 2007. Disponible en:
17. Abreus, M. J. L. Plan de Intervención para el control motor en el equilibrio y la marcha de pacientes con Parkinson Idiopático. Tesis en opción al título de Máster en Actividad Física Comunitaria, Facultad de Cultura Física, Universidad de Cienfuegos, Cuba; 2008.
18. Duncan R. P., Leddy A. L. y Earhart G. M. Five times sit-to-stand test performance in Parkinson's disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011; 92(14): 31-6.
19. Hackney, M. & Earhart, G. (2010). Effects of dance on balance and gait in severe Parkinson disease: a case study. *Disabil Rehabil*. 2010; 32: 679-84.
20. Heiberger L., Maurer C., Amtage F., Schulte M. J. & Kristeva R. Beneficial effects of a weekly dance class on functional mobility and quality of life of Parkinson's patients. *Clini Neurophysiol*. 2011; 122 (1):84.
21. Marchant D., Sylvester J. L. & Earhart G. Effects of a short duration, high dose contact improvisation dance workshop on Parkinson disease: a pilot study. *Complement Ther Med*. 2010; 18 (1): 84-90
22. Trombetti A., Hars M., Herrmann R., Krresig R., Ferrari S. & Rizzoli R. Effect of music-based multitask training on gait, balance, and fall risk in elderly people. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 523-33.
23. Valverde E. & Flórez G. M.T. Efecto de la danza en los enfermos de Parkinson. [abstract] *Fisioterapia*. 2012; 34(5), 216-224.
24. Hernández T S, Ventura V R E, Bravo AT, Martín CJ, Cabrera M. Rehabilitación en la enfermedad de Parkinson. *Arch Med Vol*. 2006; 2(1).
25. Torres Carro O, León M, Alvarez E, Maragoto C, Alvarez L, Rivera O. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2001; 2(4): 241-244.
26. Núñez de Villavicencio. Psicología y salud. Cuba: Editorial Ciencias Médicas. 2001: p82.

INTERVENCIÓN PARA AUMENTAR EL EQUILIBRIO Y LA MARCHA DE PERSONAS ADULTAS CON PARKINSON, CIENFUEGOS

Lic. Sonia Viviané Jimenez Carpi. jabreus@ucf.edu.cu, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Universidad de Cienfuegos. Cuba

M. Sc. Jorge Luis Abreus Mora. jabreus@ucf.edu.cu, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Universidad de Cienfuegos. Cuba, Máster en Actividad Física en la Comunidad.

M. Sc. Vivian Bárbara González Curbelo. vgonzalez@ucf.edu.cu, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Cienfuegos. Cuba

Resumen

La rehabilitación de las afecciones del Sistema Nervioso se encuentra entre las que más dificultan el desarrollo normal de las funciones en la vida diaria. El objetivo de esta investigación consiste en: Determinar la influencia de un Plan de intervención, en las capacidades físicas equilibrio y marcha de personas con Parkinson, en el área especializada para personas con Parkinson del Combinado 5, municipio Cienfuegos. La población de 209 sujetos de la que se seleccionó, de forma intencionada, una muestra del 34% de la población, 73 sujetos, distribuidos en: 4 metodólogos, 2 profesionales, 10 familiares y 57 personas con EP. Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo en el período de enero- diciembre 2017. El procesamiento estadístico de los datos se efectuó mediante medidas descriptivas para datos cuantitativos, en este caso, frecuencias y promedios a través del paquete estadístico SPSS 15.0. Para determinar la significación estadística se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson y la extensión de Macnemar. Los resultados arrojaron que, preliminarmente: el 0,46% de la población posee la enfermedad, 58,2 % eran del sexo femenino y 41,2 % del masculino, el grupo de 65-70 años el de mayor predominio. Tanto familiares como personas con EP manifestaron *Cierto Nivel de conocimiento sobre la enfermedad*. En sentido general la intervención produjo cambios significativos (menor de 0,05) en las capacidades equilibrio y marcha de estas personas. Se concluyó que la intervención logró aumentar las capacidades equilibrio y marcha de las personas.

Introducción.

Es indiscutible que la actividad física es clave para conseguir un estado saludable y prevenir multitud de enfermedades¹.

La terapia física en las afecciones neurológicas es empleada internacionalmente desde en el pasado siglo y en lo que va del actual, donde se destacan: Método Kenny, Método Bobath, Método Kabat-Knott-Voss, Método Vojta, como los más usados por instituciones de salud y profesionales independientes durante todo el siglo XX y lo que va del XXI².

Igualmente se han utilizado los Métodos Brunnstrom, Método Frenkel, Método Rood, Método Pilates, Método Felderkrais, menos populares, pero que han influido en el desarrollo de la rehabilitación neurológica en la época contemporánea².

Estos métodos, con la inclusión entre los más actuales, del método cubano Sistema de Neurorrehabilitación Multifactorial Intensivo (SNMI), se basan en una organización de trabajo a nivel institucional.

Dentro de las afecciones neurológicas se destacan las enfermedades neurodegenerativas, en estas la Enfermedad de Parkinson (EP) constituye una de las más frecuentes y por su prevalencia e incidencia a nivel mundial, se ubica entre las más estudiadas desde su descripción, en 1817 por Sir James Parkinson³.

Como consecuencia de esta enfermedad, se produce un deterioro progresivo del estado funcional, reducción de la autonomía, afectación de las capacidades físicas, dentro de estas la coordinativa especial equilibrio, que imposibilita realizar las tareas de la vida diaria con eficacia⁴.

Aunque la EP es en esencia, un trastorno del movimiento, estos pacientes desarrollan con frecuencia otras alteraciones, incluso problemas psiquiátricos como depresión y demencia. En estadios avanzados pueden aparecer alteraciones autonómicas y dolor, progresando a una discapacidad grave que afecta directamente la calidad de vida de los pacientes e indirectamente la de sus familiares y cuidadores⁵.

En países industrializados la prevalencia de la EP se aproxima al 3,3% de la población general y un pico de incidencia de 55 a 65 años. Algunos estudios plantean una prevalencia de 100 a 300 por cien mil habitantes y una incidencia de 10.7 por cien mil habitantes; en otros de 200 a 400 casos cada cien mil habitantes, considerada la enfermedad más frecuente después del Alzheimer⁶⁻³⁻⁷. Se calcula que en España existen cerca de 70 000 enfermos, si se estima una incidencia de 16/ 100.000 personas⁷.

Según Pringsheim, 2014, en una revisión sistemática, de 47 estudios epidemiológicos de todo el mundo desde el año 1985 al 2010 reveló que la prevalencia de la EP aumenta con la edad: 41 por cien mil personas de 40 a 49 años; 107 por cien mil personas de 50 a 59 años; 173 por cien mil personas de 55 a 64 años; 428 por cien mil personas de 60 a 69 años; 425 por cien mil personas de 65 a 74 años; 1.087 por cien mil personas de 70 a 79 años; y 1.903 por cien mil en personas mayores de 80 años⁸. Destaca que la mayor prevalencia en EP en personas mayores de 70 años se presentó en América del Sur con 2,180 por cien mil personas.

También se analizó la prevalencia de la EP según sexo y se observó que, a nivel mundial en el grupo de 50 a 59 años de edad, los hombres tenían una prevalencia de la EP de 134 por cien mil y las mujeres de 41 por cien mil ($P < 0.05$)⁸.

En Cuba estiman que la prevalencia irá en aumento en la próxima década⁷. De mantenerse esta tendencia el número de pacientes se puede incrementar hasta 29 000 en dos décadas. Solo en los años 2012 y 2013 la EP arrojó 438 y 426 defunciones respectivamente⁹, se registra como una de las primeras veinte causas de muerte en la población general, predominando el sexo masculino: 273 defunciones en el año 2013 para una tasa cruda de 4,9 por cien mil habitantes¹⁰.

Estudios de varios autores¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵, han referido el proceso de rehabilitación de las personas con EP mediante terapias físicas, entre otros tratamientos.

Otro grupo de autores¹⁶ demostró que no existen cambios en la capacidad física equilibrio global en pacientes con EP en relación con la administración del tratamiento farmacológico, incluso en uno de ellos¹⁶, los pacientes presentaban peor utilización de la información vestibular con la ingesta de estos fármacos.

Este mismo autor¹⁶ asume, que la rehabilitación adquiere un futuro prometedor en el tratamiento del equilibrio de estos pacientes, porque las alteraciones a niveles avanzados de esta enfermedad, apenas presentan mejorías con la cirugía o el tratamiento médico (farmacológico), con lo que se coincide.

Otras investigaciones¹⁷⁻⁴⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²²⁻²³, estudiaron la postura y el equilibrio de las personas con EP desde diferentes perspectivas: midiendo la oscilación o el balanceo durante la marcha tanto de personas en las comunidades como en centros sociosanitarios, valorando el equilibrio como predictor de caídas, determinando los

efectos del ejercicio físico en el desempeño del equilibrio y la movilidad, realizando: diagnósticos sobre la fragilidad del adulto mayor con EP, tratamientos fisioterapéuticos, logopédicos, ejercicios domiciliarios y pruebas funcionales computarizadas; valorando la influencia de las técnicas asiáticas y el equilibrio en la danza.

Uno de los estudios más actuales³, recurrió a la medición de la calidad de vida de un grupo de pacientes con Parkinson, con instrumentos de validez de contenido y constructos. La peor puntuación, referente a las actividades de la vida diaria, se halló en la movilidad.

En Cuba, los trabajos se manifiestan con características similares al resto del mundo. Estudios realizados por Ayán y colaboradores, en el 2013, donde se evalúan varios parámetros relacionados con la marcha y el equilibrio, para determinar el riesgo de caídas según las variaciones encontradas, “se estima que entre el 40-70% de las personas afectadas de EP presentan caídas”⁴. En esta evaluación no se proponen estrategias para afrontar los deterioros de estas capacidades.

Estos estudios evidencian el valor de las diferentes perspectivas terapéuticas, las cuales cobran cada vez más relevancia, y son numerosas las disciplinas que intervienen en el manejo de la EP. En su mayoría, abordan el deterioro de la capacidad física, de forma general o individual, dentro de la condición física de las personas con EP.

Objetivo: Determinar la influencia de un Plan de intervención, en las capacidades físicas equilibrio y marcha de personas con Parkinson, en el área especializada para personas con Parkinson del Combinado 5, municipio Cienfuegos.

Desarrollo

Metodología

En el estudio se trabajó con una población de 209 sujetos, compuesta de Metodólogos de las Direcciones Municipales y la Dirección Provincial del INDER, personas con EP y familiares, del municipio de Cienfuegos. De esta población se seleccionó una muestra del 32% de la población, 67 sujetos, distribuidos en: 10 familiares y 57 personas con EP. La muestra se seleccionó de forma intencionada. El estudio se realizó en el período enero- diciembre 2017.

Se utilizó como instrumento de medición el Test de Tinetti, este determina la movilidad evaluada a través de la sección equilibrio en 9 ítems que otorgan un puntaje máximo de 16 puntos; y la sección marcha de 7 ítems otorgando un puntaje máximo de 12 puntos. De este modo el puntaje total puede variar de 0 a 28 puntos.

Se aplicó a los 57 pacientes durante un año, indistintamente, teniendo en cuenta:

- No afectar el desenvolvimiento habitual de los pacientes.
- Personal experimentado.
- Que los datos se registraran durante su realización.

El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante medidas descriptivas para datos cuantitativos, en este caso, frecuencias y promedios a través del paquete estadístico SPSS 15.0.

Como método para determinar la significación estadística de la intervención, se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson, específicamente la extensión de Macnemar. Esta prueba se emplea normalmente en situación de medidas repetidas, donde la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado. Para ello fueron considerados los valores de un conjunto de variables antes y después de la citada intervención.

Consentimiento informado

Aspectos éticos de la investigación: Para la realización del presente estudio se obtuvo el consentimiento informado de los decisores que asumen la responsabilidad de consultar a los pacientes con enfermedad de Parkinson en el municipio Cienfuegos, a los cuales se les notificó con antelación los intereses y alcance de la investigación y se les presentó al investigador que asumiría las labores inherentes a dicho estudio. Además, se solicitaron los documentos de consulta imprescindible para desarrollar la presente investigación.

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes que asistieron a consulta en el período investigado y de sus familiares, por cuanto se les solicitó su colaboración voluntaria, garantizando que no se divulgarían arbitrariamente datos personales ni otra información de carácter individual, además de explicarles, de forma clara y sencilla, los objetivos y alcance del estudio en cuestión.

El modelo del plan de intervención consta de tres fases: Evaluación Inicial, Aplicación del Plan de Intervención y Evaluación Final.

• 1^{ra} Fase: Evaluación Inicial

La comunicación es una forma de relación interpersonal, por lo que es muy importante en esta fase la interacción humana entre el rehabilitador, el paciente y la familia y establecer una adecuada comunicación informativa y afectiva que posibilite obtener la mayor cantidad posible de datos para una eficiente intervención.

El rehabilitador debe seguir los pasos recomendados para una entrevista médica:

a) Escuchar y preguntar: Es importante que el paciente con EPI, por las características psicológicas que posee, se sienta libre para contar sus problemas y limitaciones. Se establecerán: edad, tiempo de evolución de la enfermedad, enfermedades asociadas.

Se explicarán las características de la enfermedad, principales dificultades motoras que pueden presentarse y la importancia del ejercicio físico para evitar la progresión, así como la estrecha relación que debe existir entre rehabilitador-paciente-familia para una mayor efectividad del Plan de Intervención.

b) Observar y examinar: Teniendo en cuenta la información brindada, el rehabilitador examinará al paciente y aplicará la escala de Tinetti para evaluar el equilibrio y la marcha.

Se explicará al paciente qué se está realizando y por qué.

c) Identificar el problema: Se identifican las principales dificultades motoras para determinar sobre qué trabajar.

d) Decidir el camino a tomar: El rehabilitador precisa las acciones a seguir (Plan de Intervención) teniendo en cuenta explicar siempre al paciente qué, cómo y para qué se realizará.

• 2^{da} Fase: Aplicación del Plan de Intervención

Para la aplicación del sistema de ejercicios que constituye el Plan de Intervención el rehabilitador tendrá presente las partes de la clase: Inicial, Principal y Final.

Parte Inicial

Se propone:

- Movilizaciones pasivas de todas las articulaciones para comprobar la amplitud y movilidad articular, pueden realizarse decúbito o en sedestación.
- Chequear pulso antes y después de las movilizaciones.

Parte Principal

Aplicación del sistema de ejercicios mediante el Control Motor de acuerdo a las dificultades motoras del paciente. Deben tenerse en cuenta:

- Ejercicios respiratorios.
- Pulso al terminar cada actividad.
- Medios empleados en dependencia de las tareas a cumplir.

Parte Final

Se aplicarán ejercicios recuperatorios.

- Ejercicios respiratorios y se mantiene el control del pulso.
- **3^{ra} Fase: Evaluación Final**
- Aplicación de la escala de Tinetti.
- Comparación de los resultados iniciales con los resultados obtenidos después de aplicado el Plan de Intervención.
- Análisis conjunto con el paciente y la familia sobre qué se ha resuelto y qué falta por resolver.
- Recomendaciones para continuar tratamiento en las casas.

Resultados

Resultados del diagnóstico sobre el estado de la rehabilitación física de personas con enfermedad de Parkinson en municipio de Cienfuegos

- Al analizar el comportamiento de sexo se comprobó que 58,2% eran del sexo femenino y 41,2% del masculino, 85 y 61 personas con EP respectivamente.
- El análisis por grupos etarios arrojó que el mayor predominio de personas con EP fue el grupo de 65- 74 años, con 57 personas (39%); el resto se distribuyó de la siguiente forma en los grupos: 45- 54, 13 personas (8,9%); 55- 64, 42 personas (28,9%); 75- 84, 34 personas con EP (23%).
- La población de personas con EP en el municipio según estudios preliminares se comportó en un 0,46 % de la población adulta mayor.

Resultados de la entrevista a familiares de personas con EP

Las dimensiones del instrumento aplicado a los familiares poseen trece ítems y se comportó de la siguiente forma:

- Dimensión Nunca: 43,9%, Dimensión Algunas veces: 19,2% y Dimensión Casi siempre: 36,9%

Resultados de la entrevista a personas con EP

Las dimensiones del instrumento aplicado a las personas con EP posee doce ítems y se obtuvo como aparece a continuación:

- Dimensión Nunca, 36,6 %; Dimensión Algunas veces, 23,3 % y Dimensión Casi siempre, 41,6 %.

Al analizar el nivel de conocimiento que poseían los familiares y personas con EP, se manifestó *Cierto Nivel de conocimiento*, esto puede estar relacionado con la información que brindan los especialistas acerca de la enfermedad.

Análisis de los resultados antes y después de la aplicación del Plan de Intervención (PI)

La evaluación del equilibrio y la marcha antes de aplicado el PI arrojó los siguientes resultados:

Equilibrio

- Intentos al levantarse el paciente (antes): 33, Mal (61.4%); 18, Regular (31.5%) y 4: Bien (7%).
- Intentos al levantarse el paciente (después): 2, Mal (3.5%); 5, Regular (8.7%) y 50,

Bien (87.7%). Al determinar la significación estadística puede observarse en la tabla de contingencia que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que estadísticamente hubo un cambio en la situación del paciente al realizar los intentos al levantarse.

- Equilibrio inmediato al levantarse (antes): 39, Mal (68.4%); 13, Regular (22.8%) y 5 Bien (8.7%).

- Equilibrio inmediato al levantarse (después): 1, Mal (1.7%); 2, Regular (3.5%) y 54, Bien (94.7%). Al analizar la tabla de contingencia se comprobó que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que se puede afirmar estadísticamente un cambio en la situación del paciente al alcanzar el equilibrio inmediato al levantarse.

- Equilibrio en bipedestación (antes): 34, Mal (59.6%); 17, Regular (29.8%) y 6, Bien (10.5%).

- Equilibrio en bipedestación (después): 4, Mal (7%); 8, Regular (14%) y 45, Bien (74.9%). Al analizar la tabla de contingencia se comprobó la significación existente en la prueba (menor de 0,05), por lo que estadísticamente existe un cambio en la situación del paciente al alcanzar el equilibrio en bipedestación.

- Prueba del empujón (antes): 42, Mal (73.6%); 12, Regular (21%) y 3, Bien (5.2%).

- Prueba del empujón (después): 3, Mal (5.2%); 6, Regular (10.2%) y 48, Bien, (84.2%). Al analizar la tabla de contingencia se comprobó que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que se afirma estadísticamente el cambio en la situación del paciente al realizar la Prueba del empujón.

Marcha

- Inicio de la marcha (antes): 49, Mal (85.9) y 8, Bien (14%).

- Inicio de la marcha (después): 8 con Mal (14%) y 49, Bien (85.9%). Al analizar la tabla de contingencia se comprobó que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que se afirma estadísticamente un cambio en la situación del paciente al realizar el Inicio de la marcha.

- Simetría del paso (antes): 47, Mal (82.4%) y 10 Bien (17.5%).

- Simetría del paso (después): 6, Mal (10.5%) y 51 Bien (89.4%). El análisis de la tabla de contingencia demostró que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que estadísticamente hay un cambio en la Simetría del paso del paciente al realizar la marcha.

- Continuidad del paso (antes): 47, Mal (82.4%) y 10, Bien (17.5%).

- Continuidad del paso (después): 10, Mal (17.5%) y 47, Bien (82.4%). Al analizar la tabla de contingencia se comprobó que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que se afirma estadísticamente un cambio en la Continuidad del paso en los pacientes al realizar la marcha.

- Postura en la marcha (antes): 49, Mal (85.9%) y 8 Bien (14%).

- Postura en la marcha (después): 9, Mal (15.7%) y 48, Bien (84.2%). Al analizar la tabla de contingencia se observó que existe significación en la prueba (menor de 0,05), por lo que se puede afirmar estadísticamente un cambio de la Postura en la marcha de los pacientes al realizar la misma.

Análisis general de los resultados antes y después de la aplicación del Plan de Intervención.

En sentido general, antes de aplicarse el Plan de Intervención se obtuvieron los siguientes resultados.

Equilibrio: 150, Mal (65.7%); 60, Regular (26.3%) y 18, Bien (7.8%).

Marcha: 192, Mal (84.2%); 36 Bien, (15.7%).

Después de aplicado:

Equilibrio. 10, Mal (4.3%); 21, Regular (9.1%); 197, Bien (86.4%).

Marcha. 33, Mal (14.4%); 195, Bien (85.5%).

Discusión

El objetivo básico de la intervención en la rehabilitación es lograr la independencia en las actividades de la vida diaria²⁴. Las pautas de tratamiento estarán encaminadas a la realización de ejercicios para mejorar la postura, el equilibrio y la marcha, ejercicios respiratorios, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, apoyo psicológico y ayudas ortésicas²⁴. Los resultados de estudios donde se ha utilizado la terapia mediante ejercicios son muy interesantes para las personas que adquieren la enfermedad, el ejercicio contribuye a su bienestar en general y les ayuda a realizar movimientos y tareas específicas con la guía de un profesional.

Resultados similares se han descrito para disminuir la rigidez mediante técnicas de relajación, uso de la hidroterapia, el temblor puede ser tratado con el uso de estimulación propioceptiva, pesas, bastones, ejercicios activos resistidos, con una resistencia personalizada a las condiciones físicas y mentales del paciente.

Estudios realizados en el Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN), analizaron el comportamiento de las variables de la cinemática, amplitud del paso, latencia del primer paso, tiempo, velocidad de la marcha y capacidad de traslación. Los resultados arrojaron que el 100% de los pacientes estudiados presentaban dificultades con la marcha, en una variable estudiada como mínimo, tomando como referencia los índices para individuos sanos²⁵.

Básicamente los resultados coinciden con los obtenidos, aunque las variables estudiadas no son las mismas, pero se aprecian diferencias cuando se referencian con índices para personas sanas.

Para motivar y mantener la participación de la familia, en las actividades previstas con cada paciente, se deben poner en práctica acciones metodológicas encaminadas a lograr una comunicación eficiente, abierta, que propicie un clima afectivo y eliminar las barreras del estrés negativo que pudieran presentarse. La falta de contacto social es causa de depresión, ansiedad y estrés mantenido y contribuye a debilitar su salud funcional y su capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio²⁶.

Conclusiones

- La aplicación de los instrumentos para medir el Nivel de conocimiento corroboró que: los indicadores familia y personas con Enfermedad de Parkinson poseen Cierta nivel de conocimiento sobre la rehabilitación física de personas con EP.
- El Plan de Intervención mediante ejercicios físicos para aumentar las capacidades equilibrio y marcha de las personas con Enfermedad de Parkinson debe integrar diferentes fases que comprendan: Evaluación Inicial, aplicación del Plan de Intervención y Evaluación Final.
- El Plan de Intervención mediante ejercicios físicos logró aumentar las capacidades equilibrio y marcha de las personas con Enfermedad de Parkinson, demostrado mediante el análisis de los resultados.

Referencias bibliográficas

1. Rey López J. P. & Vicente Rodríguez G. E. La inactividad física como principal causa de patologías en diferentes sistemas orgánicos. En Rey López, J. P. &

- Vicente Rodríguez G. E., (Eds.) Lizalde E., Narváez J., Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales EXERNET (p31) Madrid: Consejo Nacional de Deportes; 2011.
2. Sentmanat Belisón A, Martínez Hidalgo C. El ejercicio físico como componente del sistema de Neuro-rehabilitación Multifactorial Intensiva desarrollado en el CIREN. *Revista Digital - Buenos Aires*. 2002, 8(50). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>
 3. Mínguez M. S. Enfermedad de Parkinson, estudios sobre la adherencia al tratamiento, calidad de vida y uso del meta- análisis para la evaluación de fármacos. Universidad de Castilla- La Mancha. Facultad de Medicina de Albacete. Departamento de Ciencias Médicas. Grupo de Farmacología. Tesis Doctoral; 2013. Disponible en: <http://sruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/1057833348/tesis%20Minguez%20Minguez.pdf?sequence=1>
 4. Ayán C., Cancela J. M., Rodríguez P., Ríos P. & Abal N. Mejora del equilibrio en los enfermos de Parkinson mediante el ejercicio calisténico-recreativo: un estudio piloto. *Rehabilitación Madr*. 2013; 47(1), 22-26
 5. Blasco Amaro JA, Díaz del Campo F P. González Vélez, AE. Protocolo elaborado por la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo, en colaboración con el Servicio Madrileño de Salud y la Asociación Parkinson Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Ed. Servicio Madrileño de Salud. Basauri. BIZKAIA – ESPAÑA; 2012. Disponible en: http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiA_c6SvvLAhXlph4KHdvvB9lQFggzMAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.amnweb.com%2Fdocumentos%2Fprotocoloparkinsonmadrid.pdf&usq=AFQjCNFGtuJ4TgdL0zGi0YZPyExmJukoQ&bvm=bv.118443451,d.dmo
 6. Glzman M. J. Rehabilitación de las funciones psicológicas superiores en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revista Neuropsicológica Latinoamericana*. 2013; 5 (1): 58-65.
 7. Rodríguez P. J. M., Díaz R. Y. V., Rojas R. Y., Ricardo R. Y. I. & Aguilera R. R. Actualización en enfermedad de Parkinson idiopática. *CCM Revista en la Internet*. 2013; 17(2), 163-177.
 8. Pringsheim T, Jette N, Frolkis A & Steeves TDL. The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Mov Disord*. 2014; 29(13):1583–90
 9. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2013. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana. Disponible en: <http://files.sld.cudnefiles201405anuario-2013-esp-e.pdf>
 10. Martínez G. A., Herrera C. & Barba R. R. Ultrasonido transcraneal en el diagnóstico del Parkinson. *Revista Finlay*. 2014;4(3), p5
 11. Fernández Sacasas J. A. El principio rector de la Educación Médica cubana: un reconocimiento a la doctrina pedagógica planteada por el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. *Educ Med Super*. 2013; 27(2)
 12. Frazzitta G., Bertotti G., Morelli M., Riboldazzi G., Pelosin E., Balbi P. & Maestri R. Rehabilitation improves dyskinesias in Parkinsonian patients: a pilot study comparing two different rehabilitative treatments. *Neurorehabilitation*. 2012; 30(4): 295-30

13. Li F. The effects of Tai Ji Quan training on limits of stability in older adults. *Clin Interv Aging*. 2014; 4(9): 1261-8.
14. Samper N. J. A., Libre R. J., Sosa S. & Solorzano R. J. Del envejecimiento a la enfermedad de Alzheimer. *Rev Haban Cienc Med*. 2011; 10(3)
15. Seco C. J. & Gago F. I. Eficacia de un programa intensivo y continuado de fisioterapia para la mejoría clínica en pacientes con enfermedad de Parkinson. [abstract] *Rev. Fisioterapia*. 2010; 32(05)
16. Rossi, I. M. *Estudio de los trastornos del equilibrio en pacientes con enfermedad de Parkinson, mediante la Videonistagmografía, la craneocorpografía y la Posturografía dinámica computerizada. Rehabilitación vestibular y propuesta de una nueva Clasificación del equilibrio en la enfermedad de Parkinson*. Tesis doctoral, universidad de Santiago de Compostela. Facultad de medicina Departamento de dermatología y otorrinolaringología. 2007. Disponible en:
17. Abreus, M. J. L. Plan de Intervención para el control motor en el equilibrio y la marcha de pacientes con Parkinson Idiopático. Tesis en opción al título de Máster en Actividad Física Comunitaria, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte, Universidad de Cienfuegos, Cuba; 2008.
18. Duncan R. P., Leddy A. L. y Earhart G. M. Five times sit-to-stand test performance in Parkinson's disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011; 92(14): 31-6.
19. Hackney, M. & Earhart, G. (2010). Effects of dance on balance and gait in severe Parkinson disease: a case study. *Disabil Rehabil*. 2010; 32: 679-84.
20. Heiberger L., Maurer C., Amtage F., Schulte M. J. & Kristeva R. Beneficial effects of a weekly dance class on functional mobility and quality of life of Parkinson's patients. *Clini Neurophysiol*. 2011; 122 (1):84.
21. Marchant D., Sylvester J. L. & Earhart G. Effects of a short duration, high dose contact improvisation dance workshop on Parkinson disease: a pilot study. *Complement Ther Med*. 2010; 18 (1): 84-90
22. Trombetti A., Hars M., Herrmann R., Krrsig R., Ferrari S. & Rizzoli R. Effect of music-based multitask training on gait, balance, and fall risk in elderly people. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 523-33.
23. Valverde E. & Flórez G. M.T. Efecto de la danza en los enfermos de Parkinson. [abstract] *Fisioterapia*. 2012; 34(5), 216-224.
24. Hernández T S, Ventura V R E, Bravo AT, Martín CJ, Cabrera M. Rehabilitación en la enfermedad de Parkinson. *Arch Med Vol*. 2006; 2(1).
25. Torres Carro O, León M, Alvarez E, Maragoto C, Alvarez L, Rivera O. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2001; 2(4): 241-244.
26. Núñez de Villavicencio. Psicología y salud. Cuba: Editorial Ciencias Médicas. 2001: p82.

LA ACUPUNTURA EN EL TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO DE PACIENTES GERIÁTRICOS.

Autores

Luis Angel Caballero Legarda, estlacl960115@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de 3^{er} año de Estomatología, Alumno ayudante de Estomatología General Integral.

Geidy Moya Alonso, estgma970131@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de 3^{er} año de Estomatología, Alumno ayudante de Estomatología General Integral.

Lilianny Romeo Seijas, estlrs970522@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de 3^{er} año de Estomatología, Alumno ayudante de Estomatología General Integral.

Ana Belkys Hernández Millán, est5904@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Especialista de segundo grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Master en Educación Médica. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar.

Resumen:

Con los cambios asociados a la edad, es hora de procurar una calidad de vida y condiciones de bienestar; debido al progresivo incremento de la población geriátrica por ende aumentan los pacientes geriátricos. Con el objetivo justificar la efectividad de la acupuntura en el tratamiento estomatológico de pacientes geriátricos se realizó una revisión bibliográfica que se caracterizó por la selección de estudios y la estrategia de búsqueda. Se consideraron elegibles los estudios desarrollados en diversos contextos, publicados en revistas médicas relacionados con Acupuntura y Odontología Geriátrica, resultando elegidos 27 referencias bibliográficas. Para obtener la información se utilizó el método de análisis de publicaciones que permitió extraer la información relevante y la síntesis de información para realizar el ordenamiento y combinación de la información extraída. Los principales resultados de los estudios incluidos en la revisión se presentan en el desarrollo. Se constató que al usar la acupuntura en pacientes geriátricos se establece el equilibrio del organismo de una forma, rápida, poco invasiva y económica, obteniendo resultados satisfactorios sin reacciones adversas, siendo de gran utilidad para múltiples de las afecciones que afloran con la edad y se concretó que el punto IG – 4 es el analgésico más común en Estomatología además de existir un gran número de ellos a lo largo de los restantes meridianos vinculados con las afecciones del sistema estomatognático.

Palabras Claves: Analgesia por Acupuntura, Odontología Geriátrica, Adulto Mayor.

Introducción:

Este siglo XXI es testigo de la tendencia mundial a la disminución de la fecundidad y a la prolongación de la esperanza de vida, que ha dado al fenómeno del envejecimiento de la población un relieve sin precedentes. Según la OMS, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, de 11 al 22 %. En las Américas, hay más de 150 millones de personas mayores de 60 años. Actualmente, el país con la población más envejecida de la región de las Américas es Canadá. Sin

embargo, proyecciones basadas en datos de la División de Población de las Naciones Unidas indican que en menos de una década, países como Cuba, Barbados y Martinica superarán a Canadá. Esto evidencia que, a nivel mundial y también en Cuba, el mayor problema de salud es el envejecimiento poblacional. ¹

La acupuntura ha tenido una historia muy larga, agrupada en tres etapas. Nacida antes de los tiempos de Cristo, se caracteriza por tener grandes influencias extranjeras y principios orientales. Según la historia, todo habría comenzado en Pekín, alrededor del año 2600 – 2900 A.C. Pero los médicos japoneses fueron los primeros en dar a la acupuntura un respaldo científico, y desde este país, la acupuntura siguió una ruta definida hacia Francia, donde aparecieron en 1671 los primeros tratados de acupuntura.² No fue hasta mediados del siglo XX que se conoce en el Continente Americano, siendo Argentina, en 1948 el primer país de América en aplicarla. ³

En Cuba a finales del siglo XIX, se recogen antecedentes de la práctica de (MTCh) en la ciudad de Cárdenas, donde trabajó el doctor Chan Bom Bian, cuyos éxitos fueron notables en lo que se refiere a la prescripción de plantas medicinales. De su proceder surgió la famosa frase: “A ese no lo salva ni el medico chino”. Con el triunfo de la Revolución Cubana comenzó a estimularse el estudio de la MNT y a partir de los años 80 el Sistema Nacional de Salud de Cuba desarrollo una política tendiente a ampliar los conocimientos de esta disciplina.³ En el caso del país es necesario referir la entrevista de Jiani Mina, publicada en el libro Un encuentro con Fidel (Oficina del Consejo de Estado, La Habana, 1988), en el que el líder de la Revolución Cubana manifestó la importancia de la (MTCh) y cito.⁴

“...se está desarrollando mucho también en la medicina tradicional, estamos estudiando las plantas medicinales y su posible aplicación en muchas enfermedades, le estamos prestando mucha atención a eso... La acupuntura la estamos estudiando también y la estamos aplicando en lo posible, no descartamos ninguna escuela de medicina...”

Cienfuegos no se ha quedado al margen de la aplicación de estas terapias porque se han combinado para la realización de exodoncias con tratamiento anestésico en Intestino grueso 4 (IG 4), Vaso gobernador 20 (VG 20) lo cual queda demostrado al analizar que en la provincia en lo que va de año hasta septiembre de 2017 se han realizado un total de 28191 exodoncias de las cuales 1911 han sido realizadas con la utilización de la MNT, representando un 6,8 % de las realizadas; según estadísticas del departamento provincial de estomatología. También se han realizado tratamientos para parálisis faciales y trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) según confirmación de algunos especialistas de la localidad. Con la introducción de la MTN en Estomatología ciertamente se amplió la visión terapéutica para las afecciones bucomaxilofaciales, algunas de las cuales han encontrado su mejor tratamiento en dichos procedimientos.^{5, 6}

En Cuba la población anciana representó 18, 3 % en el año 2013 ⁷ y actualmente el 20,1 % de las personas tienen 60 años y más de edad, según el anuario estadístico de salud 2017 en Cuba ⁸, por lo que los autores resaltan la existencia de un incremento en 1,8 % las personas de la tercera edad en un transcurso de 4 años lo que se torna una cifra alarmante pues crece sustancialmente uno de los grupos priorizados en la atención estomatológica “Los pacientes Geriátricos”. ⁹ En los servicios de urgencias

estomatológicas es muy práctico el tratamiento con acupuntura produciéndose después del mismo una marcada disminución del estrés y del dolor, así como un sustancial ahorro de medicamentos y carpules anestésicos de uso en estomatología.¹⁰ No obstante dada la posibilidad del deficiente conocimiento de la población respecto al tema y en especial el adulto mayor, se crea un rechazo a pesar de lo efectivo que puede ser el empleo de la acupuntura en el tratamiento estomatológico. Los autores infieren que es de gran importancia la posible aplicación de estas técnicas ancestrales para el alivio del dolor, de manera que utilizadas por los estomatólogos generales integrales pudieran representar una herramienta más durante el desarrollo del encargo social de estos profesionales, sin efectos secundarios. Desde otro punto de vista representaría una vía para la implementación del lineamiento N.º 158 del VI Congreso del Partido Comunista de Cuba: «Prestar máxima atención al desarrollo de la medicina tradicional y natural».¹¹

Objetivo general: justificar la efectividad de la acupuntura en el tratamiento estomatológico de pacientes geriátricos.

Objetivos específicos:

1. Explicar el mecanismo de la acción analgésica de la acupuntura previa al tratamiento estomatológico.
2. Identificar los diferentes puntos acupunturales recomendados para aplicar la acupuntura en Estomatología.

Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo comprendido entre Enero y Septiembre del 2017. Se evaluaron revistas de impacto relacionadas con este tema. Se consultaron libros, revistas, tesis, artículos, tanto en formato digital como impreso y las bases de datos de sistemas refractivos MEDLINE, INFOMED, BVS, PubMed y SciELO. Se empleó la estrategia de búsqueda avanzada y la vía de los descriptores del MeSH y el DeCS empleando términos como: analgesia por acupuntura, odontología Geriátrica, adulto mayor, odontogeriatría. Como resultado de la búsqueda se obtuvieron 36 artículos que fueron tamizados, conservando solo los que describieron mejor los elementos de la revisión. De esta manera el estudio se circunscribió a 27 artículos.

Desarrollo:

La Acupuntura se apoya en el uso de meridianos que sirven para que circule la energía y puntos situados en lugares específicos y a través de la punción se modifica la energía positiva en negativa o negativa en positiva.¹²

La acupuntura y su respaldo científico: Se desarrollan muchas teorías neuronales para explicar los mecanismos de acción de acupuntura. Está ahora bastante claro que ella actúa a nivel local, regional (la médula espinal) y general (el cerebro). Por consiguiente, poniendo una o más agujas en un punto particular (o área) del cuerpo, se activan, las sendas neuronales en tres niveles diferentes provocando la reacción local un fenómeno multifactorial en el que intervienen: la lesión eléctrica debido a la punción con la aguja,

la síntesis de péptidos opioides en el lugar de la lesión, la liberación de la sustancia P, la histamina, bradikina, serotonina, las enzimas proteolíticas alrededor de la aguja, siempre que se punciona durante cada terapia. La reacción regional involucra la activación de un área más grande (2-3 dermatomas) a través del arco reflejo. Se debe analizar los reflejos viscerocutáneos, cutáneo-visceral, cutáneo-musculares, visceromusculares, el vegetativo, los reflejos segmentarios polisinápticos y de estiramiento. En la reacción general se activan los mecanismos centrales cerebrales principalmente el de homeostasis interior. Discutiendo el papel de los neurotransmisores centrales se puede explicar la acción de la acupuntura en los síndromes de dolor agudos y crónicos y en las afecciones siquiátricas. Más precisamente, los sistemas moduladores son activados a través de los puntos de acupuntura como el sistema opioide el no opioide y los mecanismos inhibitorios simpáticos centrales.¹³

La acupuntura en odontología se utiliza por ahora en tres áreas del dolor agudo y crónico:¹⁴

- 1) Como analgésico para el dolor postoperatorio agudo.
- 2) Para la modulación de los impulsos agudos nociceptivos en la odontología quirúrgica.
- 3) Se está empleando con frecuencia en diversas instituciones y en la práctica individual para el tratamiento del dolor benigno crónico de origen bucofacial.

Indicaciones para el uso de esta técnica: las manos deben estar limpias y las uñas cortas. Antes de comenzar debe frotarse las manos para calentarlas y evitar en la piel del paciente sensación de frío. El practicante debe concentrarse en lo que está haciendo. No se deben aplicar en los siguientes casos: ayuno prolongado, pacientes con repleté de comidas, sudor profuso, fatiga o taquicardia (se debe esperar a que se recupere de estos estados). No presionar sobre dislocaciones óseas o fracturas, sobre zonas de la piel afectadas, sobre articulaciones dolorosas agudas y sobre focos purulentos. No debe ser portador de enfermedades contagiosas ni en estado gestacional.^{13, 15, 16}

En estomatología muchas son las patologías que pueden ser tratadas de manera urgente y dentro de todas ellas el síntoma predominante es el dolor. Una vez que el médico hace el diagnóstico en el paciente, podrá seguir una serie de normas para realizar el esquema del tratamiento, seleccionando los puntos de acupuntura que se encuentren en el área afectada (puntos locales) y que se correspondan con los meridianos, seleccionar los puntos que se encuentren situados distalmente (puntos distales) a la patología a tratar y se pueden encontrar áreas reducidas de dolor que no correspondan con puntos de meridianos o fuera de ellos y según los asiáticos son zonas que deben ser puncionadas, "tomar el lugar doloroso por un punto a tratar", a estos puntos se les llama Ah-Shi.¹⁷

Esta reflexión se considera de gran connotación por parte de los autores de este trabajo con el fin de lograr el efecto que se propone para el alivio de las manifestaciones que presenta el paciente ya que si no se localiza bien el punto, no se logran los resultados deseados.

El anciano tiene una fisiología diferente a la del adulto pues ha perdido una parte de sus reservas y de su capacidad de adaptación, es más vulnerable a la agresión del medio y a la reducción de su plasticidad. En la población que envejece se ha encontrado que la frecuencia de la patología oral es elevada, por ello, le corresponde al estomatólogo identificar las enfermedades generales que se manifiestan en la cavidad bucal y están en constante relación con las medidas para lograr un enfoque funcional en la atención de su salud.¹⁸

Con los cambios asociados a la edad, la prevalencia de enfermedades crónicas, la polimedicación y la pérdida de autonomía, el objetivo es ahora procurar una vida en condiciones de calidad y bienestar. Es por esto que el manejo odontológico del paciente geriátrico requiere de unas consideraciones especiales. Todos los órganos y sistemas del cuerpo humano envejecen. No todos al mismo ritmo, pero ninguno está exento de las modificaciones que conlleva el paso del tiempo. El sistema estomatognático, no es la excepción. Modificaciones extraorales e intraorales hacen que se tengan unas condiciones, necesidades y susceptibilidades diferentes en ésta etapa de la vida.¹⁹

El esmalte del paciente geriátrico sufre un desgaste natural, se observa opacamiento. De igual modo, en la dentina hay un cambio de coloración debido al propio proceso de envejecimiento y se produce un cambio muy notorio producido por la sustitución de la dentina original por la denominada “dentina de reparación”, lo que ocasiona que los dientes adopten un tono amarillo. Estos cambios generan que las piezas dentarias se vuelven más frágiles por aumento de la mineralización dentinaria.²⁰

Otra de las afecciones presente es la caries cervical, que se localiza en el cuello anatómico de los dientes donde el cemento radicular se ha hecho presente. A nivel de la pulpa, ésta disminuye su función sensitiva y como consecuencia del envejecimiento se produce pérdida en la elasticidad vascular y fibrosis pulpar asociada al envejecimiento.²⁰

En relación a la saliva, ésta disminuye en sus elementos de protección, su estructura se torna más acuosa y de menor calidad; así mismo, su producción disminuye (xerostomía). Esta disminución del flujo salival afecta negativamente la neutralización de la baja del pH provocada por el metabolismo bacteriano de la placa, impide el efecto mecánico de arrastre y disminuye considerablemente el aporte de inmunoglobulinas salivares que favorecen la aparición y progresión de caries radiculares.²⁰

Lo relacionado con La saliva es conocido por los estomatólogos y está registrado en los factores de riesgo de la caries dental en general según lo planteado en las Guías Prácticas de Estomatología²¹, y no radicular solamente como se plantea anteriormente y que puede traer como consecuencia la pérdida del diente; a pesar de que la incidencia de caries disminuye en el anciano como lo plantea Félix M. Blanco Mederos,²² además que la presencia de caries dental a nivel cervical requieren como tratamiento conservador realización de cavidades clase V de Black las cuales en dichas regiones al ser preparadas suelen ser muy dolorosas.

Síntomas como la aprensión, sentirse al límite, tensión muscular, cefalea, temblores, incapacidad de relajarse, dificultades de concentración, inquietud, e hiperactividad, mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad

de boca y lipotimias; aparecen en el paciente que siente temor ante el tratamiento estomatológico.²³⁻²⁴ Este paciente realiza una valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados, que se perciben como muy amenazantes, los maximiza y por tanto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse a estas amenazas.²⁴ Por ende, el miedo al tratamiento dental puede contemplarse desde una doble perspectiva. Por un lado, como reacción aprendida y condicionada por una experiencia previa o aprendizaje social, a veces sin haber llegado a pasar por ninguna consulta y la otra, como respuesta adicional a otros miedos en pacientes propensos a padecer desórdenes psicológicos.^{23, 24}

Las benzodiacepinas son los fármacos más empleados en el tratamiento de la ansiedad, estos promueven cuatro efectos principales: ansiolítico, anticonvulsivante, miorelajante e hipnótico. En el adulto mayor la hipersedación es el efecto secundario más habitual, se relaciona directamente con la dosis, tiempo de administración y edad del paciente; estos fármacos se usarán durante períodos de tiempo limitados porque producen somnolencia, déficit de atención y concentración, alteración de la coordinación motora, hostilidad, amnesia y ataxia con un gran riesgo de caídas y fracturas. Por tanto es preciso el uso de otros enfoques terapéuticos.⁷

Los autores concuerdan con el hecho de que se hace necesario el control de la ansiedad para facilitar la labor del estomatólogo, disminuir la estadía del paciente en la clínica durante el proceder, hacer menos cruento lo que para el paciente por su estado de ansiedad no considera que sea lo mejor pues fue lo que desencadenó dicho estado, evitar complicaciones como las infecciones, hemorragias, y el dolor posoperatorio. Así como síntomas somáticos: sudoración, dolor en el pecho, falta de aire, boca seca, problemas gastrointestinales que den al traste con la salud del paciente.

Para ello un estudio experimental, tipo ensayo clínico, controlado, aleatorizado y a doble ciegas realizado por Marilizt Brizuela Mora demostró que el uso de la acupuntura en VG 20, IG 4, C 7, PC 6 resultó eficaz en el tratamiento de la ansiedad previo a la atención estomatológica pues desde la óptica holística, la ansiedad se debe a un aumento de la energía mental del corazón (energía yang de corazón aumentada) producto de una insuficiencia o lesión del polo psíquico de los riñones (energía ying disminuida). En los pacientes tratados con acupuntura, después de recibir las sesiones de tratamiento, se observa que disminuyó notablemente el temor hasta un 13 % y desaparecieron totalmente síntomas como: las sudoraciones, mareos, palpitaciones, vértigos, molestia en epigastrio, cefalea, fatiga y opresión torácica. No existieron reacciones adversas.⁷

El uso de la acupuntura resulta más beneficioso para el paciente, sobre todo el de edad avanzada, cuando el estado de salud está depauperado por severas enfermedades asociadas. Es aplicable en aquellos pacientes que presenten intolerancia a determinados fármacos analgésicos, o que sufren frecuentes reacciones anafilácticas que los limitan para recibir determinada sustancia o fármaco. Se aplica en casos de intervenciones que precisan la anestesia general endotraqueal, por lo que se evita la posibilidad de accidentes y otros riesgos atribuidos al método anestésico, es una técnica de elección para la intervención quirúrgica ambulatoria.²⁵

Lo citado anteriormente es de gran importancia y utilidad pues, en Cuba se ha

constatado un incremento de la expectativa de vida por lo que la población geriátrica que acude y acudirá a los servicios estomatológicos tiene tendencia a incrementarse cada vez más según el anuario estadístico de salud del 2017.

Los autores de este trabajo consideran la importancia de la visión que deben tener el personal de Estomatología y buscar medidas alternativas para una mejor atención a estos pacientes siendo la acupuntura una terapéutica posible para su atención. De igual forma es conocido que la hipertensión es uno de los principales padecimientos de los ancianos, y hay un gran número de pacientes hipertensos en Cienfuegos, como reflejo del incremento de enfermedades crónicas no transmisibles en el cuadro de salud de la población cubana; acuden a la atención primaria para la realización de procedimientos quirúrgicos como exodoncias.

Este proceder implica el suministro de lidocaína con epinefrina como anestésico, esta última es un vasoconstrictor agonista no selectivo que actúa sobre los receptores adrenérgico β – cardíaco provocando un aumento de la frecuencia cardíaca y fuerza de contracción, y sobre los α – vascular induciendo una vasoconstricción; ambos elevan la tensión arterial; provocando la complicación de dichos pacientes.²⁶

La Revista Medisur órgano de divulgación de las ciencias médicas en Cienfuegos refleja una prevalencia de hipertensión según proyecto CARMEN de 35,6% de las mujeres y 30.9 de los hombres.²⁷ Por lo que se considera la acupuntura como una técnica alternativa de elección para el tratamiento de pacientes ancianos e hipertensos evitando complicaciones.

En la actualidad la práctica de la acupuntura continúa abriéndose paso en el campo de la Estomatología pero no es de gran aceptación por parte de la sociedad ya que la inmensa mayoría de los pacientes que acuden a este servicio no esconden el miedo por los tratamientos odontológicos, aún más si se trata de realizar una extracción dentaria con analgesia acupuntural y como se mantiene de forma estable la entrada de medicamentos al país, entre ellos los anestésicos locales, prefieren estos últimos que recibir más de un pinchazo por finas agujas de acupuntura, en sitios adyacentes y distales al área de la extracción.¹⁶ Todo lo anterior lleva a que los autores ratifiquen la importancia de la acupuntura, además de que observen la necesidad de la divulgación del tema en cada una de las instituciones de salud del país para darle más seriedad, que la sociedad adquiera el conocimiento necesario para hacer conciencia sobre las mismas disminuyendo el miedo a dichas terapias; no solo para los pacientes también para muchos profesionales que se encierran en una especialidad y no dan lugar a la medicina holística pues existen numerosas situaciones en las que es posible su uso.

Cualquier afección en algún diente puede ser tratada por los meridianos relacionados se hacen en los puntos específicos indicados para el tratamiento estomatológico:¹⁷

Puntos analgésicos: Intestino grueso (IG 4). Estómago (E 43 y 44). Intestino delgado (ID 18).

Sedantes: Vaso gobernador (VG 20). Corazón (C 7). Pulmón (P 6 y 7).

Antinflamatorios: Vaso gobernador (VG 14). Intestino grueso (IG 11). Bazo (B 6).

Inmunológicos: Vaso gobernador (VG 14). Intestino grueso (IG 11). Estómago (E 36).

Bazo (B) 6. Homeostáticos: Intestino grueso (IG 11). Bazo (B 6). Estómago (E 36).

Estomatitis: intestino grueso (IG 4), estómago (E 36), vaso gobernador (VG 27) y corazón (C 7).¹⁷

Trismo: estómago (E 6 y 7), intestino delgado (ID 18) y vesícula biliar (VB 34).

Hemorragia: bazo (B 10) y vejiga (V 17).

Intranquilidad: pulmón (P 6), vaso gobernador (VG 20) y corazón (C 7).
Reanimación: vaso gobernador (VG 26), R 1).
Artrosis (ATM): termo regulador (TR 21), intestino delgado (ID 19) y vesícula biliar (VB 2).
Lipotimias: vaso gobernador (VG 26), estómago (E 36) y riñón (R 1).
Queilitis: estómago (E 4), vaso gobernador (VG 26 y 24), y los puntos distales intestino delgado (ID 3) e intestino grueso (IG 4).
Hipertensión: corazón (C 7), hígado (H 3) y riñón (R 1).
Neuralgia del Trigémino: Primera oftálmica Vesícula biliar – (VB-14). Vejiga – (V-2), Rama maxilar Estómago – (E-2-3) Vaso gobernador -- (VG-26). Distal: intestino grueso (IG-4), Rama mandibular Estómago – (E-6-7) Vaso gobernador – (VG-26) Distal: (E-44).
Odontalgias: Terapia de 3 repeticiones en 10s en el punto IG-4. Además IG-10 y E-36.¹⁷

Conclusiones:

Se evidencia la eficacia del tratamiento con acupuntura para tratar no solo la ansiedad sino muchas otras patologías que afectan o se relacionan con el sistema estomatognático, por los cambios que afloran con la edad, o hacen susceptible al paciente geriátrico; debido a que se establece el equilibrio del organismo de una forma, rápida, poco invasiva y económica, obteniendo resultados satisfactorios sin reacciones adversas. La acupuntura, además, es una excelente medida terapéutica porque el tratamiento tiene lugar no solo a nivel físico sino también a nivel mental, emocional y espiritual.

Se describió la amplia efectividad de la acupuntura como analgésico en el tratamiento estomatológico lo cual se basa en el bloqueo de la información de la vía responsable de la transmisión de los impulsos nerviosos que provocan la sensación del dolor. Entre los puntos más importantes utilizados en los tratamientos estomatológicos se identificaron varios, como el meridiano Intestino grueso, y de ellos el más relevante es el punto IG-4, además del meridiano Vaso Gobernador con los puntos VG – 20 y 26; el meridiano Estómago se destaca por un gran número de puntos relacionados con diferentes manifestaciones del complejo bucofacial así como se señalan algunos ubicados en el trayecto de los meridianos Vejiga, Vesícula biliar, Intestino delgado, Vaso concepción y Vaso gobernador.

Referencias Bibliográficas:

1. Amaro Cano MC. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. Rev Anales Acad Cie Cub. [Internet]. 2016 [citado 10 Feb 2017]; 6(2): [aprox. 24 p.]. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/505>
2. Odontochile [Internet]. Addison-Smith S, Adana A, Albers D, Altman K, Amigo A, Araneda D, et al. Acupuntura en Odontología. 2005 [citado 1 Abr 2017] Disponible en: <http://www.odontochile.cl/trabajos/acupunturaenodont.html>
3. Hernández Falcón L, García Rodríguez H, Garay Crespo MI. Manual de terapias naturales en estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
4. Álvarez Días TA, Tosar Pérez MA, Echemendía Sálix C. Medicina Tradicional China. Acupuntura, maxibustion y medicina herbolaria. La Habana: Editorial UH; 2014.

5. Guillaume Ramírez V, Ortiz Gómez MT, Álvarez Artímez I, Marín Quintero ME. Aplicación de la Medicina Natural y Tradicional y dificultades para su uso en Estomatología. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado 3 Mayo 2017]; 54(2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1211/351>
6. Hong Bu D, Arocha Arzuaga A, Pineda Rodríguez AM. Alternativas de tratamiento desde la medicina natural y bioenergética en enfermedades sistémicas y sus manifestaciones bucales. Segundo Congreso Virtual de Ciencias Morfológica. Morfovirtual 2014, La Habana, noviembre 2014 [La Habana: Cencomed/Infomed/CNICM; 2014]. [citado 17 Sep 2017]. Disponible en: http://www.morfovirtual2014.sld.cu/index.php/Morfovirtual/2014/paper/view/2_97/193
7. Brizuela Mora M, Sánchez Hernández AJ, Fuentes Guerrero E, Morales Miguel H, Manso Armas JR. Acupuntura en el adulto mayor ansioso ante el tratamiento estomatológico versus tratamiento convencional. AMC [Internet]. 2015 Dic [citado 2 Abr 2017]; 19(6): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600004&lng=es.
8. Anuario Estadístico De Cuba 2017. CAP 3: Población. Oficina Nacional De Estadística e Información Edición 2017.
9. Sosa M, Toledo T, Barciela MC, García M, Rojo M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2017.
10. Apodaca Pérez EC, Álvarez Figueredo E, Montes de Oca M, Ferreiro Y. Diagnóstico y tratamiento de la medicina tradicional y natural, como alternativa en emergencia y desastres. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2014 [citado 10 Abr 2017]; 43(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572014000400010&script=sci_arttext&tln_g=pt
11. Partido Comunista de Cuba. VI Congreso. Capítulo VI. Política social. Salud. En: Partido Comunista de Cuba. VI Congreso. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. La Habana: PCC; 2011. p. 24.
12. Aranda Álvarez R, Fonte Villalón M, Leiva Samuels L, Abreu Correa JM. Analgesia acupuntural. Su aplicación en estomatología. REMIJ [Internet]. 2014 [citado 10 Abr 2017]; 14(2): [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.remij.sld.ci/index.php/remij/article/view/79/167>
13. Ramos Portuondo H, Arias Chacón M, de la Fé Batista L, Ogra Álvarez MC. Analgesia acupuntural en la actividad quirúrgica. Realidad práctica alternativa. Pol Con [Internet]. 2017 [citado 10 Abr 2017]; 2(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
14. Molina A, Clar C, Rincón F, Rangel M, Duarte A, González A. La acupuntura vs. ibuprofeno como técnica analgésica para el tratamiento del dolor posoperatorio en la cirugía del tercer molar inferior retenido. Revista Internacional de Acupuntura [Internet]. 2017 [citado 2 Mayo 2017]; 5(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/8223>
15. Pargas Torres FM. Enfermería en la Medicina Tradicional y Natural. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.

16. Pita Laborí LY, Tabera García ME, Matos Cantillo D, Thomas Ferrer F, Thomas Ferrer A. Beneficios, contraindicaciones y precauciones de la Medicina Natural y Tradicional como respuesta a los problemas de salud estomatológicos. Rev Inf Cient [Internet]. 2017 [citado 10 Abr 2017]; 96(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/17/1034>
17. González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
18. Ordaz Hernández E, Ordaz Hernández M, Rodríguez Perera EZ. Salud oral en población geriátrica: experiencia en una casa de abuelos. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Jun [citado 2 Abr 2017]; 19(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000300006&lng=es.
19. Mejía-Pérez PM, Arbeláez Lelió D, Múnera MC. Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia. Rev. CES Odont. 2017; 30(1): 51-67.
20. Chávez Reátegui BC; Manrique Chávez JE, Manrique Guzmán JA. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2014 [citado 10 Abr 2017]; 24(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539382010>
21. Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
22. Blanco Mederos FM. Consideraciones actuales sobre la Estomatología geriátrica y su importancia para una longevidad saludable. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 Ene-Feb [citado: 3 Sep 2017]; 39(1). [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1761/3273>
23. Florián Rojas JC, Buitrago Ruiz YA. Uso de las Benzodiazepinas y riesgos de demencia: una revisión sistemática de la literatura. Edocur [Internet]. 2013 [citado 2 Feb 2017]; 2(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4943/1032376753?sequence=1&isAllowed=y>
24. Atiñol Torres E, Sencio Zaldivar V, León Garbey JL, Cedeño Suárez L, Cabrera Mariño T. Acciones de enfermería para la aplicación de la medicina natural y tradicional en adultos mayores. MEDISAN [Internet]. 2014 Feb [citado 2 Abr 2017]; 18(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200013&lng=es.
25. Collazo Ramos MI, Calero Ricardo JL. Algunas características del envejecimiento poblacional en Cuba. Medicentro Electrónica [Internet]. 2016 [citado 4 Mayo 2017]; 20(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/2155/175>
26. Whalen K. Farmacología. 6ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
27. Alfonso Príncipe JC, Salabert Tortoló I, Alfonso Salabert I, Morales Díaz M, García Cruz D, Acosta Bouso A. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2017 Ago [citado 3 Mayo 2017]; 39(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es.

LA ALFAPETOPROTEÍNA SÉRICA MATERNA COMO PARÁMETRO DE RIESGO EN EL EMBARAZO.

Roxana Álvarez Ferreiro, medraf981121@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de segundo año de la Carrera de Medicina.

Claudia Robles Ruiz, medcrr981024@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estudiante de segundo año de la Carrera de Medicina.

MSc. Dr. Domingo F. Fuentes Febles, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Dr. en Estomatología, Profesor Auxiliar, Especialista de Segundo Grado en Anatomía Humana.

RESUMEN

La alfafetoproteína es una glicoproteína producida por el feto durante las primeras semanas, que sirve como marcador en el suero materno para predecir algunos desenlaces perinatales adversos. El presente trabajo tuvo como objetivo demostrar la utilidad de la alfafetoproteína para la evaluación y seguimiento del embarazo. Para ello se consultó un total de 18 fuentes bibliográficas, entre ellas 1 libro y 17 artículos accedidos a través de los principales gestores de la red informática. Se concluyó que concentraciones anormales de alfafetoproteína medidas durante el desarrollo fetal se correlacionan con defectos estructurales congénitos y también se pueden vincular con resultados perinatales adversos. Palabras clave: ALFAPETOPROTEÍNA, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, SUERO MATERNO.

INTRODUCCIÓN

Actualmente es práctica común en los países con mayor desarrollo de los servicios asistenciales de genética, el tamizaje de defectos del tubo neural (DTN) y otras malformaciones congénitas, gracias a las cuantificaciones de alfa-fetoproteína (AFP) tanto del suero materno, como del líquido amniótico de las embarazadas con alto riesgo de malformación fetal ya sea por antecedentes de defectos del tubo neural en un producto previo o en uno de los padres, o por añosidad materna. Estas políticas han tenido un enorme impacto en la prevalencia al nacer de los DTN y de otros defectos

estructurales fetales que de igual manera contribuyen con cantidades anormales de AFP al líquido amniótico y a la circulación materna. ⁽¹⁾

La alfafetoproteína (AFP) es la fracción mayor de las proteínas séricas del embrión y es la primera de las globulinas alfa que aparece en el suero de los mamíferos, fue descubierta en el año 1956 por Bestrard y Czar, mediante un estudio electroforético del suero humano fetal, migra electroforéticamente como una alfa 1 globulina en las proximidades de la banda de la albúmina con la que en ocasiones se enmascara. Bioquímicamente es una glicoproteína, cuyo peso molecular es de 70 000 daltons, su secuencia de aminoácidos tiene gran homología con la de la albúmina, dado que 42 % de los últimos 590 residuos son idénticos, es codificada por un gen mapeado en el brazo largo del cromosoma 4. Interviene en varias funciones de importancia para el organismo, como el mantenimiento del volumen intravascular de la circulación fetal, la protección al feto del ataque inmunológico de los anticuerpos maternos y el transporte de ácidos grasos por el plasma fetal, entre otras. ^(2,3)

La cuantificación de la alfafetoproteína en suero materno (AFP-SM) en los últimos años se ha convertido en un complementario valioso en la práctica obstétrica, esta proteína es un marcador bioquímico importante para la evaluación y seguimiento del embarazo, en nuestro país se realiza entre las 15 y 19 semanas de gestación. ⁽⁴⁾

En Cuba se lleva a cabo en la atención primaria de salud desde el año 1982. El especialista en Medicina General Integral que atiende la gestante realiza la indicación de AFP en la consulta de captación para que se lo realice entre las 15 a 19 semanas de edad gestacional, preferiblemente entre las 15 y 16 semanas. La prueba implica una simple extracción de sangre de una vena de la madre y los resultados generalmente están disponibles en una a dos semanas; la lectura, validación e interpretación de los resultados se obtiene dividiendo cada resultado de la medición en el líquido amniótico de AFP entre la media calculada para la población de una determinada edad gestacional, se expresan como Múltiplo de la Mediana (MoM) para cada edad gestacional entre las 15 y 19 semanas ó "> 192" cuando la concentración de la muestra es superior al máximo punto de la curva. El resultado se considera elevado en aquellas

muestras de suero donde se obtienen valores superiores a dos veces el valor de la mediana para la edad gestacional correspondiente (2 MoM).⁽⁵⁾

La AFP no es un marcador diagnóstico ni específico de los DTN u otras malformaciones congénitas, y su valor debe ser interpretado junto con los resultados de otros análisis bioquímicos en el suero materno, ultrasonido, con el fin de optimizar el diagnóstico prenatal, disminuyendo así las posibilidades de falsos positivos y negativos.⁽⁶⁾

La meta es el diagnóstico de patología fetal lo más temprano en el embarazo para valorar la posibilidad de tratamiento intrauterino, interrupción del embarazo o preparación del núcleo familiar y del personal de salud, para la atención óptima del neonato afectado y así minimizar el daño y mejorar el tratamiento o rehabilitación.⁽⁵⁾

El presente trabajo tiene como objetivo demostrar que las embarazadas con concentraciones anormales de alfafetoproteína sérica tienen un riesgo mayor de resultados perinatales adversos y explicar la relación de niveles elevados de alfafetoproteína en suero materno con defectos congénitos y la relación existente entre los niveles séricos de alfafetoproteína sin causas aparentes con resultados perinatales adversos.

DESARROLLO

La AFP es sintetizada a partir de la cuarta semana de gestación fundamentalmente en las células del parénquima hepático, el saco vitelino y en pequeñas cantidades por el riñón, el tracto gastrointestinal y la placenta. Es un marcador bioquímico de gran valor para el diagnóstico prenatal de defectos del tubo neural (DTN) y otros defectos congénitos del cierre de estructuras.⁽²⁾

El feto produce grandes cantidades de AFP que es secretada a la circulación fetal, esta proteína pasa al líquido amniótico a través de la orina y después de la duodécima semana de gestación, por vías aún no definidas, a la circulación materna. La máxima concentración se alcanza entre las 15 y las 19 semanas de la gestación por lo que este resulta el momento ideal para su dosificación en el suero materno.^(2,7)

Normalmente, AFP se detecta en el embrión de 7 semanas. Su nivel se eleva hasta unos 300 mg% a las 13 semanas y luego declina linealmente hasta encontrarse alrededor de 7 mg% en el recién nacido de término. En prematuros se alcanzan cifras de 30 a 90 mg%. La presencia de AFP en el feto es una medida de síntesis y madurez fetal, estableciéndose una relación inversa entre los niveles séricos y la edad gestacional, contrariamente a lo que sucede con inmunoglobulina G y albumina, cuyos niveles se elevan a medida que la edad gestacional aumenta. ^(4,8,9)

Los valores absolutos de las concentraciones de AFP ofrecen importantes variaciones regionales, de forma tal que los valores de la mediana deben establecerse en cada región o grupo poblacional. El error en la estimación de la edad gestacional es la primera causa de AFP elevada. Cuando se obtienen valores de AFP elevados se debe considerar: ⁽⁴⁾

1. Peso materno: mujeres más pesadas tienen niveles menores de dicha proteína, quizá como consecuencia del efecto diluyente de un mayor volumen de sangre
2. Raza: las mujeres de raza negra tienen niveles mayores que las blancas, orientales o de origen hispano.
3. Diabéticas: las mujeres diabéticas normalmente tienen niveles menores que las no diabéticas.
4. Embarazo múltiple: los gemelos en promedio producen el doble de AFP que el feto único y mayores niveles de AFP sérica materna.
5. Ingesta de medicamentos: los niveles de AFP sérica materna disminuyen en las usuarias de alfametilidopa y fenotiacinas.

Entre las causas patológicas dependientes de la madre también se encuentran: la amenaza de aborto, la anemia severa, la hipertensión arterial, la izoinmunización por Rh, la sepsis urinaria, la desnutrición materna, las implantaciones anómalas de la placenta, los tumores hepáticos maternos y el cáncer durante la gestación, mientras que en las dependientes del feto se relacionan con el desarrollo de complicaciones obstétricas como son el óbito fetal precoz, el crecimiento intrauterino retardado, los defectos congénitos del tubo neural, renales y digestivas, también asociado con mayor frecuencia en, muerte fetal intraútero, parto pretérmino, bajo peso al nacimiento. Se ha encontrado que niveles anormales tanto altos como bajos son predictivos de otras

patologías adicionales, como embarazo molar y más recientemente, síndrome de Down. Entre las semanas 8 y 13 de gestación se dan cambios muy rápidos en los niveles de AFP en el líquido amniótico por lo que es muy difícil la interpretación clínica de esta medición y muy dependiente del cálculo de la edad gestacional de la paciente.

(3, 4,6)

La AFP elevada en suero materno causada por malformación está por encima de 5 MoM, mientras que la elevación por otras causas no excede esta cifra. La correlación entre un valor elevado de AFPSM y el riesgo obstétrico solamente debe ser considerada útil en embarazos con feto único, ya que en el caso de un embarazo múltiple es difícil discernir qué feto sería el responsable de la elevación de AFPSM. Entre el 2 al 3 % se corresponden con defectos del cierre de estructuras, dentro de ellas las del cierre del tubo neural, de la pared anterior y otros defectos como la agenesia renal bilateral. (4, 7,8)

Durante el primer mes después de la fecundación se forman las estructuras que darán origen al sistema nervioso, siendo el principal el tubo neural, que se cierra longitudinalmente al fusionarse sus pliegues laterales; cierre que comienza a los 21 días después de la fecundación y finaliza a los 25 o 26 días en el extremo cefálico y a los 27-28 días en el extremo caudal. Cuando este cierre se realiza de forma incompleta se originan los distintos defectos de cierre. (8,10)

Bajo el nombre de defectos del tubo neural (DTN) se agrupan una serie de anomalías congénitas, entre ellas la anencefalia con o sin espina bífida y espina bífida con o sin estar asociada a hidrocefalia y encefalocele. Este grupo de defectos congénitos se halla entre los más comunes, alcanzando niveles de incidencia altos en algunas poblaciones. La etiología de los DTN involucra factores ambientales y genéticos. En el caso de los factores ambientales, se ha identificado la utilización del ácido fólico como un factor protector contra los DTN, por el contrario, el abuso del alcohol en el primer mes de embarazo se asocia con los DTN. Estudios epidemiológicos han demostrado variaciones geográficas, temporales, en el nivel socioeconómico, en la dieta materna y en la exposición a drogas en la incidencia de los DTN. (4,11)

En general, los casos más frecuentes son de anencefalia con craneorraquisquisis y la espina bífida abierta con mielosquisis, los cuales se evidencia durante el proceso de neurulación, generalmente durante las semanas 3 y 4 después de la fecundación. Estas se originan como consecuencia de una falla primaria del cierre del tubo neural y clínicamente se cataloga como abierto.⁽⁷⁾

Para efectos del diagnóstico prenatal se debe hacer la distinción de defectos abiertos y cerrados. Un defecto abierto describe una situación en la cual hay comunicación entre el fluido cerebroespinal y el líquido amniótico, mientras que un defecto cerrado hay una piel gruesa que cubre el defecto. En general, cerca de la mitad de las malformaciones son anencefálicas y la mitad son espina bífida y los defectos cerrados acontecen cerca del 10% de todos los DTN.^(4,12)

La sangre fetal tiene un nivel normal de AFP en un DTN, la ruta por la que aumentan los niveles de AFP en el líquido amniótico se presume que puede ser por la salida del líquido cefalorraquídeo o por la trasudación o sangrado de capilares fetales directamente expuestos al fluido amniótico. Estas afirmaciones se apoyan en el hecho de que los niveles de AFP en espina bífida cerrada son normales o solo incrementados ligeramente.^(7,13)

En presencia de defectos de la pared anterior los niveles de AFT permanecen elevados, estos defectos se caracterizan por la protrusión de las vísceras abdominales a través de una abertura en o cerca del cordón umbilical. Comprende básicamente dos tipos de anomalía: Onfalocele y Gastrosquisis que se originan entre la 10 – 11 semanas por un fallo embriológico en el cierre de la pared abdominal.^(1,14)

La relación entre concentraciones elevadas de AFPSM y trastornos placentarios está en consonancia con el grado de alteración de la placenta. Los valores más elevados de AFPSM están relacionados con un mayor riesgo de muerte fetal inminente (anterior a la semana 28 de gestación). Es posible que alguno de estos casos correspondiese a un feto ya muerto, lo que originaría un tránsito mayor de AFP de sangre fetal al líquido amniótico, reflejándose posteriormente en el valor de AFPSM. La muerte fetal antes de la semana 28 de gestación se observa una clara relación entre el incremento de su incidencia y el aumento de la concentración de AFPSM, cuando el valor de AFPSM es

superior a 3,0 MoM. Sin embargo, cuando se trata de una muerte fetal posterior a la semana 28 de gestación no existe correlación alguna entre la incidencia y el incremento del valor de AFPSM. ^(7,15)

Existe una relación entre la elevación de las concentraciones de AFP y la presencia de parto pretérmino, mostrando esta prueba tener una alta capacidad diagnóstica y poder predictivo para la ocurrencia de esta patología en embarazadas con factores de riesgo, caracterizado por altas tasas de sensibilidad, especificidad, por tanto, en concentraciones anormales de este marcador en gestantes con fetos sin defectos congénitos, debe orientar al clínico a la prevención y detección oportuna tanto de parto pretérmino como de otras complicaciones e integrarlos a la asesoría de riesgo, para evitar las secuelas de las mismas. ^(16,)

Otro de los hallazgos relacionados con valores elevados de AFPSM es el bajo peso al nacimiento. El número de recién nacidos con bajo peso alcanza su máxima incidencia con valores de AFPSM entre 2,5 y 3,0 MoM, disminuyendo cuando el valor de AFPSM sobrepasa los 3,0 MoM. ⁽¹⁷⁾

Durante el año 2016 en nuestra provincia se debieron haber realizado 4064 exámenes de alfafetoproteína ya que 44, fueron no útil por ser captaciones tardías por lo que se realizaron un total de 4020, de estas 132 con resultados elevados desglosándolas por posibles diagnósticos causales: (5) Fecha de la última menstruación imprecisa, (11) Embarazo Gemelar, (2) Aborto Diferido, (23) Bajo Peso Materno, (5) Malformaciones congénitas, (3) Defecto del tubo neural, (2) Defecto de Pared. Un total de 86 sin causa diagnóstica, a las cuales se investigará el final del embarazo para demostrar si se relaciona con resultados postnatales adversos. ⁽¹⁸⁾

CONCLUSIONES

Los niveles de alfafetoproteína elevados en ausencia de malformaciones se deben a factores relacionados con el estado de salud materno o con errores en el cálculo de la edad gestacional. Concentraciones anormales de alfafetoproteína medidas durante el desarrollo fetal se correlacionan con defectos estructurales congénitos, principalmente malformaciones del tubo neural y también se pueden vincular con resultados

perinatales adversos como parto pretérmino, bajo peso al nacer. Los niveles elevados de AFP en el suero materno constituyen un importante indicador que alerta al asesor genético y al resto de los médicos de asistencia de la embarazada sobre sucesos que amenazan el bienestar materno fetal, por lo que su indicación y realización a partir de las 15 semanas de gestación garantiza un mejor seguimiento del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llamas Paneque AJ, Análisis de las malformaciones congénitas detectadas por el programa alfafetoproteína-ultrasonido genético. Rev. Cub. Med Gen Integr [Internet]. 2007 [citado 20 Abr 2017]; 23 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-252007000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Marcheco TB. Programa Nacional de Diagnóstico, manejo y prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos de Cuba: 1921-2009. Revista Cubana de Genética Comunitaria [Internet]. [citado 20 Abr 2017] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v3n2_3/rcgc1623010%20esp.htm
3. Gordo JM, Sánchez González MC, Hernández Pérez N, Calvo Orduña MJ. Las posibilidades del Consejo Genético en Atención Primaria. Rev Clín Med Fam. 2014;7(2):118-29 [citado 20 Abr 2017] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v3n2_3/rcgc1623010%20esp.htm
4. Hernández Triguero Yanet, Suárez Crespo Maidelyn, Rivera Esquivel María Caridad, Rivera Esquivel Virginia Caridad. La genética comunitaria en los programas de diagnóstico prenatal. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Jun [citado 20 Abr 2017]; 17(3): 80-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-1942013000300009&lng=es
5. Oliva JR. Defectos del tubo neural. En: Oliva JR. Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2010. p. 61-9.
6. Surí González J, Ocaña Gil MA, Liriano Ricabal MR, Días Requeiro L, Masó Rangel A, González Sosa S. El ABC para el diagnóstico y prevención de las enfermedades genéticas en la atención primaria de salud. Medisur. [Internet]. 2009 [citado 26 Abr

- 2017]; 7(3): [Aprox. 15p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-009000300012&script=sci_arttext
7. Androutsopoulos G, Gkogkos P, Decavalas G. Mid-Trimester Maternal SerumhCG and Alpha Fetal Protein Levels: clinical Significance and Prediction of Adverse Pregnancy Outcome. *Int J Endocrinol Metab* [Internet]. 2013 [citado 20 Abr 2017];11(2). Disponible en: <http://endometabol.com/5014.fulltext>
 8. Lima Iznaga D, Trueba Hidalgo Y. Comportamiento de la Alfafetoproteína como prueba genética de laboratorio, 2005-2009, Boyeros [Internet]. Boyeros: Facultad Enrique Cabrera; 2012. citado 26 Abr 2017 Disponible en: <http://cimfcuba%202012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012>
 9. Delgado Díaz OL, Lantigua Cruz A, Cruz Martínez G, Díaz Fuentes C, Berdasquera Corcho D, Rodríguez Pérez S. Interrupciones de embarazo por malformaciones congénitas. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*. [Internet]. 2007 [citado 26 Abr 2017];23(2): [Aprox. 6p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 10. Fuentes GE, Quiñones RI, Quintana HD. Alfafetoproteína elevada en suero materno. *Rev Ciencias Med Habana*. 2015;21(Sup):14-23. [Internet]. [citado 26 Abr 2017] Disponible en: <http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/749>
 11. M^a Dolores Pozo. Plan de cuidados de la consulta prenatal. Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. [Internet]. 2013 [citado 26 Abr 2017]; [Páginas aproximadas 4]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/consulta_prenatal.pdf
 12. Androutsopoulos G. Marcadores séricos como predictores de mala evolución durante el segundo trimestre de embarazo. *Salud (i) Ciencia* [Internet]. 2012 [citado 26 Abr 2017];18(8). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&>
 13. Oliva Rodríguez JA. Ultrasonografía en el 1er trimestre de la gestación. En: Oliva Rodríguez JA. Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.

14. Jelliffe-Pawlowski L, Shaw GM, Currier RJ, Stevenson DK, Baer RJ, O'Broovich HM, et al. Association of Early Preterm Birth with Abnormal Levels of Routinely Collected First and Second Trimester Biomarkers. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2013 [citado 26 Abr 2017];208(6). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3672>
15. Pérez Martín MM, Falcón Fonte Y, Licourt Otero D, Cabrera Rodríguez N, Cruz Miranda A. Indicadores de efectividad del asesoramiento genético. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2012 Jun [citado 26 Abr 2017];16(3):27-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000300005&lng=es
16. Delgado Díaz OL, Lantigua Cruz A, Cruz Martínez G, Díaz Fuentes C, Berdasquera Corcho D, Rodríguez Pérez S. Interrupciones de embarazo por malformaciones congénitas. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*. [Internet]. 2007 [citado 26 Abr 2017];23(2): [Aprox. 6p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Proenza Rodríguez R, Martínez Álvarez FF, Pimentel Benítez H, Moras Bracero FJ. Trabajo comunitario, participación social y red de actores en la percepción del riesgo genético. *Rev Hum Med*. [Internet]. Sep-Dic 2010 [Citado 22 Feb 2013]; 10(3): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v10n3/hmc050310.pdf>
18. Informe Estadístico de Genética Provincial, Cienfuegos, 2016 .

Evento Hisponocubano

Cienfuegos 2018

Título: La calidad de vida en pacientes diabéticos, tratados con Heberprot P.

Autores:

- Dra. Gloria Lara Calderín. Esp. 1er Grado Medicina Interna y de 2do grado en MGI. Profesora Auxiliar– Policlínico Área III. Cienfuegos.
Email- glorialc@jagua.cfg.sld.cu
- Dra. Ana Teresa Fernández Vidal- Esp. 1er y 2do Grado en MGI Profesora Auxiliar FCM – Cfgos
- Dra. Anabel Geroy Fernández- Esp. 1er Grado en MGI Profesor Instructor – Policlínico Area II. Cienfuegos.
- Anay de la Caridad Nuñez Herrera- Esp. 1er Grado en MGI Profesor Asistente – FCM –. Cienfuegos.
- Dr. Eduardo Milian Lara - Esp. 1er Grado en MGI. Profesor Instructor y residente de Imagenología– HGAL. Cienfuegos
- Hilda Robaina Becerra- Esp 1er grado en Gineco-obstetricia y2do Grado en MGI Profesora Profesor Asistente – Policlínico Area II. Cienfuegos.

Resumen:

- **Fundamento:** La Diabetes Mellitus constituye en la actualidad un problema de salud que afecta a millones de personas. El pie diabético es una complicación crónica frecuente. **Objetivo:** determinar la calidad de vida del paciente con diagnóstico de pie diabético después de la aplicación del Heberprot-P. **Material y Métodos:** Se desarrolla un estudio descriptivo, transversal, el universo 41 pacientes con pie diabético que asistieron a la consulta de Atención al Diabético en el Policlínico Octavio de la Concepción de la Pedraja del municipio de Cienfuegos durante el periodo de abril 2009-abril 2016, a los cuales se les aplicó el Heberprot P. Se utilizaron los datos obtenidos al aplicar un instrumento para medir la calidad de vida, cuestionario DIABETES 39. Las variables registradas corresponden a: las dimensiones biológicas, psicológicas y social, además la percepción sobre la calidad de vida referida por el paciente. Las técnicas estadísticas aplicadas son de tipo descriptivas con distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. Las presentaciones de los resultados obtenidos se realizaron mediante tablas y gráficos. **Conclusiones:** Se aprecia una mayor calidad de vida luego de aplicar el tratamiento con Heberprot P, la calidad de vida de los pacientes es percibida por la tercera parte de estos como buena luego del tratamiento y más de la mitad de los pacientes interpretan como no grave su enfermedad complicada por el pie diabético, la dimensión biológica fue la más afectada.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Pie diabético, Heberprot P, Calidad de Vida.

I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, poligénica que afecta no solo el metabolismo de los carbohidratos, sino el de las proteínas y lípidos, caracterizada por presentar hiperglucemia a causa del déficit en la secreción de insulina, insulina-resistencia o combinación de ambos mecanismos, asociado al desarrollo de complicaciones macro y micro vasculares. ⁽¹⁾

La Diabetes Mellitus constituye en la actualidad un problema de salud que afecta a millones de personas. El presidente de la Federación, Sir Michael Hirst, señala en el prólogo del Informe Diabetes Atlas comentado, que el 80% de la población diabética mundial habita en los países más pobres económicamente y socialmente subdesarrollados. A los 382 millones de pacientes que actualmente padecen diabetes mellitus sintomática, mayormente tipo 2, se agregarán en los años venideros 316 millones de personas que desarrollarán Intolerancia a la Glucosa, circunstancia que aumentará excesivamente las posibilidades de llegar a padecer la Diabetes sintomática, con todas sus consecuencias. La dimensión de estos datos impone a la sociedad un gran reto, pues evidencian que la enfermedad contribuye a la mortalidad prematura y la discapacidad al aumentar los riesgos de cardiopatías, nefropatías, amputaciones de miembros inferiores y ceguera. Afectando extraordinariamente la calidad de vida de la población afectada. ⁽²⁾

En Cuba, se reporta una tasa de pacientes dispensarizados por Diabetes Mellitus en el año 2016 de 58.3 x 1000 habitantes y la enfermedad se mantuvo como la octava causa de muerte, con una tasa de mortalidad bruta de 20,0 por cada 100 000 habitantes. ⁽³⁾

Es importante considerar que el paciente diabético muere de sus complicaciones y no de su enfermedad, y es de destacar que la posibilidad de sufrir de complicaciones es más alta medida que aumente el tiempo de convivencia con esta enfermedad y del no control metabólico mediante una terapéutica efectiva y los factores de riesgo asociados. Varios autores señalan que después de los 5 años de iniciada la enfermedad pueden comenzar las complicaciones tardías o crónicas.

Constituyen una complicación frecuente en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus las Úlceras de Pie Diabético (UPD), con una incidencia anual en todo el mundo de alrededor de un 2% y una prevalencia entre 2 y 10% según la región. Se estima que un 15% de los pacientes con diabetes desarrollarán úlceras en algún momento de su vida, afectando con mayor frecuencia a pacientes entre 45 a 65 años. Del 10 al 30% de los pacientes diabéticos con úlceras progresarán a amputación. La presencia de infección favorece este evento y se reporta que alrededor del 60% de las amputaciones están precedidas por úlceras infectadas. ⁽⁴⁾

El pie diabético es una complicación crónica frecuente de Diabetes Mellitus, con un alto costo sanitario por las hospitalizaciones prolongadas, por el largo período de rehabilitación y por la afectación de la calidad de vida si no se logra un tratamiento y curación efectivos, esta complicación se presenta por la oclusión de las arterias periféricas que lo irrigan y se complica a menudo por daño de los nervios periféricos locales e infección, este daño puede conducir a la gangrena, es importante considerar que la sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar define al pie diabético como una alteración clínica (neuropatía) inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce lesión y ulceración del pie. Aproximadamente el 15% de todos los pacientes con Diabetes Mellitus desarrollará una úlcera en el pie o en la pierna durante el transcurso de su enfermedad. La magnitud de las cifras se pone de

manifiesto por el hecho de que más del 25% de los ingresos hospitalarios de los diabéticos están relacionados con sus pies.⁽⁵⁾

Constituye un elemento de interés para los profesionales de la atención primaria de salud, la evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas, para ello es necesario razonar que la calidad de vida es definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social se define como equivalente al bienestar, en el bio-médico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial.⁽⁶⁾

La evaluación de la calidad de vida relativa a salud (CVRS) tiene importancia tanto para la asistencia individual, como para la planificación de los servicios, pues es un resultado del contacto con el sistema sanitario y también tiene una clara relación con la utilización de la consulta en la Atención Primaria de Salud que en Cuba es garantizada a través del Programa del Médico y enfermera de la Familia.

El Policlínico Área III de Cienfuegos cuenta con una población dispensarizada de 17 356, de ellos diabéticos 1020 pacientes, representando el 6,4% de la población total del área, han presentado pie diabético 97 pacientes, y se han amputado 3. Actualmente se mantiene el seguimiento de estos pacientes en la consulta multidisciplinaria integral para la atención al diabético, se encuentran con la terapéutica de la aplicación de Heberprot-P un total de 41 pacientes diabéticos, que han presentado una respuesta satisfactoria al tratamiento aplicado, presentando cicatrización el 78.0% de los mismos. Por la repercusión que tiene en la calidad de vida las alteraciones que se presentan por la complicación del pie diabético, y por el empeño que realiza en los servicios del área de salud para alcanzar una atención integral, continua y de calidad, se plantea como objetivo determinar la calidad de vida del paciente con diagnóstico de pie diabético después de la aplicación del Heberprot-P, en el Policlínico Universitario Octavio de la Concepción y de la Pedraja del municipio de Cienfuegos durante el periodo de abril 2009- abril 2016.

II. DESARROLLO

Diseño metodológico

Con el propósito de determinar la calidad de vida del paciente con diagnóstico de pie diabético después de la aplicación del Heberprot-P, en el Policlínico Universitario Octavio de la Concepción y de la Pedraja del municipio de Cienfuegos durante el periodo de abril 2009- abril 2016, se desarrolla un estudio descriptivo, transversal. El universo constituido por 41 pacientes con pie diabético que asistieron a la consulta de Atención al Diabético de dicha institución durante el periodo ya referido y a los cuales se les aplicó el Heberprot P.

Se solicitó el consentimiento informado de forma escrita de cada uno de las participantes en el estudio.

Para realizar la investigación se utilizaron los datos obtenidos al aplicar un instrumento para medir la calidad de vida, el cuestionario DIABETES 39. Este instrumento se les aplicó en la consulta luego de concluir el tratamiento con Heberprot

Las variables registradas corresponden a: las dimensiones biológicas, psicológicas y social, además la percepción sobre la calidad de vida referid por el paciente

Las técnicas estadísticas aplicadas son de tipo descriptivas con distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. Las presentaciones de los resultados obtenidos se realizaron mediante tablas y gráficos. El procesamiento de la información se realizó mediante una computadora personal Pentium 4 con ambiente de Windows XP y el paquete computacional MSWord XP como procesador de texto. Se utilizaron

además las pruebas de significación estadística necesarias con una exigencia del 95%, a través del programa estadístico microsta.exe, con la escala siguiente: probabilidad (p); $p > 0.05$ no significativo, $p < 0.05$ significativo, $p < 0.01$ muy significativo, $p < 0.001$ altamente significativo

Resultados

La calidad de vida se evalúa con una visión tridimensional, teniendo de referencia las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Al aplicar el cuestionario Diabetes 39 para medir la calidad de vida se pudo apreciar que en la dimensión biológica el 87,8 % de la muestra estudiada tuvo limitación en el nivel de energía después de aplicar el fármaco siendo muy significativo, tenían dificultad para los cuidados personales, después del tratamiento el 78,0%. Refirió sensación de debilidad el 73,2 %, presentaron actividad física deficiente el 90,2%, manifestaron visión borrosa o pérdida de la visión en solo 3 pacientes para un 7,31 %. (Tabla N° 1)

Tabla No. 1: Calidad de vida del paciente con ulcera del pie diabético después de aplicado Heberprot- P. Dimensión Biológica

Dimensión Biológica	No	%
Limitación del Nivel de energía	36	87.8
Dificultad para los cuidados personales	32	78.0
Sensación de Debilidad	30	73,2
Dificultad en las actividades físicas	37	90.2
Pérdida de la visión	3	7,3

Fuente: Cuestionario "Diabetes 39" Calidad

Al analizar los parámetros en relación a los moduladores psicológicos se pudo evidenciar que después del tratamiento no tienen alteraciones psicológicas el 75,6 % solo presentaron manifestaciones de tristeza o depresión el 24,4%.

Tabla No. 2: Calidad de Vida del paciente con pie diabético después de aplicado Heberprot- P: Dimensión Psicológica

Di Dimensión Psicológica	No	%
Sin Alteraciones	31	75.6
Preocupación por el futuro	25	60,97
Tristeza o Depresión	10	24,4.7
Total	41	100.0

Fuente: Cuestionario "Diabetes 39" Calidad de vida

Al analizar los marcadores en la dimensión social se pudo observar que la alimentación resulto ser la más afectada siendo muy significativo, en 20 pacientes para un 48,8 % seguido por las dificultades en la vida familiar en 12 pacientes después de tratamiento para un 29,3 %, al terminar el tratamiento solos 7 pacientes tenían limitaciones en la vida social que representa el 17,1 %.

Tabla # 3: Calidad de vida del paciente con ulcera del pie diabético después de aplicado Heberprot- P: Dimensión Social

Dimensión Social	No	%
Problemas Económicos	10	24.4
Alimentación	20	48,8.
Vida Familiar	12	29,3
Vida Social	7	17.1

Fuente: Cuestionario “Diabetes 39” Calidad de vida

Al analizar la percepción sobre la calidad de vida, se observa que en 18 pacientes (43,9 %) presentan afectaciones no graves antes del tratamiento sin embargo después del tratamiento 23 pacientes (56,1%), 17 pacientes (41,5 %) presentan afectaciones graves antes del tratamiento y después del tratamiento 12 pacientes (29.3 %), perciben sus afectaciones muy graves 6 pacientes tanto antes como después del tratamiento para un 14,6 %.

Desde el perfil subjetivo es importante considerar la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida para lo cual la escala Diabetes 39 utiliza el rango del 1 al 7. De los 41 pacientes estudiados 25 respondieron en el rango de 5-6-7 para una calidad de vida percibida de buena antes del tratamiento y 34 pacientes después del tratamiento para 82,9%, 9 pacientes (21,9 %) antes del tratamiento respondieron en el rango de 3-4 para una calidad de vida percibida de regular así como después del tratamiento 7 pacientes (17,1 %), 7 pacientes estuvieron contempladas en los intervalos 1-2 que representa el 17.1% antes del tratamiento, para una calidad de vida percibida de mala y al finalizar el tratamiento ningún paciente.

Tabla No. 4: Percepción de la Calidad de Vida del paciente con ulcera del pie diabético después de aplicado Heberprot- P.

Percepción de la Calidad de Vida	Antes del tratamiento		Después del tratamiento	
	No	%	No	%
Buena	25	73.5	34	82.9
Regular	9	21.9	7	17.1
Mala	7	17.1	0	0.0
No Grave	18	43,9	23	56.1
Grave	17	41.5	12	29.3
Muy Grave	6	14.6	6	14.6

Fuente: Cuestionario “Diabetes 39” Calidad de vida

Discusión de los resultados

En la Tabla 1, se aprecian los resultados de la calidad de vida relacionada con la dimensión biológica, se aprecian afectaciones en esta esfera que limitan la realización de actividades necesarias para garantizar una larga vida, satisfactoria y competente.

Diferentes autores señalan que la calidad de vida está basada en: salud, educación e ingresos económicos y el capital de salud lo define como el tiempo libre de enfermedad que contribuye al trabajo fecundo, al consumo y al ahorro, señala que la productividad del hombre es proporcional a su calidad de vida, Este estudio no se aísla de la diferente teoría de múltiples autores al abordar la calidad de vida, además de incorporar la percepción referida por el paciente.⁽⁷⁾

La Dimensión biológica al conformarse para su evaluación en energía, validismo, realización de las actividades físicas, estado de la visión, cuidados a la persona, se ve afectada por la discapacidad que produce el pie diabético, para evitar que estos daños afecten la calidad de vida del paciente, es necesario e importante un tratamiento adecuado y efectivo, como el que se aplica en la consulta con el Heberprot, es por ello que constituye una oportunidad la evaluación de la calidad de vida luego de aplicar el tratamiento.⁽⁸⁾

La consulta logra a través de sus acciones apropiar a los pacientes de elementos de educación para la salud, en respuesta a los expresado por diferentes autores que señalan que la sabiduría es el equilibrio de las 3 dimensiones es por eso que la mayoría de nuestros diabéticos se sienten felices, satisfechos en sus hogares porque han logrado con sabiduría enfrentar los problemas cotidianos.^(9,10)

Los resultados alcanzados con la evaluación de la dimensión psicológica muestran la presencia de más de la mitad de los pacientes con preocupación por el futuro y una cuarta parte de estos portadores de tristeza y depresión.

Se ha desarrollado un campo de estudios sobre DM y depresión. Se conoce que la depresión es un factor de riesgo para la DM y viceversa. Pacientes con DM tienen el doble de riesgo de depresión que la población general, y la depresión en ellos puede empeorar el estado de salud a partir de una más baja adhesión a las diferentes actividades de auto cuidado, específicamente respecto al control de la dieta y el auto-monitoreo de la glucosa. Algunos estudios muestran una prevalencia de depresión en personas con DM de alrededor del 20 %, y es la proporción de mujeres mayor que la de los hombres. La depresión, además, se asocia significativamente con la ansiedad, y correlaciona con variables como la edad, el género y el tratamiento con insulina.¹¹

Las condiciones de vida estresantes que se hacen duraderas y dañan la calidad de vida pueden afectar la regulación psicobiológica, que es la vía utilizada por las descargas emocionales y los estados afectivos negativos y duraderos, haciendo posible que se produzcan alteraciones bioquímicas, fisiológicas e inmunológicas que participan en la gestación de enfermedades.¹²

Algunos autores aseveran que la alta demanda de modificación de los estilos de vida en personas con DM parece ser uno de los retos más difíciles de vencer, unido a la posibilidad de afrontar complicaciones serias de salud, como la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía, con consecuencias adversas para la calidad y la esperanza de vida. Ello genera grandes preocupaciones desde el inicio de la enfermedad. Sobre estas bases es común encontrar, especialmente en personas jóvenes y en aquellas que recibieron el diagnóstico durante su juventud, que les resulta muy difícil "aceptar" la enfermedad, y "adaptarse" a ella. La DM exige de una atención esmerada, cotidiana, considerando varios aspectos a la misma vez; exige modificar costumbres, hábitos y creencias, que probablemente han jugado un rol importante en los procesos de identidad de los sujetos, desde el punto de vista personal, familiar y social.¹¹

El tratamiento y la "adaptación" o "aceptación" de la enfermedad puede implicar un largo proceso de maduración durante el cual se han reportado numerosas

reacciones psicológicas, como, el shock inicial ante el diagnóstico, la negación, la irritación, el regateo, la tristeza y la aceptación. Actitudes o expresiones de rechazo ante la enfermedad pueden aparecer, sobre todo, en los momentos iniciales. A lo largo de toda la experiencia con la enfermedad los sujetos pueden expresar, con relativa frecuencia, sintomatología psicopatológica, especialmente ansiedad, depresión e irritabilidad, que se originan a partir de su connotación amenazadora para la vida y que impregnan las dinámicas interpersonales.¹¹

Algunas de sus expresiones más comunes son la sensación de falta de control sobre la enfermedad, los temores e inseguridades respecto a la salud y el cuerpo, la pérdida o disminución de motivaciones, la inquietud o "nerviosismo", la aprehensión, los trastornos del sueño y de los patrones nutricionales, la hostilidad, la labilidad emocional, las manifestaciones psicósomáticas (dermatológicas, gastrointestinales y cardiovasculares), las dificultades en los procesos de reconstrucción de la imagen corporal, de la autoestima, y en algunos procesos cognoscitivos (memoria, atención, concentración), el aislamiento social, así como la pérdida del sentido de la vida.¹¹

Estudios realizados dentro y fuera del contexto cubano con personas con diferentes enfermedades endocrinas, dentro de las que se incluye la DM (como enfermedad única, o compartida con otras endocrinopatías), revelan que aunque los impactos de la enfermedad y su tratamiento sobre el cuerpo y su funcionamiento son profundos, son los cambios vividos desde el punto de vista psíquico y emocional y, especialmente, su expresión en las relaciones interpersonales.¹¹

Los valores alcanzados en el índice de Bienestar Social coinciden con otros estudios de evaluación de la calidad de vida que se han realizado en España y Rusia, donde se presentan valores elevados en estas escalas, resultado que se sustenta por el desarrollo alcanzado por Cuba en materia de seguridad y derecho social, en la garantía que existe para la salud y la atención socio cómica, que lo sitúan en igualdad con países desarrollados.

Lo anterior manifiesta el criterio de que la calidad de vida debe ser concebida como multidimensional a través de un modelo que considere no solo lo relacionado con los indicadores objetivos de capacidad, planteados por el PNUD, y el bienestar subjetivo, a través de los indicadores de satisfacción por la vida y felicidad, sino también debe integrar el estudio de indicadores subjetivos o creencia de la capacidad para enfrentar la vida que el sujeto percibe.⁽⁶⁾

Según criterios de la autora de la investigación el constructo Calidad de Vida está constituido por aspectos esenciales que incluyen elementos objetivos y subjetivos como valores, metas, expectativas y necesidades, definidas tanto por los individuos como por la sociedad, conjugados con elementos de la percepción de bienestar, constituye un concepto que se encuentra determinado culturalmente.

Los resultados anteriores pudieran estar relacionados con el funcionamiento en el Policlínico Área III de Cienfuegos de una Consulta especializada, en la que se vincula la labor de la trabajadora social y la psicóloga que en conjunto a otros miembros del equipo trabajan con miras a lograr el empoderamiento y elevar la autoestima lo cual puede condicionar que el paciente diabético mejore su función psicosocial, al lograr adquirir herramientas para enfrentarse a los retos que se le presenten al convivir con una enfermedad crónica.

La consulta de atención integral al diabético desarrolla una labor integral y multidisciplinaria y aporta una atención promocional, preventiva, curativa y rehabilitadora a los pacientes aquejados con la enfermedad.

Desde la consulta mediante acciones intersectoriales se canalizan problemas socioeconómicos en los casos necesarios, lo cual facilita a los pacientes diferentes

trámites socio cómicos y favorece la resolución de diferentes problemas que contribuyen a elevar la calidad de vida de las mismas.

Al analizar el constructo calidad de vida según la dimensión social se aprecia que aproximadamente la mitad de los pacientes refieren dificultades para logara ruan adecuada alimentación, una cuarta parte refieren problemas económicos y casi una tercera parte problemas y conflictos en la vida familiar, solo 7 pacientes refirren problemas en la vida social.

Las autoras dela investigación refieren que los resultados anteriormente descritos pueden estar condicionados por que la Diabetes Mellitus exige la capacidad del enfermo (o quien lo asiste) para cumplir con un programa de tratamiento relativamente complejo, que incluye precauciones en el uso de jeringas, agujas, frascos, ámpulas, medir su glucemia por métodos de auto cuantificación en el hogar, el consumo de una dieta adecuada con un aporte puntual de alimentos, entre otras exigencias, otros autores han referido similares resultados.¹²

Es importante considerar que la diabetes mellitus (DM) tiene repercusión sobre control metabólico y pueden ocasionar complicaciones de salud con repercusión en diferentes órganos y sistemas. Además, pueden conducir a depresión, falta de adhesión al tratamiento y limitación de las relaciones íntimas y en la vida familiar.¹³

En la representación social de la diabetes y su control, existe una multiplicidad de factores los cuales muestran una perspectiva global del padecimiento donde confluyen elementos de tipo social, cultural, físico, emocional, y espiritual. Desde el punto de vista de los enfermos, se presenta al padecimiento como algo que está implicado en la totalidad de su persona, en sus relaciones familiares, sociales y laborales. Diferentes estudios revelan que la representación social de la diabetes en los pacientes muestra una concepción biologicista y fatalista, la asocian negativamente con muerte, discapacidad y daños en el organismo.

La población diabética utiliza más de un medicamento por su diabetes y sus enfermedades asociadas (Polifarmacias), muchas de las veces no tienen recursos económicos entrando a jugar un papel importante la familia por lo cual este es otro problema de salud. En este estudio esa dificultad no existe ya que el medicamento del Pie Diabético se le da gratuito a los pacientes, no teniendo que ingresar en el hospital pues se le pone el medicamento en la Atención Primaria de Salud que desde el reordenamiento del Sistema de Salud cubano desde el año 2009, es la única consulta que se ha mantenido Nacionalmente con carácter multidisciplinario.¹⁴

Discrepando nuestros resultados en cuanto a la alimentación que lo ven con alteraciones, si repercute en la calidad de vida del diabético.

La percepción de la calidad de vida es considerada de buena en aproximadamente una tercera parte de los diabéticos así como es una complicación no grave por una cuarta parte de estos aproximadamente. Los resultados encontrados en el estudio pueden estar condicionados por los recursos que aporta el Ministerio de Salud Pública de Cuba y garantiza la atención a cada uno de los programas priorizados para las enfermedades no transmisibles, el de diabetes se mantiene desde el 1977 y es auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud.^(12,15)

Es importante resaltar que la percepción sobre la calidad de vida de una persona, si es buena y expresa cierta realización personal o conformidad apoyada en su sentido personal, puede contrarrestar los molestos efectos o los temores provenientes de las enfermedades.¹²

El programa Nacional de control del Pie diabético dentro del programa Nacional de Control a la diabetes orienta una proyección comunitaria por el instituto Nacional de Endocrinología permitiendo que se mejore la calidad de vida de estos pacientes al

mejorar la atención médica por el equipo de salud del consultorio médico lo que permite por el equipo multidisciplinario óptima atención al integrar el mismo médico, enfermera, podólogo, trabajadora social, sicóloga, educadora para la salud, estomatólogo, todos capacitados mediante ,diplomados nacionales en la aplicación del Heberprot- P, los pacientes reciben en cada una de las consultas información y confianza en el medicamento que se les aplica.

III. CONCLUSIONES

- Se aprecia una mayor calidad de vida en los pacientes estudiados luego de aplicar el tratamiento con Heberprot P.
- La calidad de vida de los pacientes con pie diabético tratados es percibida por la tercera parte de estos como buena luego del tratamiento y más de la mitad de los pacientes interpretan como no grave su enfermedad complicada por el pie diabético.
- La dimensión biológica fue la más afectada, ya que más de las tres cuartas partes de los pacientes tienen afectaciones en la limitación de energía, para los cuidados personales, refieren sensación de debilidad y el mayor porcentaje refiere dificultad para las actividades físicas.

IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Naya L, Delgado Álvarez E. Diabetes mellitus. Criterios diagnósticos y clasificación. Epidemiología. Etiopatogenia. Evaluación inicial del paciente con diabetes. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. Sep 2016 [citado 25 Ene 2018];12(17):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216301421>
2. Mora-Morales E. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. Acta méd. costarric [Internet]. 2014 Apr.-Jun. 2014 [citado 30 Ene 2018];56(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200001&lng=en
3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. 2017. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección e Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2016 [citado 2017 Dic 12]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
4. Martínez R, Montano E, Pérez D, Torres O, Tejera JF, González L. Non-surgical but efficacious technique for diabetic foot treatment. Biotecnol Apl [Internet]. Abr.-Jun. 2010 [citado 2017 Dic 27];27(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1027-28522010000200006
5. Berlanga J, Fernández JI, López E, López PA, del Río A, Valenzuela C, et al. Heberprot-P: un nuevo producto para el tratamiento de las úlceras complejas del pie diabético. MEDICC Review [Internet]. 2013 [citado 18 Ene 2018];15(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63589>
6. Robaina Becerra H, Fernández Vidal AT, Ramírez Pérez AdR. Calidad de vida: algo más que un concepto. Medisur [Internet]. 2011; 9(5):3-6.[citado 2018 Abr 21]; Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180022343002>

7. Dueñas González D, Bayarre Veall HD, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez A. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana Medicina Gen Integr.[Internet].2009[citado 14 Abr 2018]; 25(2):[aprox. 13p.].Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Trento M, Raballo M, Trevisan M, Sicuro J, Passera P, Cirio L, et al. A cross-sectional survey of depression, anxiety, and cognitive function in patients with type 2 diabetes. Acta Diabetológica [serie en internet]. 2011 Mar 27 [citado 14 Abr 2018]. Disponible en:
<http://www.springerlink.com/content/328w614h118r2p40>
9. Pedroso Crespo L, Rodríguez Cárdenas Y, Hernández Castellón D, Medina Pérez UM. Envejecer una problemática de salud, estudio biopsicosocial en el adulto mayor [Internet]. 2008 [citado 14 Abr 2018].Disponible en:
http://www.sld.cu/salud_vida/.
10. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. [serie en Internet]. 2005 [citado 14 Abr 2018];1(2). Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Ledón Llanes L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. Rev Cub End [Internet]. 2012 [citado 18 Ene 2018]; 23(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es&nrm=iso
12. Víctor T. Pérez Martínez Estrategia de intervención dirigida al mejoramiento de la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los senescentes para mejorar su calidad de vida, Rev Cub Med Gen Integr v.24 n.4 .[Internet].2008[citado 14 Abr 2018]Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400004&lng=es&nrm=iso
13. Ledón Llanes L, Castelo L, Calles E. Afrontamiento al distrés relacionado con la disfunción eréctil en varones con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cub End [Internet]. 2013 [citado 18 Ene 2018];24(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000300002&lng=es&nrm=iso
14. Suárez R, Percetlo C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. Rev. Panam Salud Pública. 2005; 17(5/6):419-28.
15. Luis A. Oblitas Guadalupe. PSICOLOGÍA DE LA SALUD: Una ciencia de bienestar y la felicidad AV. PSICOL. 16(1) 2008.

LA DISCUSIÓN DE CASO: COMO REALIZARLA EN SU MODALIDAD DE EDUCACION EN ELTRABAJO.

Autores:

Dra. Belkis M. Vicente Sánchez. belkisvi67@gmail.com , Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos. MsC.

Lic. Miriam Costa Cruz. miriamcc@jagua.cfg.sld.cu , Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos, Cuba, MsC.

Dra. Alina Esther Gonzalez Hermida. alinagh671222@minsap.cfg.sld.cu , Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos. MsC.

Dra. Mileidis Portal Amador, mileidipa@jagua.cfg.sld.cu , Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos.

Dr. Pavel Noa Rodriguez. direccion@polcfa5.cfg.sld.cu , Policlínico Manuel Piti Fajardo Área V, Cienfuegos.

Dr. Ernesto Vicente Pena. Hospital Universitario Calixto García, La Habana, Cuba

Resumen:

La “*Discusión de Caso*” no es una actividad nueva dentro de la Medicina. En ella se adquieren y demuestran, al unísono, conocimientos, habilidades y valores contenidas en el Método Clínico, tanto en su enseñanza como en sus aprendizajes. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema, con el fin de crear un constructo sobre esta modalidad de la Educación en el trabajo que apoye el proceso enseñanza-aprendizaje; para ello se efectuó un análisis documental y una amplia búsqueda de las evidencias científicas publicadas relacionadas con la enseñanza del método clínico y el desarrollo del razonamiento científico. Como actividad docente contiene objetivos bien definidos encaminados a estimular el razonamiento científico del personal en formación y se amplía la capacidad de análisis y solución de los problemas que se enfrentan en la práctica médica diaria. Esta actividad favorece la interacción del estudiante con el objeto de estudio a ser conocido, evaluado y transformado, en el contexto de la realidad de los servicios, con el indispensable monitoreo del profesor; además acciona directamente en las habilidades relacionadas con el método clínico: comunicar, interpretar, diagnosticar e intervenir. Una vez culminada la revisión se concluye que la discusión de caso permite

ampliar los conocimientos y desarrollar las habilidades necesarias para la práctica médica sustentadas en la aplicación del método clínico. Permite profundizar en la formación ética y profesional encaminada a la solución de los problemas de salud de la población con un enfoque altamente humanista.

Palabras Claves: educación en el trabajo, discusión de caso, método clínico, proceso enseñanza-aprendizaje.

Introducción:

Las competencias son introducidas desde la década de los 50, en la enseñanza de la Medicina se ha basado en la aplicación del método clínico. Éste no es más que la expresión práctica de la aplicación del método científico en la Medicina. Por supuesto que durante la formación médica se hace indispensable la incorporación de dicho actuar como un elemento vital para el desempeño profesional.

Cabe destacar lo expresado por el profesor Fernández Sacasas(1) en su artículo titulado “ El principio rector de la Educación Médica cubana”*La medicina no se aprende en las aulas, laboratorios y bibliotecas reales o virtuales, que si bien desempeñan una importante función complementaria o de apoyo al núcleo de su aprendizaje, sigue siendo fundamental la implicación de profesores y educandos en el estudio de su objeto de estudio (valga la redundancia), constituido por los problemas de salud de las personas en su contexto natural y social...*”

Tomando en consideración lo anterior, es necesario resaltar la importancia de la educación en el trabajo (ET) dentro del proceso enseñanza-aprendizaje en las carreras de las Ciencias Médicas. En la concepción humanista de la psicología como tercera fuerza con maslow, alport y otros o como un fin de la ciencia y renovada de la medicina cubana, cobra gran importancia el constante perfeccionamiento del personal docente encaminado a elevar la calidad del proceso formativo en su conjunto y en especial de la correcta aplicación del método clínico. El mismo está encaminado a formar un profesional competente que además de poseer los conocimientos y habilidades para desempeñarse con éxito en su actuar cotidiano, sea capaz de orientar su trabajo con independencia y creatividad sobre la base de una sólida motivación que le permita continuar en la búsqueda de soluciones a los problemas, auxiliado por sus conocimientos y habilidades desde una óptica ética y creativa.(2)

Durante el trabajo metodológico realizado en el departamento docente del área V de salud policlínico “Manuel Piti Fajardo” del municipio Cienfuegos, se ha evidenciado la necesidad de realizar una revisión bibliográfica de esta modalidad de ET, encaminada a elevar la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje en las actividades de pregrado y en la formación del especialistas de Medicina General Integral.

Objetivo: Revisar sobre la discusión de caso y como debe ser realizada esta en su modalidad de educación en el trabajo.

Desarrollo:

La Atención Primaria de Salud (APS), dentro del Sistema Nacional de Salud cubano (SNS), juega un papel primordial en la formación de profesionales encargado de brindar una atención médica integral de calidad desde las diferentes dimensiones del proceso formativo: asistencial, docente e investigativo. Al constituir uno de los escenarios docentes en los que interactúan educandos de pregrado y postgrado es necesario fortalecer las actividades de ET como forma organizativa docente principal en la enseñanza de las ciencias médicas.

Según el profesor Ilizástigui Dupuy, citado por el profesor Fernández Sacasas(1), la ET se define como: *"Formación de los estudiantes a partir de la práctica médica y el trabajo médico y social como fuente de aprendizaje y educación, complementada de actividades de estudio congruentes". "La práctica médica transformadora es lo determinante, la actividad cognoscitiva y valorativa que se desarrollan son secuencia y no motor".* Para los autores esta definición responde a los objetivos de la investigación.

El propio profesor Fernández Sacasas plantea que la ET: *"No se trata de dar supremacía al trabajo en detrimento de los aspectos específicamente pedagógicos y formativos. Ambas actividades son importantes, se complementan y deben estar equilibradas en la formación médica".*(1)

Sin embargo, se debe considerar, en todo momento del proceso formativo y laboral, que se asume al trabajo como la acción transformadora de la realidad, por lo que la educación debe considerar como medio de acción y fin último, la modificación del estado de salud de la población y su satisfacción. La práctica en salud es el medio para "construir" los sistemas de valores, conocimientos y habilidades esenciales que requieren los

estudiantes en su proceso de formación, bajo la tutela de los docentes y sus equipos básicos de trabajo en la APS. (3, 4) La enseñanza del método clínico y el proceso diagnóstico en la práctica clínica y de enfermería tienen una didáctica de impartición particular encaminada a la solución práctica con las bases teóricas de los problemas de salud. Es por ello que donde quiera que esté el escenario docente, sea en el área hospitalaria o en la APS, las actividades docentes priorizadas están en las modalidades de la Educación en el Trabajo fundamentalmente.(5)

Dentro de las modalidades de ET se encuentran:(1)

- el pase de visita: se desarrolla tanto en las unidades de APS como en la Atención Secundaria y del tercer nivel de atención médica.
- la atención ambulatoria: incluye la atención en el consultorio del médico de la familia, en el hogar, centros de trabajo y/o comunidades y que se materializa mediante la consulta médica y/o la Interconsulta Docente Asistencial.
- la guardia médica
- la presentación de caso y discusión diagnóstica: integran la Discusión de Caso (DC) en general.
- la atención médico-quirúrgica y
- la entrega de guardia.

En el mismo artículo se define la DC como: actividad que permite el desarrollo del raciocinio clínico por el estudiante, que conduzca a elaborar y contrastar hipótesis diagnósticas (incluye fundamentación y pertinencia de investigaciones complementarias), pronósticos y planes terapéuticos. Participan los estudiantes, los médicos residentes y los especialistas, bajo la dirección del docente responsable. Cada educando debe en su momento presentar y discutir el caso que se le ha asignado con la participación de estudiantes y docentes. El docente evaluará la participación individual de cada estudiante. (6)

Gonçalves Garreta Prats define la DC como una actividad que se centra en la creación de la capacidad dialéctica del conocimiento entre los estudiantes de Medicina, a fin de efectuar un razonamiento y permitir la discusión con colegas que pueden tener puntos

de vista diferentes y, no obstante, estar en condiciones de construir hipótesis diagnósticas en un espíritu de colaboración y en la que el profesor permite crear y guiar la capacidad para integrar los conocimientos y permitir a los estudiantes la diversificación de su razonamiento clínico.(7)

Otros autores plantean que constituye una metodología de razonamiento, que requiere, por parte del estudiante, del conocimiento y manejo de información, métodos y técnicas en relación con los problemas que debe resolver, así como de la utilización de una metodología que sirva para orientar, organizar y facilitar el aprendizaje al confrontar los problemas .(8)

Estas actividades son consideradas como elementos metodológicos del aprendizaje basado en problemas, de probada efectividad en el desarrollo del razonamiento clínico. Ponen en juego todas las operaciones racionales del pensamiento, mediante la aplicación del método clínico y propician la integración contextualizada de los conocimientos y habilidades en nuevas situaciones clínicas para el estudiante, aplicables tanto en los escenarios hospitalarios como en los de la APS.(9)

Analizando las definiciones anteriores, según los autores de la investigación, se define la DC como una actividad de ET en la que se parte de un caso real o no y que permite la utilización del razonamiento médico, la incorporación y/o afianzamiento de conocimientos y el desarrollo de habilidades intelectuales mediante la aplicación del método clínico con la participación de todos los estudiantes de forma activa y en constante intercambio entre ellos y los especialistas y docentes presentes en la actividad, teniendo en cuenta que para que el profesor enseñe al alumno la aplicación del método clínico es necesario que él mismo lo conozca.

Como actividad docente, la DC contiene objetivos educativos e instructivos. Los objetivos educativos van encaminados a elevar la concepción humanista de los profesionales con un alto nivel científico y ético para cumplimentar, una vez graduado, el encargo social que le corresponde y que no es otro que elevar cada vez más los niveles de salud y satisfacción de la población con su desempeño profesional. Los objetivos instructivos están direccionados a integrar los conocimientos adquiridos (aspectos teóricos de la rama del saber mediante la apropiación, comprensión y fijación, es decir, aprender a conocer)

así como las habilidades (operar con los conocimientos, que no es más que aprender a hacer); siempre relacionadas con la correcta aplicación del método clínico. De esta forma se estimula el razonamiento científico del personal en formación, se amplía la capacidad de análisis y solución de los problemas a los que se enfrentarán o se enfrentan en la práctica médica diaria. Todo esto sustentado en el desarrollo de dicho razonamiento, el cual consiste en obtener información, organizarla e interpretarla; generar hipótesis y probarlas; evaluar otras alternativas diagnósticas y descartarlas, y proponer o comprobar el tratamiento, con la aplicación del método hipotético-deductivo como sustento. (10)

La DC parte inicialmente de la presentación del caso objeto de análisis y discusión colectiva, la misma se realiza por un estudiante previamente señalado y que es el encargado de recopilar la información existente acerca del problema de salud que genera la DC. En la actividad deben participar los estudiantes de pregrado, los residentes de los diferentes años de la especialidad y los especialistas, siempre dirigidos por el docente, que, en todo momento, es el máximo responsable de la actividad como rector del proceso de formación profesional. Una vez presentado el caso se procede a la discusión colectiva y de forma escalonada para lograr la participación de todos los asistentes hasta llegar a identificación y propuesta de la solución del problema y las observaciones finales de los participantes.

Con relación a los estudiantes de posgrado, cabe recalcar que, en esta etapa de la formación, el estudiante (reconocido como Residente) juega un papel activo en su desarrollo como profesional; en su propio escenario de actuación y desde procesos complejos con alto grado de autonomía e independencia cognoscitiva y en alguna medida con creatividad; es decir que aprender a ser y hacer de manera autorregulada y propiciando su auto preparación profesional, sin dejar a un lado la influencia y guía de los profesores o expertos en este proceso. (11)

Dentro de las características de la DC se encuentran las siguientes:

1. Deben asistir todos los estudiantes implicados en el caso, tanto los de pregrado como los de postgrado; así como los especialistas de Medicina General Integral (MGI) y de las especialidades básicas de la APS que se imbriquen en el análisis del caso.

2. Comprobar la asistencia y puntualidad de los estudiantes de pregrado y exigir el cumplimiento de las normas relacionadas con el porte y aspecto personal.
3. La DC es conducida por el profesor asignado, el que debe estimular y evaluar la participación de todos los educandos, y poseer un amplio dominio del caso a discutir.
4. Controlar el desarrollo integral de la personalidad del estudiante de pregrado y de postgrado, así como de los especialistas de Medicina General Integral.
5. Tener una duración de una hora, aunque en situaciones excepcionales y que la discusión lo merite, se puede extender a dos horas.
6. Realizar una discusión colectiva después de la presentación del paciente, se debe hacer de forma escalonada e iniciarse con los alumnos, residentes, especialistas y finalmente el profesor o guía de la actividad.

Cabe destacar que la DC es una de las actividades docente, asistencial e investigativa que realiza el médico, con la consiguiente aplicación, de forma correcta, del método clínico partiendo de una historia clínica con información veraz y exhaustiva sobre el problema de salud que aqueja al paciente y que permite fomentar la aplicación de dicho método como arte en los órdenes de su práctica y su enseñanza-aprendizaje y como paradigma de las buenas prácticas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento, y eventual promoción y rehabilitación, de los problemas de salud de los enfermos.(12) La tarea del educador es proyectar y conducir un proceso que le propicie al estudiante desarrollar su pensamiento clínico analítico-sintético, hipotético-deductivo, abstracto y generalizador, utilizando para ello situaciones docentes, que exijan en su resolución caminos deductivos e inductivos. Ello le propiciará ir acumulando información y desarrollando habilidades profesionales, con conocimientos básicos y clínicos integrados, que le permitan hacer las generalizaciones de patrones que unen características (síntomas y signos) con categorías (diagnósticos), (9) y además las posibles soluciones del caso analizado, atendiendo a los diferentes niveles de enseñanza.

El docente responsable debe corroborar la información presentada y cuando lo considere necesario ahondar en elementos indispensables y aportar otros de interés para la discusión. Una vez presentado el caso se procederá a interrogar a los estudiantes, y tratará de explorar los conocimientos en relación con los síntomas y signos encontrados, para cumplir así el principio didáctico propuesto para la Educación Superior, de la solidez

de los conocimientos y habilidades adquiridas para la solución de los problemas a los que se enfrenta a través de los diferentes modos de actuación.(13)El profesor enriquecerá la discusión con sus conocimientos y conducirá la discusión diagnóstica como elemento integrante de la DC siempre tomando en cuenta los elementos metodológicos para las Ciencias Clínicas; en los principales aspectos que deben caracterizar la correcta enseñanza del método clínico. A su vez entrega información solicitada por los alumnos y el resto de los participantes, acompañados de nuevas interrogantes que deben responder. (14)

La evaluación constituye una parte esencial e integral del PEA en la educación en general y la médica en particular la educación médica y tiene como propósitos retroalimentar a los estudiantes con respecto a sus progresos e identificar las áreas en las que persisten deficiencias o debilidades; así mismo, la evaluación sumativa o acreditadora permite determinar si los estudiantes alcanzan los estándares establecidos para la actividad, siempre realzando la estimulación intrínseca del estudiante.(9)

Por tanto, dicha actividad permite realizar la evaluación de los estudiantes que participan en ella y que se sustenta en los siguientes elementos:

- Meticulosidad y precisión en la obtención de los datos recopilados y presentados.
- Responsabilidad demostrada en el cumplimiento diario de las tareas asignadas para su trabajo independiente durante la estancia y/o rotación.
- Conocimientos teóricos demostrados en relación con la afección o afecciones del caso, que le permita al profesor conocer la auto-preparación científica que le favorecen un mejor desempeño en el ejercicio de su profesión.
- Desarrollo de habilidades en la exposición de resúmenes de historias clínicas y del razonamiento lógico ante las situaciones de salud que se puedan presentar en el paciente. Capacidad de expresar sus ideas y de hacerse comprender, con el uso de un lenguaje adecuado.
- Desarrollo de habilidades para aplicar el método clínico, como método científico, con las variaciones que cada caso demande. Esta habilidad es difícil de alcanzar, pero es básica y debe comenzar su formación y desarrollo desde los primeros años de la

carrera de forma general y en particular al adentrarse en el ciclo clínico, sin dejarlo una vez comenzada la vida laboral del médico.(13)

Conclusiones: La DC favorece el desarrollo de habilidades profesionales en los estudiantes, sustentadas en la aplicación del método clínico. Permite profundizar en la formación ética y profesional encaminada a la solución de los problemas de salud de la población con un enfoque altamente humanista y en correspondencia con el encargo social asignado a los profesionales de la salud, siempre partiendo de la identificación del problema de salud, el análisis de este para arribar a conclusiones diagnósticas y posteriormente tratar o intervenir sobre el paciente aquejado, la familia y de manera indirecta la comunidad.

Referencias bibliográficas:

1. Fernández Sacasas JÁ. El principio rector de la Educación Médica cubana Un reconocimiento a la doctrina pedagógica planteada por el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. Educación Médica Superior [Internet]. 2013 [cited 2017 24 febrero]; 27(2):[239-48 pp.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412013000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=en.
2. Cruz Álvarez Y, Pardo Rodríguez M, Núñez López N, Cruz García M, Suárez Aguiar A, Sánchez Vidal G. Reafirmación vocacional en el proceso docente educativo en el segundo año de la carrera de Medicina. Educ Med Super [Internet]. 2012 [cited 2016 22 abril]; 26(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300003&lng=es.
3. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. La educación en el trabajo y el individuo como principal recurso para el aprendizaje. EDUMECENTRO [Internet]. 2014 [cited 2017 24 febrero]; 6(1):[6-24 pp.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742014000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
4. Vázquez Sarandeses JE, Montoya Rivera J, Almaguer Delgado AJ, García Céspedes ME. La formación profesional en medicina general integral: una mirada crítica sobre la relación médico-paciente. MEDISAN [Internet]. 2014 [cited 2017 16

- febrero]; 18(10):[1475-83 pp.]. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192014001000020&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.
5. Serra Valdés MA, Viera García M. Consideraciones sobre la enseñanza de la Semiología, la Propedéutica y el proceso diagnóstico en la práctica clínica. Educación Médica Superior [Internet]. 2014 [cited 2017 29 enero]; 28(1):[163-74 pp.]. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412014000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
 6. Alfonso de León JA, Mondéjar Rodríguez JJ, Blanco Aspiazu MÁ. Fidel Ilizástigui Dupuy y su concepción de la educación en el trabajo. Atenas [Internet]. 2016 [cited 2017 5 marzo]; 2(34):[96-111 pp.]. Available from:
<http://atenas.mes.edu.cu/index.php/atenas/article/view/202>.
 7. Gonçalves Garreta Prats JA, Rozenfeld Levites M, Murano ML. Opinión de un grupo de estudiantes de Medicina sobre la importancia de la discusión de casos clínicos como técnica didáctica. Aten Fam. 2011;18(3):56-8.
 8. Corona Martínez L, Fonseca Hernández M, López Fernández R, Cruz Pérez N. Propuesta metodológica para la incorporación de la simulación de casos clínicos al sistema de métodos de enseñanza-aprendizaje en el internado rotatorio de Pediatría: una preocupación de todos. MediSur [Internet]. 2010 [cited 2017 21 febrero]; 8(1):[46-9 pp.]. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2010000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
 9. Villarroel Salinas CJ, Ribeiro Dos Santos Q, Bernal Hinojosa N. Razonamiento Clínico: Su déficit actual y la importancia del aprendizaje de un Método durante la formación de la Competencia Clínica del Futuro Médico. Revista Científica Ciencia Médica [Internet]. 2014 [cited 2017 24 febrero]; 17(1):[29-36 pp.]. Available from:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-74332014000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=en.
 10. Gómez López VM, Rosales Gracia S, Medellín del Angel LG, Azcona Arteaga FJ. Utilidad de una estrategia educativa activo- participativa en el desarrollo del

- razonamiento clínico en pregrado. Educ Med Super [Internet]. 2015 [cited 2017 17 febrero]; 29(2):[264-72 pp.]. Available from: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000200007&lng=es.
11. Díaz Quiñones JA, Valdés Gómez ML. El proceso pedagógico de posgrado en la especialización médica . Sus esencialidades y fines. Medisur [Internet]. 2016 [cited 2017 12 enero]; 14(6):[10-2 pp.]. Available from: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3416>.
12. Motta-Ramírez G, Mondragón-Villanueva M. El manuscrito sobre el caso clínico: Herramienta didáctica, perenne, de discusión actual y de integración multidisciplinaria. (Spanish). Revista de Sanidad Militar [Internet]. 2016 [cited 2017 17 febrero]; 70(3):[319-28 pp.]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=119800907&lang=es&site=ehost-live>.
13. Vicente Sánchez B, Castañeda Álvarez E, Costa Cruz M, Jiménez Estrada G. La interconsulta docente-asistencial en la Atención Primaria de Salud. Medisur [Internet]. 2012 2012/01/09/; 10(2):[95-101 pp.]. Available from: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1919>.
14. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. La necesidad del método clínico y de su enseñanza: the clinical method. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2015 [cited 2017 29 enero]; 54(3):[0- pp.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232015000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

LA FORMACIÓN DEL PROFESIONALES DE ENFERMERÍA 5 AÑOS DE ESTUDIO. CIENFUEGOS. 2018.

Autores:

MSc. Deise Matilde Girau Rodríguez. postgradof9151@ucm.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba Profesora Jefa de Colectivo de Asignatura. Licenciada en Enfermería. Master en Urgencias Médicas en la Comunidad. Profesora Auxiliar y Consultante. Miembro Titular del Capítulo de la Sociedad Cubana de Enfermería.

DrC. Blas Yoel Juanes Giraud. byjuanes@ucf.edu.cu Doctor en Ciencias de la Educación. Investigador y Profesor Titular. Miembro Numeral del Consejo Mundial de Académicos e Investigadores Universitarios (COMAU)

Lic. Addys Teresita Stable Rodríguez vdfgf@ucm.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba Jefa de departamento de Formación Básica General Máster en Educación.

Lic. Anisley Cazaña Hernández. Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba

Lic. Isleidy Álvarez Hernández. Isleidyalvarez83@gmail.com Centro Provincial Medicina Deportiva Cienfuegos Cuba. Lic en Cultura Física Master en Cultura Física Comunitaria Profesora Instructora.

Lic. Midalys del Carmen Llanes Cartaya. bext2402@ucm.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba. Licenciada Administración y Economía de los Servicios de Salud. Profesora Instructora.

RESUMEN

La enfermería a partir del Triunfo de la Revolución Cubana, inicia una acelerada formación de recursos humanos, para poder dar cumplimiento al Proyecto de Salud, esta constituye una tarea priorizada para la marcha eficiente en la red de instituciones de salud, se crearon planes de estudio para la formación de auxiliares de enfermería con una duración de seis meses, después con una duración de nueve meses y de un año, por lo que nos motivamos a realizar un estudio retrospectivo analítico en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos sobre la matrícula inicial, graduados y sexos como variables y el universo de las mismas. **Objetivo:** analizar el comportamiento de la matrícula inicial, graduados y sexos en 5 años en las carreras de licenciatura y técnico medio de Enfermería. **Resultado:** Se pudo apreciar que en la carrera de licenciatura como de técnico medio predominan los ingresos del sexo femenino con 656 para (85,1 %) y 457 (91,2 %) respectivamente, los masculinos con 113 en licenciatura un (14.8 %) y 44 (8.7 %) en técnico medio, los graduados se comportan de similar ya que de los 357 licenciados 278 (77.8 %) femeninas y 79 el (22.1 %) masculinos, en los técnicos medio 172 femeninas representan el (87.3 %) y 25 para el (12.6 %) masculinos para un total de 197 graduados. **Conclusiones:** que aunque se han incorporado un grupo de jóvenes varones al estudio de la enfermería sigue predominando la incorporación de femeninas a esta carrera.

Palabras clave. Enfermería, Licenciatura, Técnicos Medio.

INTRODUCCIÓN

La enfermería a partir del Triunfo de la Revolución Cubana, inicia una acelerada formación de recursos humanos, para poder dar cumplimiento al Proyecto de Salud, esta constituye una tarea priorizada para la marcha eficiente en la red de instituciones de salud, se crearon planes de estudio para la formación de auxiliares de enfermería con una duración de seis meses, más tarde con una duración de nueve meses y finalmente de un año, posteriormente ingresarían en los planes de formación técnica denominados de complementación y/o convertidoras con una duración de varios años.

En el año 1961 se organizan cursos posbásicos de enfermería de terreno e instructoras de enfermería general, con el propósito de mejorar la calidad de los graduados. En 1962 se continúa trabajando en la calidad de los egresados y comienzan planes de estudios con una duración de 3 años para la formación de enfermeras básicas generales y de una exigua matrícula que existía en los cursos anteriores, esta formación se hace masiva en las 6 provincias existentes en ese momento, para dar respuesta al incremento de los servicios de salud y dar una mejor cobertura en los ya existentes.

En el año 1965, siempre pensando en la calidad de los servicios de enfermería se realiza la formación de Instructoras de Enfermería por perfiles General, Pediátricas y Obstétricas, realizándose este curso en la Escuela Nacional de Salud Pública “Carlos Juan Finlay” en La Habana. En la década del setenta se comienza la enseñanza politécnica en todo el país, creándose los Institutos Politécnicos de la Salud, donde se inician nuevas especialidades de cursos posbásicos: Terapia Intensiva, Neonatología, Psiquiatría, Anestesia y Unidad Quirúrgica, los que se han perfeccionado y se mantienen en algunas provincias. En la década del setenta, como derivado de la invasión tecnológica en el campo de las ciencias de la salud, surgieron nuevas funciones para la enfermería a nivel mundial, y en este contexto en el año 1973, se crea una comisión universitaria y ministerial para elaborar el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería, dirigido a enfermeras técnicas en ejercicio, el que comenzó en el curso académico 1976-1977 de manera experimental en Ciudad de la Habana, y a los 2 años siguiente se extiende la formación de Licenciadas en Enfermería a los Institutos de Ciencias Médicas seleccionados en el país para lograr el acceso de los enfermeros básicos, con el título de bachiller o equivalente, en el curso 1987-1988 se aprueba un nuevo plan de estudios de Licenciatura en Enfermería para Curso Regular Diurno, con una duración de 5 años.⁽¹⁾

En 1987 se graduaron las primeras Licenciadas en Enfermería en la provincia de Cienfuegos. La modalidad de curso regular diurno por 5 años comenzó en el curso 89-90, con 46 estudiantes provenientes del pre universitario de la provincia y además comienza el curso para trabajadores en 4 años, provenientes de los centros asistenciales.

La formación de estudiantes emergente de enfermería se inicia el 14 de septiembre del 2001 con la inauguración de la escuela de Formación Emergente de enfermería, en el municipio del Cotorro en La Habana, donde participan profesores de nuestra universidad. En nuestra provincia se inicia la formación de enfermeros básicos en el año 2003 y comienza la municipalización de la enseñanza, dándose inicio para

continuidad de estudio al Nuevo Modelo Formativo (NMF) estos estudiantes transitan por tres ciclos de formación: básico, técnico y profesional, con una duración de 5 años. En el año 2009 se inicia un nuevo modelo de Formación de curso regular diurno para la formación de Licenciados en Enfermería en 5 años.

En los momentos actuales se asume nuevamente la formación técnica con egresados de 12 grado ⁽²⁾. De igual manera ocurrió en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, donde vincularon la docencia en el servicio, articulando las propuestas educativas, modelos educativos, diseños curriculares y sistemas de servicio; aspectos que se trabajaron en coordinación con la Facultad de estudios superiores de Zaragoza, Iztacala y la Universidad autónoma de México con las políticas educativas y el contexto social del país y las mismas se toman en cuenta para la formación de los futuros profesionales de la enfermería. ⁽³⁾

En Cuba el perfeccionamiento del Plan de estudio de Licenciatura en Enfermería para su transformación en Plan de estudio "D" se inició a finales del 2004 con una caracterización de los principales problemas del currículo precedente, el que puso de manifiesto la necesidad de lograr un plan de estudio en correspondencia con la estrategia que caracteriza al nuevo modelo formativo (NMF), basado en la búsqueda de un mayor nivel de esencialidad, integración horizontal y vertical de las diferentes unidades curriculares.

La unidad de la teoría con la práctica y del estudio con el trabajo son principios que han servido de base al diseño del plan de estudio. La estrategia formativa que se concreta en el plan de estudio "D" tiene como una de las características fundamentales que se orienta a la formación de un profesional de perfil amplio, basado fundamentalmente en una formación básica profunda, que le permita resolver los principales problemas que se presentan en las diferentes esferas de su actuación profesional. ^(4, 5, 6,7)

Como una consecuencia directa a este fenómeno, ha existido una tendencia en muchas universidades del mundo, de incrementar de forma desmedida los contenidos de los planes de estudio y al diseño de nuevas unidades curriculares en un intento por incluir todo lo nuevo en la formación de los profesionales, sin que sea realmente está la forma de responder adecuadamente a estos fenómenos. Es más atinado, lógico y racional en el orden pedagógico, por una parte, enfocar los diseños de las carreras con mayor pertinencia y sentido integrador y por otra intentar el abordaje de diversas áreas formativas de forma interdisciplinaria y transdisciplinaria a través de líneas o estrategias curriculares que potencien la acción desarrolladora de las disciplinas participantes. ⁽⁸⁾

Dada la posibilidad de incorporación de varones a la carrera de licenciatura nos planteamos la siguiente interrogante ¿Cómo verificar la incorporación de estudiantes del sexo masculino a la carrera de enfermería? Y para ello el siguiente **OBJETIVOS** Analizar el comportamiento según matrícula inicial y graduados por sexo en la formación de enfermeros (as) en los últimos 5 años.

DESARROLLO

En Marzo de 1900 se funda la escuela de Enfermería de Cienfuegos segunda fundada en el país con carácter estatal, funcionó en un lugar inadecuada en una pequeña casa frente al hospital a la entrada de la ciudad, por tales condiciones el Dr. Mendaz en su etapa director la traslada para el hospital y allí funcionó hasta 1932 en que fue cerrada. Es la segunda fundada en el país.

Después de 1959 se rescata la añorada escuela de enfermeras en el año 1960 en el local de la antigua Clínica Cienfuegos, primero con cursos de auxiliares de Enfermería graduados de sexto grado donde se incorporaron un grupo de excelentes enfermeras de otras provincias a impartir la docencia, el escenario docente principal fue el Hospital Héroes de Playa Girón hoy Centro Especializado Ambulatorio (CEA). La Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos se funda en el año 2012 aconteciendo en ese año la primera titulación de la Universidad, el curso 2017 2018 será la graduación # 39.

A continuación se realizará una valoración relacionada con las matrículas de Licenciatura en Enfermería y de Técnicos Medios distribuida por años y sexo.

Durante el curso escolar 2014-2015 ingresan a estudiar Licenciatura en Enfermería un total de 39 estudiantes, de ellos 38 mujeres y 1 hombre procedentes de preuniversitario. El curso 2015-2016 la matrícula aumentó ostensiblemente a 140, de ellos 120 mujeres y 20 hombres. El curso 2016-2017 fue un año de continuo ascenso en la matrícula con un total 210 estudiantes, de ellos de 167 mujeres y 43 hombres. Finalmente en el curso 2017-2018 se matricularon 267 estudiantes, de ellos 218 mujeres y 49 hombres. Como se puede apreciar en la valoración anterior la cifra de mujeres matriculadas es muy superior a la de los hombres, 278 mujeres y 78 hombres.

En cuanto al curso de Técnico Medio hay que destacar que es otra forma de ingreso a estudiar la carrera de enfermería en la Universidad con igualdad de género.

Al valorar las estadísticas anteriores se puede destacar que de los años estudiados, solo en 3 hubo matrícula inicial; en el curso escolar 2014-2015 ingresan un total de 126 estudiantes, de ellos 118 mujeres y solo 8 hombres. En el curso 2016- 2017 la matrícula fue de 185, distribuidos de la siguiente manera; 168 mujeres y 17 hombres. Para finalizar este análisis hay que mencionar que en el curso 2017-2018 fue un año de una buena incorporación de estudiantes a la carrera con un total de 127 mujeres y 19 hombres. En sentido general se destaca la mayor cantidad de mujeres en la matrícula inicial.

En el curso escolar 2012-2013 se gradúan licenciatura en enfermería un total de 215 estudiantes, de ellos 177 mujeres y 38 hombres. El curso 2013-2014 la graduación de enfermeros disminuyó ostensiblemente a 18, de ellos 13 mujeres y 5 hombres. El curso 2014-2015 fue un año de una buena graduación de estudiantes a la carrera con un total de 102, 76 fueron mujeres y 26 hombres. En el curso 2015-2016 se graduaron un total fue de 14, cifras de nuevo bajas, distribuidos en 7 mujeres y 7 hombres. Con respecto al curso 2016-2017 se graduaron 8 enfermeros, 5 mujeres y 3 hombres.

En sentido general en los 5 años se graduaron un total de 357 enfermeros, distribuidos de la siguiente manera; 278 mujeres y 79 hombres, notando como se puede apreciar el sexo femenino con mayores valores de graduación.

En los 5 años de estudio se han graduado 197 enfermeros, siendo el curso 2016-2017 el de mayor resultados con 80. De ellos 72 fueron mujeres. Los años restantes se manifestaron de la siguiente manera: en el curso 2012-2013 se graduaron 16

enfermeros, de ellos 13 mujeres. En el curso 2013-2014 se graduaron 34 enfermeros de ellos solo 6 hombres, el resto mujeres. En el curso 2014-2015 las cifras de graduados disminuyeron a 20, de ellos 16 mujeres y finalmente en el curso 2015-2016 se graduaron 47 enfermeros de ellos 43 mujeres. En sentido general, al igual que en el caso de los licenciados, son las mujeres las cifras más altas tanto de ingreso como de graduados.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que las graduaciones por año difieren de la matrícula inicial, y que aunque se ha incrementado el ingreso de varones al estudio de la carrera de enfermería sigue predominando el ingreso del sexo femenino. El mejor años de matrícula inicial en técnico medio fue el curso 2016 – 2017, y en licenciatura el año 2017 – 2018. En cuanto a graduación para técnico medio el mejor fue 2012 - 2013 y para licenciatura el año 2017 – 2018.

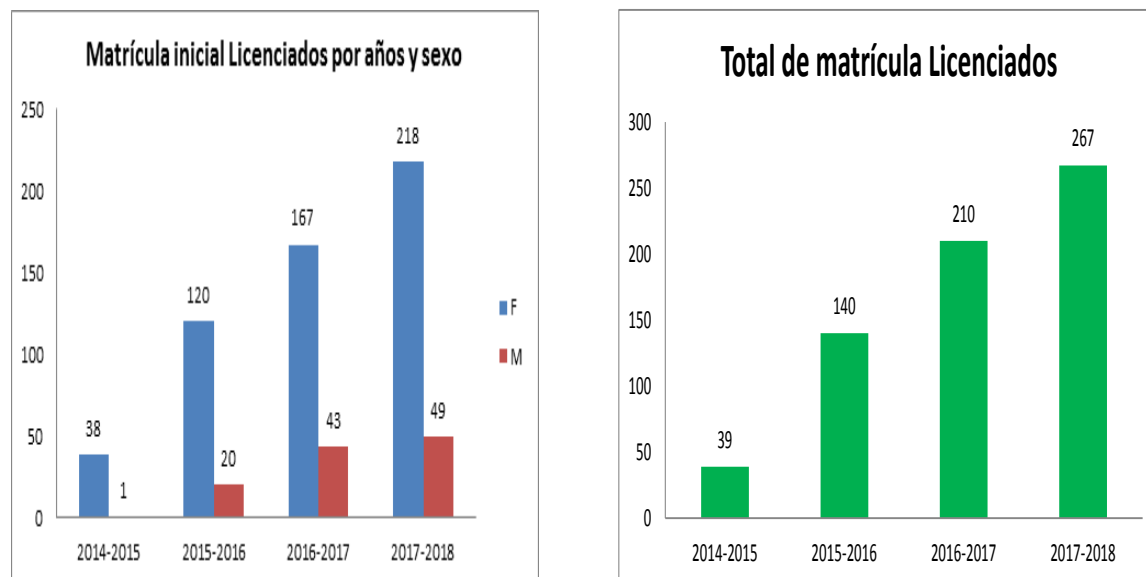
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Desarrollo de la Enfermera Cubana en los Últimos 50 Años. Medwave. Año IX, No. 8, Agosto 2009. Derechos Reservados. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4078>.
2. Bello Fernández, N. La Educación Superior de enfermería. Una Respuesta al Presente con Proyección Para el Futuro Revista Cuba de Enfermería (La Habana) 10 (1): p 45, 1999.
3. Los proyectos Perfiles de enfermería y Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica. Se encuentran disponibles en la página en la sección de publicaciones donde podrán consultarlos y bajarlos en el formato PDF. Modificado el (domingo, 23 de marzo de 2008) Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=53.
4. Relatoría de la 4ª. Reunión Nacional de Enfermería. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=53
5. Nuevo diseño curricular para la formación de licenciados en enfermería. plan de estudio “D” modelo del profesional. 2007
6. Pernas M, Miralles E, Fernández SJ, Diego CJ, Bello N, Zubizarreta M. Estrategias curriculares en la Licenciatura en Enfermería. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol5_num4/rhcm11406.htm
7. Pernas M. *et al* . Reflexiones acerca del perfeccionamiento del plan de estudio de la Licenciatura en Enfermería. Educ Med Sup. 2005;19(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_1_05/emssu105.htm
8. Indicaciones metodológicas y de organización para el plan de estudio “D” de la carrera de licenciatura en enfermería. 2008

9. Sierra Figueredo S. Las estrategias curriculares en la Educación Superior. Grupo Desarrollo. Educ Méd Sup. [revista en internet] 2005. 23(3), [Acceso 3 Marzo del 2009]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol23_3_09/ems09309.htm
10. Horruitiner P. El proceso de formación: sus características. Capítulo II. En: Universidad Cubana: el modelo de formación. Revista Pedagógica Universit
- 11) Pernas Gómez, M. Propuesta de malla curricular para el plan de estudio de la Licenciatura en Enfermería. Educ Med Sup 2005; 19(3) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_3_05/ems03305.htm
12. Ministerio de Salud Pública. Vicerrectoría de desarrollo. Indicaciones metodológicas para el inicio del curso 2008-2009. Ciudad Habana; MINSAP 2008. P.15-27.
13. Simón Sierra Figueredo, José A. Fernández Sacasas, Eva Miralles Aguilera, Marta Pernas Gómez, Juan Manuel Diego Cobelo^V Las estrategias curriculares en la Educación Superior: su proyección en la Educación Médica Superior de pregrado y posgrado. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol23_3_09/ems09309.htm ariá 2007;12(4).
14. Ministerio de Salud Pública. Vicerrectoría de desarrollo. Indicaciones metodológicas para el inicio del curso 2008-2009. Ciudad Habana; MINSAP 2008. P.15-27.
15. Enfermería Global *versión On-line* ISSN 1695-6141. Enferm.glob. n.20 Murcia oct. 2010. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000300008>
- 16 Plan de estudios de la carrera de licenciatura en enfermería, Centros de Educación Médica Superior. CUBA. Ciudad de La Habana, 2008.

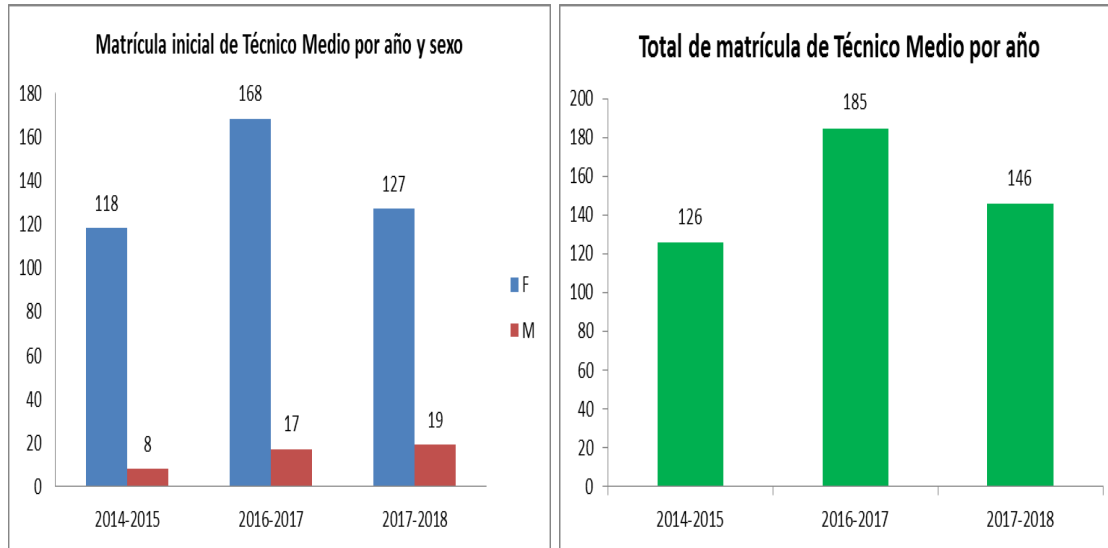
ANEXOS

Anexo 1. Gráfica estadística por años y sexo. Matrícula inicial Licenciatura en Enfermería



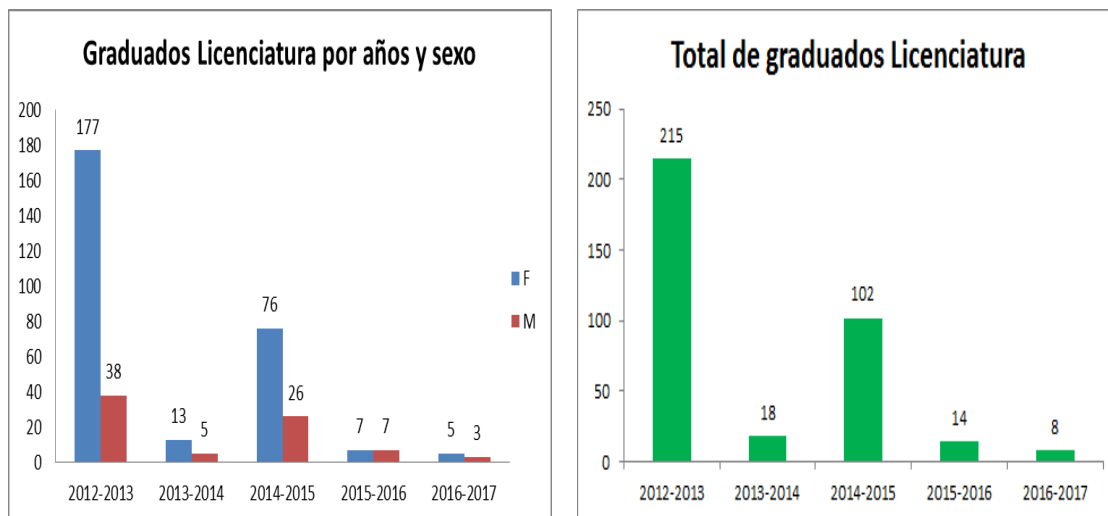
Fuente: Datos de la Secretaría docente

Anexo 2. Gráficas de matrícula inicial de Técnico Medio



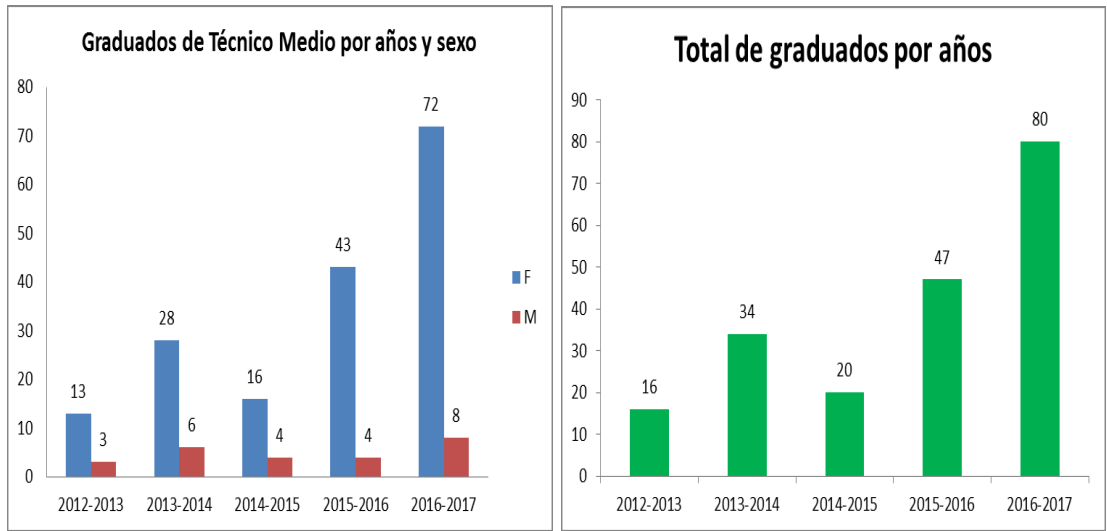
Fuente: Datos de la Secretaría docente

Anexo 3. Gráficas de graduados de la Licenciatura en Enfermería



Fuente: Datos de la Secretaría docente

Anexo 4. Gráficas de graduados de Técnico Medio



Fuente: Datos de la Secretaría docente



Facultad de Ciencias Médicas

Cienfuegos.

Título del Trabajo. La interdisciplinariedad como herramienta metodológica para la carrera de Enfermería en Cienfuegos 2017.

Autora principal: MSc. Leticia Seoane Monzón

Coautores, MSc. Nelson Carlos González Valdés, MSc. Maritza Díaz Villazon, Msc Lisgrace Llano Arana, Msc. Rosa María Masot Rivero, Dra.Sandra Williams Serrano.

(1) Máster en Educación Profesor Auxiliar, vddf@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, (2) Máster en Educación Médica. Profesor Asistente, nelsonc@jagua.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos (3)Máster en Educación Profesor Asistente, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, (4) Máster en Educación Médica, Profesor Asistente, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, rosamr@jagua.cfg.sld.cu,(5) Máster en Educación Profesor Asistente, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, jdmetf@ucm.cfg.sld.cu (6) Máster en Educación Médica, Profesora Consultante, metvda@ucm.cfg.sld.cu.

Resumen

La formación en Enfermería comienza en Cienfuegos en 1970 y la Licenciatura en 1976 desde el 2005-2006 se comenzó a implementar el plan D, la disciplina Enfermería se encuentra en el Plan de Estudios de Licenciatura en Enfermería, forma parte del eje conductor de la carrera, desde la práctica educativa, la observación a los colectivos de año y la educación en el trabajo se pudo identificar que existe necesidad en los colectivos de profesores de trabajar armónicamente la interdisciplinariedad desde las asignaturas por lo antes expuesto planteamos como problema científico como potenciar desde la interdisciplinariedad en las asignaturas las herramientas metodológicas para identificar los nodos cognitivos en 4to año en la carrera de Enfermería nos trazamos como objetivo identificar los nodos cognitivos en las 2 asignaturas seleccionadas de 4to año a través del sistema de conocimientos, habilidades y valores en ambas asignaturas con evaluaciones integradoras desde la educación en el trabajo fueron utilizados métodos: teóricos y empíricos obteniendo como resultado 3 etapas que permitieron armónicamente trabajar la integración de las asignaturas desde los talleres realizados en el colectivo de año del 4to año potenciando la interdisciplinariedad como una herramienta metodológica para identificar los nodos cognitivos interdisciplinarios entre las asignaturas de Administración en Enfermería y Enfermería de Urgencias, integrando a través de objetivos integradores las habilidades a cumplir en la educación en el trabajo y su evaluación, siendo posible perfeccionar la calidad de la atención a través del Proceso de Atención de Enfermería en los servicios de Urgencias.

Palabras claves. Carrera de Enfermería, interdisciplinariedad, nodos cognitivos.

Introducción.

Según Álvarez de Zayas C. (1999):“La asignatura, por lo general, integra los contenidos de una teoría de una ciencia o rama del saber; la disciplina, las de una ciencia o de varias ciencias”.(1,2)

La palabra disciplina se asocia generalmente a buen comportamiento, orden, rigidez, materia de aprendizaje. Interdisciplinariedad significa pues, relación entre disciplinas, aunque no es tan sencillo como a primera vista parece. Hay diferentes criterios, niveles de jerarquización, formas de ponerla en práctica, ventajas de su aplicación, de manera que hay que precisar su alcance para que no se convierta en un talego donde todo puede caber.

El autor Julie Thompson Klein considera que la interdisciplinariedad comenzó a finales del XIX con las ideas del filósofo e historiador alemán Friedrich Herbart, quien en 1880 “desarrolló ideas de correlación de temas e integración de estudios”. Manuel de la Rúa, de acuerdo con Dogan, plantea que aparece por primera vez en 1937 en la pluma del sociólogo Louis Wirtz. Para Jurjo Torres la interdisciplinariedad “es un fenómeno que va en aumento desde los años 1970”.

Para Jurjo Torres la interdisciplinariedad es “fundamentalmente un proceso y una filosofía de trabajo que se pone en acción a la hora de enfrentarse a los problemas y cuestiones que preocupan a la sociedad.”

El enfoque histórico-cultural, nos permite entender el cómo establecer las relaciones entre las asignaturas en el plan de estudio que tiene su representante en la figura de Vigotsky, categoría de "zona de desarrollo próximo" que expresa la naturaleza social y consciente del proceso de formación de los profesionales y la formación del hombre como ser social y cultural donde el proceso de formación de los profesionales transcurre como un proceso de participación, de colaboración y de interacción.(Vigotsky, LS, 1987(3,4,5).

El autor Julie Thompson Klein considera que la interdisciplinariedad comenzó a finales del XIX con las ideas del filósofo e historiador alemán Friedrich Herbart, quien en 1880 “desarrolló ideas de correlación de temas e integración de estudios”. Manuel de la Rúa, de acuerdo con Dogan, plantea que aparece por primera vez en 1937 en la pluma del sociólogo Louis Wirtz. Para Jurjo Torres la interdisciplinariedad “es un fenómeno que va en aumento desde los años 1970”.

Para Jurjo Torres la interdisciplinariedad es “fundamentalmente un proceso y una filosofía de trabajo que se pone en acción a la hora de enfrentarse a los problemas y cuestiones que preocupan a la sociedad” (6).

El Dr. Pedro Horrutiner Silva considera que las disciplinas se apoyan en los aportes de las restantes disciplinas de la carrera y las asume en su integración para dar respuesta a las exigencias del quehacer profesional, asegurando el dominio de los modos de actuación esenciales de ese profesional (7).

El principio básico de la formación, el vínculo entre el estudio y el trabajo es una de las dos ideas rectoras en las que se sustenta el modelo de formación de la educación superior cubana (7).

La formación en Enfermería comenzó en Cuba en 1970, a partir de 1976 comienza la Licenciatura, desde el 2005-2006 se comenzó a implementar el plan D caracterizado por la flexibilidad para el estudiante, el eje conductor de la carrera se establece desde la disciplina Enfermería, la disciplina Enfermería se encuentra en el Plan de Estudios de Licenciatura en Enfermería, La asignatura **Enfermería en Urgencias y Administración de los servicios de Enfermería** forman parte de la

Disciplina Enfermería de Licenciatura en Enfermería, en el caso de la asignatura de **Enfermería de Urgencias** es el programa rector del 4to año de la carrera.

En la carrera de Enfermería desde la práctica educativa, la observación a los colectivos de año y a la educación en el trabajo se pudo evidenciar que existe necesidad en los colectivos de profesores de trabajar armónicamente las relaciones interdisciplinarias desde las asignaturas por lo que planteamos como **problema científico** como potenciar desde la interdisciplinariedad en las asignatura de Administración en Enfermería y Enfermería de Urgencias las herramientas metodológicas para identificar los nodos cognitivos en 4to año en la carrera de Enfermería.

Objetivo. Identificar los nodos cognitivos de las asignaturas de 4to año a través del sistema de conocimientos, habilidades y valores en ambas asignaturas con evaluaciones integradas desde la educación en el trabajo.

Material y Métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos en el Curso escolar 2016-2017.

El universo de estudio: 349 Estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería y la **muestra:** 25 estudiantes del 4to año de la carrera.

Fueron utilizados métodos teóricos tales como el Análisis y Síntesis, Inducción y Deducción, para la sistematización de las concepciones teóricas sobre la Interdisciplinariedad.

Histórico lógico: Permitió analizar los antecedentes de este trabajo, con un análisis detallado del modelo del profesional, plan de estudio, programas.

Empíricos: tales como la observación y la entrevista.

Observación. Se observó el colectivo de año y la educación en el trabajo

Entrevista: Se realizó entrevista a los estudiantes, profesores.

Para la realización de esta investigación se obtuvo el consentimiento informado de los estudiantes y profesores de la carrera que participaron en el estudio.

Desarrollo.

Jurjo Torres cuando expresa que “una disciplina es una manera de organizar y delimitar un territorio de trabajo, de concentrar la investigación y las experiencias dentro de un determinado ángulo de visión”. En este concepto se hace referencia al objeto de estudio y los marcos conceptuales característicos de una disciplina cuando alude al territorio de trabajo, los métodos y sobre todo el ángulo de visión que se posea del objeto, pero no hace referencia al vínculo que existe entre la disciplina y la ciencia(8).

La interdisciplinariedad etimológicamente pudiera ser comprendida como un acto de cambio, de reciprocidad entre las disciplinas o las ciencias, o si se quiere entre las áreas de conocimiento objeto de las disciplinas. La interdisciplinariedad, es más que un intercambio entre los contenidos de las disciplinas y se torna un término complejo en la cabeza de muchas personas, comprometedor y utópica para muchos y desafiante e instigadora para algunos (9).

Edgar Morín, plantea que se está produciendo una “...barbarie al interior de la ciencia” y que esa barbarie, “es el pensamiento disciplinar, la compartimentación en disciplinas”, que los dominios disciplinarios quebrados por el pensamiento disgregador, es uno de los principales aspectos del pensamiento simplificador. (10,11).

Para Jurjo Torres la interdisciplinariedad es “fundamentalmente un proceso y una filosofía de trabajo que se pone en acción a la hora de enfrentarse a los problemas

y cuestiones que preocupan a la sociedad”(6,11,12)

Rosario Mañalich le añade a su concepto determinados valores que tienen que tener los participantes en una experiencia interdisciplinar: “La interdisciplinariedad es un estado mental que requiere de cada persona una actitud a la vez de humildad, de apertura, de curiosidad, una voluntad de diálogo y, finalmente, una capacidad para la asimilación y la síntesis”(9,12,13).

En Cuba, los nodos son intentos realizados en la Educación como una vía de lograr la interdisciplinariedad y en el caso de la Educación Superior, son considerados, según Fdez. de Alaiza como **“aquellos contenidos de un tema de una disciplina o asignatura, que incluye conocimientos, habilidades y los valores asociados a él y que sirven de base a un proceso de articulación interdisciplinaria en una carrera universitaria dada para lograr la formación más completa del egresado, es decir el futuro profesional.”**(12).

Resultados.

Se diseñaron tres etapas para establecer los nexos entre los contenidos de las asignaturas en el 4to año de la carrera de Enfermería.

1ra etapa diagnóstico inicial con el Objetivo: Caracterizar el claustro de profesores de 4to año de la carrera y la concepción sobre las relaciones interdisciplinarias desde el diseño de la Carrera. Para lograr caracterizar la concepción sobre las relaciones se entrevistaron 12 profesores de 4to año de la carrera.

Contenidos. Análisis de documentos. Inicio con la revisión del Modelo del profesional, Plan de estudio, Programas de las disciplinas y los Programas de las asignaturas de Enfermería de Urgencias y Administración de los servicios de Enfermería. Ambos correspondientes a la disciplina de Enfermería, la revisión de los Programas y el análisis de las orientaciones metodológicas y el sistema de evaluación nos permitió identificar los Nodos cognitivos interdisciplinarios a través del Sistema de conocimiento a relacionar de forma interdisciplinar, habilidades a trabajar con enfoque interdisciplinar y valores y la evaluación.

Entrevista a profesores. La totalidad de los profesores cuentan con más de 10 años de experiencia en la docencia, la categoría docente que predomina es la de asistente solo 2 profesores cuentan con la categoría de investigador agregado y auxiliar, en la entrevista consideran que hay contenidos que se repiten y no se establece el enfoque sistémico de los mismos, en ocasiones algunos contenidos se repiten, son evaluados por diferentes asignaturas, los objetivos que son imposibles de alcanzar, entre otros aspectos, consideramos que de alguna manera no es posible solo desde el currículo de la Carrera potenciar adecuados modos de actuación sobre todo desde la asignatura de Enfermería de Urgencias donde el tiempo es fundamentalmente en la actuación del personal de enfermería

Entrevista a estudiantes. Consideran que la mayoría de los profesores no tienen en cuenta a los estudiantes en el momento de realizar las evaluaciones que están expuestos a tener varias evaluaciones en una misma semana, que conocen las estrategias curriculares pero en pocas ocasiones se integran los contenidos por los profesores.

2da etapa Identificación de los Nodos cognitivos.

En esta etapa se comenzaron a realizar talleres metodológicos en el marco de los colectivos de año.

Taller 1. Análisis de los documentos rectores de la carrera y Actualización sobre los temas de Interdisciplinariedad para concretar las vías de la interdisciplinariedad.

Objetivo. Analizar los documentos rectores para definir las vías de la Interdisciplinariedad a través de los (Nodos cognitivos) Para determinar los nodos interdisciplinarios se realizaron los pasos siguientes:

Contenidos. Analizar el programa de la disciplina Enfermería y su objeto de estudio, el sistema conceptual de las asignaturas del 4to año de la carrera, Análisis del sistema de conocimientos de las 2 asignaturas, elaboración de evaluaciones sistemáticas integradoras en las diferentes asignaturas, elaboración de evaluaciones finales y orientación de los trabajos de cursos con carácter integrador en las diferentes asignaturas.

El análisis de los documentos rectores nos permitió realizar una propuesta integrada para ambas asignaturas desde el Proceso de Atención de Enfermería en las Unidades de Urgencias y Emergencias

Taller 2. Actualización sobre los temas de Interdisciplinariedad para concretar las vías de la interdisciplinariedad y elaboración de objetivos integradores.

Objetivo. Definir las vías de la Interdisciplinariedad a través de los (Nodos cognitivos) Para determinar los nodos interdisciplinarios se realizaron diferentes pasos que permitieron concretar los nodos cognitivos de las asignaturas Enfermería de Urgencias y Administración de los servicios de Enfermería,

Se elaboró una propuesta integrada para ambas asignaturas (anexo 5)

Contenidos. Actualización sobre los temas de Interdisciplinariedad para concretar las vías de la interdisciplinariedad.

Los talleres realizados permitieron que los profesores realizarán las valoraciones correspondiente sobre los documentos normativos para concretar los modos de actuación del estudiante en la práctica teniendo en cuenta que El Dr. Pedro Horruter Silva considera que las disciplinas se apoyan en los aportes de las restantes disciplinas de la carrera y las asume en su integración para dar respuesta a las exigencias del quehacer profesional, asegurando el dominio de los modos de actuación esenciales de ese profesional(7)

3ra etapa evaluación de la propuesta para el 4to año de la carrera.

Después de realizados los talleres, definidos los nodos cognitivos se elaboraron los objetivos integradores en la evaluación de la educación en el trabajo del 4to año.

Propuestas de elaboración de objetivos integradores para evaluar las asignaturas de forma interdisciplinar, puede ser aplicada en las evaluaciones sistemáticas, parciales, finales y establecer vínculos para integrar varias asignaturas del 4to año de la carrera coincidimos con los criterios emitidos acerca de que aquellos contenidos de un tema de una disciplina o asignatura, que incluye conocimientos, habilidades y los valores asociados a él y que sirven de base a un proceso de articulación interdisciplinaria en una carrera universitaria dada para lograr la formación más completa del egresado, es decir el futuro profesional(12)

Ejemplo de objetivos integradores para la educación en el trabajo en 4to año.

Aplicar atención de enfermería al paciente en las Unidades de Urgencia, Emergencia y en Cuidados progresivos teniendo en cuenta la calidad del cuidado al paciente grave a través del Proceso de Atención de Enfermería para minimizar las complicaciones teniendo en cuenta los indicadores hospitalarios.

La autora considera que este ejemplo de objetivos integradores para la educación en el trabajo teniendo en cuenta la interdisciplinariedad para el 4to año se puede replicar en el resto de la unidades de atención al paciente grave. .

Conclusiones.

Desde el colectivo de año del 4to año de la carrera de Enfermería se potencio la interdisciplinariedad como herramienta metodológica para identificar los nodos cognitivos interdisciplinarios entre las asignaturas de Administración en Enfermería y Enfermería de Urgencias, integrando a través de objetivos integradores las habilidades a cumplir en la educación en el trabajo y su evaluación , siendo posible perfeccionar la calidad de la atención a través del Proceso de Atención de Enfermería en los servicios de Urgencias las experiencias de los docentes permitirá armónicamente trabajar la integración de las asignaturas con posibilidades para seleccionar los nodos cognitivos adecuadamente.

Referencias Bibliográficas.

1. Álvarez Zayas, C. (1989). Fundamentos Teóricos de la Dirección del Proceso Docente Educativo en la Educación Superior Cubana. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación.155p.
2. Chávarry Ysla PR. Propuesta alternativa de evaluación del desempeño docente basado en competencias para mejorar la calidad del proceso de enseñanza aprendizaje en la cátedra universitaria en la escuela de enfermería. Publicado: 14/04/2009. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>
3. Chi Maimó, A. y cols. (2011). Fundamentos conceptuales y metodológicos para una enseñanza desarrolladora de la disciplina morfofisiología humana. Rev. Educ. Med. Superior. 25(1).
4. Díaz Quiñones, J. A. (2012). Situación del proceso evaluativo del diagnóstico médico en la asignatura Medicina Interna del internado médico. Rev. Gaceta médica Espirituana.14(2)Recuperado: <http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/sum.14.%281%29/sumario.html>
5. Vigotsky LS. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas. 2 ed. La Habana: Científico- T; 1987 Fiallo Rodríguez, J. La interdisciplinariedad en la escuela: De la utopía a la práctica.
6. Torres, J. Globalización e interdisciplinariedad. El currículo integrado. Ediciones Morata, España, 1994 p.53
7. Horrutinier, Silvia P. (2006). La Universidad Cubana: El modelo de formación La Habana: Editorial Félix Varela. 355p.
8. Fiallo Rodríguez, J. La interdisciplinariedad en la escuela: De la utopía a la práctica. Material impreso S/A
9. Mañalich, Rosario. Interdisciplinariedad: Un problema pedagógico. En: Revista Bimestre Cubana, Volumen LXXXVIII julio diciembre 2000
10. Martínez Llantada M, Addine Fdez F, García Leyva M, Martínez Aguilar M, Couelles Hdez MD, Chion Molina MO. Reflexiones teorico-practicas desde las ciencias de la educación. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2004
11. Rúa Batistapau, Manuel de la. Interdisciplinariedad en el currículo de las ciencias sociales. Editorial Academia de las FAR, La Habana, 2000
12. -Rubio J, B. Principios o características de la complejidad. En: [wwwredcom.com](http://www.redcom.com)
13. -Thompson Klein, Julie. Interdisciplinariedad y complejidad en la educación media superior. En: Boletín Complejidad # 9, Red Mexicana de Pensamiento Complejo.
14. Scrich Vázquez, Aldo Jesús, Cruz Fonseca, Leticia de los Ángeles, Márquez Molina, Germán, & Infante Delgado, Ivisel. (2014). Interdisciplinariedad en la

formación académica, laboral e investigativa de los estudiantes de Medicina de Camagüey. *Humanidades Médicas*, 14(1), 87-108. Recuperado en 18 de marzo de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000100007&lng=es&tlng=es

Anexos.1. Tabla 1. Distribución de los profesores según edad y sexo

		No.	%
Sexo	Femenino	10	80
	Masculino	2	20
Edad	30-40	2	20
	40-50	8	60
	50-60	2	20

Tabla 2. Categorías docentes de los profesores.

Categorías docentes	No	%	Categorías científicas		Experiencia en la docencia
Instructor	3	25			10 años
Asistentes	7	60			20 años
Auxiliar	2	15	2	0.01	20 años
Total	12	100			

Anexo 2. Talleres dirigidos a los profesores

Objetivo. Caracterizar las concepciones de los profesores sobre la temática de la Interdisciplinariedad e identificar los nodos cognitivos desde las asignaturas

Taller 1. Análisis de los documentos rectores de la carrera y Actualización sobre los temas de Interdisciplinariedad para concretar las vías de la interdisciplinariedad.

Objetivo. Analizar los documentos rectores para definir las vías de la Interdisciplinariedad a través de los (Nodos cognitivos) Para determinar los nodos interdisciplinarios se realizaron los pasos siguientes:

Taller 2. Actualización sobre los temas de Interdisciplinariedad para concretar las vías de la interdisciplinariedad y elaboración de objetivos integradores.

Objetivo. Definir las vías de la Interdisciplinariedad a través de los (Nodos cognitivos) Para determinar los nodos interdisciplinarios se realizaron diferentes pasos que permitieron concretar los nodos cognitivos de las asignaturas Enfermería de Urgencias y Administración de los servicios de Enfermería, Se elaboró una propuesta integrada para ambas asignaturas (anexo 5)

Contenidos. Actualización sobre los temas de Interdisciplinariedad para concretar las vías de la interdisciplinariedad.

Comentarios sobre Enfermería de Urgencias. Los temas en sentido general están cargados en contenido lo que dificulta el logro de los objetivos propuestos en clase. Para facilitar la comprensión de los temas es necesario una sólida base anatomofisiológica de cada sistema e integrar los conocimientos que se van

adquiriendo en las asignaturas. En las actividades prácticas, el estudiante desarrolla habilidades y hábitos previstos en la asignatura debe desarrollar una mayor independencia y creatividad, así como las habilidades que requiere la asignatura (lógicas, profesionales y las propias del proceso docente. Los profesores de esta asignatura deben interrelacionar estos contenidos, se le dará seguimiento por los tutores en la práctica y se evaluará en las evaluaciones sistemáticas, parcial y final en cada una de las asignaturas.

Comentarios de los temas de Administración en Enfermería. El profesor enfatizará en las características generales del proceso administrativo, así como el plan de actividades a desarrollar, se orientarán las actividades a realizar en la educación en el trabajo con la participación de los mismos en el pase de visita de enfermería, entrega y recibo de turnos, asignación de funciones, participación en el plan de orientación al personal de nuevo ingreso, programa de educación permanente, la calidad de la atención está fundamentada en las necesidades del paciente y sus familiares, si tenemos en cuenta que los profesionales de enfermería, asisten a personas afectadas en sus necesidades básicas nos percataremos de la importancia y del papel que juega el enfermero en su empeño por mejorar cada día la calidad de la atención que brinda, la aplicación del pensamiento lógico y racional en la toma de decisiones es la principal área de interés, es importante prestar atención a la toma de decisiones como proceso que sirve para seleccionar un curso de acción entre varias posibilidades, el profesor tomara en cuenta la identificación del problema, investigación de soluciones, selección de la decisión y otros. Se hará énfasis en los principios básicos a tener en cuenta para lograr una calidad total en los servicios de enfermería, hará referencia a los aspectos legales, éticos de la práctica de Enfermería, y solicitará a los estudiantes que pongan ejemplos de transgresiones de principios éticos que ocurren en nuestra práctica profesional, así como en la toma de decisiones teniendo en cuenta que está muy relacionada con el estilo de dirección. Sistemáticamente los tutores evaluarán las habilidades de la educación en el trabajo vinculando los contenidos de ambas asignaturas .

Evaluación. Evaluación interdisciplinaria desde las asignaturas con las acciones desarrolladas Experiencias de los docentes en las relaciones interdisciplinarias a nivel de colectivo de año.

Comentarios de los temas de Administración en Enfermería.El profesor enfatizará en las características generales del proceso administrativo, se orientarán las actividades a realizar en la educación en el trabajo con la participación en el pase de visita de enfermería, entrega y recibo de turnos, asignación de funciones. El profesor debe enfatizar en los métodos para llevar a cabo el proceso del cuidado. Se hará énfasis en los principios básicos a tener en cuenta para lograr una calidad total en los servicios de enfermería. Hará referencia a los aspectos legales, éticos de la práctica de Enfermería, y solicitará a los estudiantes que pongan ejemplos de transgresiones de principios éticos que ocurren en nuestra práctica profesional. Sistemáticamente los tutores evaluarán las habilidades de la educación en el trabajo vinculando los contenidos de ambas asignaturas.

Anexo 3.

Entrevistas a estudiantes. Estimados estudiantes necesitamos conocer sus criterios acerca de los nexos que existen entre las diferentes asignaturas del 4to año

con el Objetivo de Caracterizar las concepciones que pueden tener los estudiantes acerca de la integración de los contenidos responda.

Haga referencia a los criterios que utilizan los profesores entre los contenidos de las asignaturas para realizar la vinculación entre las asignaturas y si tienen en cuenta la carga de evaluaciones en el colectivo de año.

Mencione algunas de las estrategias curriculares de su carrera.

Anexo 4.

Entrevistas a profesores.

Estimados profesores la presente entrevista tiene como objetivo Identificar los contenidos a interrelacionar de forma interdisciplinar en el 4to año de la carrera de Enfermería. (Edad, Sexo, Categoría docente, Categoría científica, Años de experiencia impartiendo la asignatura).

Para definir los contenidos a interrelacionar de forma interdisciplinar en el 4to año de la carrera de Enfermería necesitamos sus consideraciones y colaboración.

Mencione los contenidos que usted considera que se deben incluir desde el colectivo de año para integrarlos armónicamente en la educación en el trabajo.

Realice propuesta de cómo integrar armónicamente los objetivos integradores en la educación en el trabajo y exprese sus criterios acerca del programa de la asignatura que imparte.

Mencione los temas y contenidos que considera usted necesarios abordar como parte de la Interdisciplinariedad.

Anexo 5.

Propuesta de selección de los nodos cognitivos a través de la Integración.

Objetivos de la asignatura Enfermería de Urgencias	Acciones	Nodos cognitivos
<p>Describir el procedimiento en la Actuación de enfermería ante el paciente grave en los servicios de urgencia.</p> <p>Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en los servicios de Urgencia. Establecimiento de prioridades. Protocolo de actuación. Fases del Proceso de Atención de Enfermería. Planificar el plan de cuidados en situaciones de urgencia. Ejecutar y evaluar el plan de cuidados en situaciones de urgencia.</p>	<p>Ejecutar el Proceso de Atención de Enfermería en los servicios de Urgencia. El pensamiento crítico y el proceso de atención de enfermería Protocolo de actuación. Fases del Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación del P.A.E.</p>	<p>Participar en Pase de visita, entrega y recibo, asignación de pacientes, en los servicios de urgencias</p>

Objetivos.	Acciones.	Nodos cognitivos.
<p>Administración en los servicios de Enfermería.</p> <p>Valorar el Cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad mediante el proceso de atención de enfermería, con una proyección martiana, solidaria y humanista de los valores en los que sustente su actuación profesional, tanto en el servicio a nuestro pueblo como de otros que requieran de nuestra solidaridad internacionalista.</p>	<p>Ejecución las actividades básicas de la Vicedirección de Enfermería. Formación económica, resaltar la importancia de la calidad del cuidado para minimizar las complicaciones en los pacientes, teniendo en cuenta los indicadores directos de enfermería que pueden aumentar la estadía hospitalaria.</p>	<p>Fortalecer la formación social, profesional, humanística, competencias relacionadas con la comunicación, la ética con pacientes y familiares cumplimiento de sus funciones asistenciales, administrativas y docentes así como de la informática y la investigación, y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como base científica de su actuación profesional.</p>

LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN FUNCIÓN DE LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y SOCIAL Y LAS ASIGNATURAS ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y SALUD MENTAL EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA.

THE INTERDISCIPLINARIEDAD IN FUNCTION OF THE FAMILY AND SOCIAL INFIRMARY AND THE SUBJECTS INFIRMARY OF URGENCIAS AND MENTAL HEALTH IN THE CAREER OF INFIRMARY.

Lic. Dayami Pérez Soto, ⁽¹⁾ Lic. Nélide Sosa Botana, ⁽²⁾ Lic. Yanet Rojas Rodríguez, ⁽³⁾

Lic. Miriam Olano Rivalta⁽⁴⁾ Asbely Yera Sánchez⁽⁵⁾, Roviert Silva Céspedes⁽⁶⁾

⁽¹⁾ dayani96@nauta.cu. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba. Licenciada en Enfermería. Master en Educación. ⁽²⁾ metextension@ucm.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba. Licenciada en Enfermería. Master en Educación Médica Superior. ⁽³⁾ metpostgrado@ucm.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba. Licenciada en Enfermería. Master en Educación. ⁽⁴⁾ Licenciada en Historia y Ciencias Sociales Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba. ⁽⁵⁾ Licenciada en Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba. ⁽⁶⁾ Licenciado en Electromedicina. Centro Provincial de Electromedicina. Cienfuegos. Cuba

RESUMEN

Fundamento: una exigencia para la formación del Licenciado en Enfermería, es el desarrollo de un pensamiento científico acorde con la preparación actual del profesional que sea más capaz y competitivo profesionalmente. **Objetivo:** elaborar una propuesta de tareas integradoras con un enfoque interdisciplinar entre la Enfermería Familiar y Social y las asignaturas Enfermería de Urgencias y Salud Mental, en el cuarto año en la carrera Licenciatura en Enfermería. **Métodos:** del nivel teórico como: el analítico-sintético, inductivo-deductivo y el histórico-lógico, y métodos del nivel empírico como: análisis documental, observación, encuestas, entrevista y criterio de experto a través del método El Ábaco de Régnier, para su validación. **Resultados:** la propuesta de tareas diseñadas permitió mejorar la calidad del proceso de enseñanza aprendizaje y la formación de habilidades en los estudiantes de enfermería. **Conclusión:** La propuesta de tareas integradoras con enfoque interdisciplinar desde lo reproductivo, productivo y creativo activa el proceso y constituye un medio auxiliar para diseñar nuevas tareas y aplicarlas, teniendo en cuenta las características concretas de los alumnos.

Palabras clave: Enseñanza; aprendizaje; tareas docentes, interdisciplinariedad.

SUMMARY

Foundation: a demand for the Graduate's formation in Infirmery, is professionally the development of an in agreement scientific thought with the professional's current preparation that is more capable and more competitive. Objective: to elaborate a proposal of integrative tasks with a focus interdisciplinar between the Family and Social Infirmery and the subjects Infirmery of Urgencies and Mental Health, in the fourth year in the career Degree in Infirmery. Methods: of the theoretical level as: the analytic-synthetic, inductive-deductive and the historical-logical one, and methods of the empiric level as: documental analysis, observation, surveys, he/she interviews and expert's approach through the method The Abacus of Régnier, for their validation. Results: the proposal of designed tasks allowed to improve the quality of the process of teaching learning and the formation of abilities in the infirmery students. Conclusion: The proposal of integrative tasks with focus interdisciplinar from the reproductive, productive and creative active the process and a half assistant constitutes to design new tasks and to apply them, keeping in mind the concrete characteristics of the students.

Words key: Teaching; learning; educational tasks, interdisciplinariedad.

INTRODUCCIÓN

En el proceso de enseñanza aprendizaje la interdisciplinariedad juega un rol destacado en la formación del profesional de nuestro tiempo; que debe llevar en sí la capacidad de aplicar holísticamente en su entorno los sistemas de habilidades y conocimientos que garanticen un buen desempeño. (1) El logro de esta independencia cognoscitiva constituye uno de los retos actuales de nuestra Educación Superior, es por eso que la tarea es primordial en la formación diaria de este futuro profesional que tendrá que enfrentarse a problemáticas sociales. (2)

Desarrollar un pensamiento complejo a través del paradigma de la transdisciplinariedad requiere transitar previamente por la interdisciplinariedad; para ambas se requiere de la recapacitación. (3-4)

A pesar de que la coordinación interdisciplinar ha sido por años un presupuesto de la estrategia formativa en las diferentes especialidades, en la práctica se ha realizado ocasionalmente. La renovación educativa sorprende a un claustro docente sin cultura en la gestión interdisciplinaria; que si antes de producirse la integración de la Enfermería familiar y Social era necesaria, ahora es imperativa. Al igual que ocurre con la recapacitación docente, no es un problema privativo de la docencia en su totalidad.

Durante las diferentes formas de preparación metodológica: clases metodológicas, clases abiertas, clases demostrativas, preparación de las asignaturas; no se realiza la organización, planificación, control y evaluación de las tareas integradoras con enfoque interdisciplinar, a partir del diagnóstico del aprendizaje de los alumnos y de los objetivos y contenidos de los diferentes programas que potencian elevar la calidad del aprendizaje de los mismos.

Las anteriores reflexiones y en particular la deficiente formación interdisciplinar de los profesores, que es señalada como uno de los problemas actuales de la didáctica, condujeron al planteamiento del siguiente **Problema científico:**

¿Cómo contribuir a elevar la calidad del proceso de enseñanza- aprendizaje, de los estudiantes de la carrera de Enfermería, a partir de la asignatura Enfermería Familiar y Social?

Para darle solución al problema, se propone en la investigación alcanzar el siguiente **Objetivo:** Elaborar un material docente sustentado en tareas integradoras con un enfoque interdisciplinar, entre las asignaturas de Enfermería de Urgencias y Salud Mental, desde la enseñanza - aprendizaje de la Enfermería Familiar y Social.

MÉTODOS:

Se realizó esta investigación en la Filial de Ciencias Médicas de Cienfuegos desde Septiembre de 2016 a Julio de 2017.

El universo lo conformaron un total de 50 profesores y estudiantes. La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo estratificado, seleccionado aleatoriamente de cada uno de los estratos, por lo que quedó constituido por 3 profesores y 28 estudiantes. Se incluyeron en el estudio a los estudiantes y profesores que formaban parte del proceso docente educativo en la carrera de enfermería.

En el diseño del estudio, para llevar a cabo la elaboración de las tareas docentes interdisciplinarias en la carrera de Enfermería, se tuvieron en cuenta tres etapas:

1ra Etapa: diagnóstico a profesores sobre el conocimiento para establecer las relaciones interdisciplinas o intermaterias en el proceso docente educativo en la carrera de Enfermería.

2da Etapa: diseño de las tareas docentes integradoras.

3ra Etapa: valoración a través de criterio de expertos.

Durante el desarrollo de la investigación, para lograr recolectar los datos necesarios se utilizaron los siguientes métodos:

Del nivel teórico.

- Histórico lógico: encaminado al análisis de los antecedentes teóricos de la investigación. Se utilizó esencialmente en el estudio del objeto y el campo de acción, básicamente en el desarrollo del proceso de integración de las ciencias y sus aplicaciones en el proceso de enseñanza aprendizaje.
- Analítico y sintético: Para el análisis de las tareas integradoras con enfoque interdisciplinar y de sus funciones haciendo énfasis en su concepción y formulación, imprescindible para establecer comparaciones de criterios y determinar rasgos comunes y grado de los enfoques considerados, que permitieron llegar a conclusiones confiables.
- Inductivo y deductivo: permitió determinar las etapas necesarias para el establecimiento de tareas integradoras con enfoque interdisciplinar, desde la Enfermería Familiar y Social con las asignaturas Enfermería de Urgencia y Salud Mental en la carrera de Enfermería; como elemento que relaciona las dimensiones de la formación integral.

Del nivel empírico

- Análisis documental: de los documentos metodológicos de la carrera Lic. en Enfermería; así como de los programas de las asignaturas Enfermería Familiar y Social, Enfermería de Urgencia y Salud Mental.
- Observación: se realizaron observaciones a clases de los profesores de la carrera, para detectar el nivel de aplicación de las tareas integradoras con enfoque interdisciplinar de las diferentes asignaturas con la Enfermería Familiar y Social.
- Encuestas: a una muestra intencionada y variada de docentes de la carrera de Enfermería objeto de la investigación; así como a estudiantes. La misma estuvo dirigida a recopilar datos valorativos acerca de la utilidad de la propuesta.
- Entrevista: a directivos de la Filial de Ciencias Médicas de Cienfuegos, para conocer si el trabajo metodológico se realiza con enfoque interdisciplinar y sus criterios en cuanto al material docente.
- Criterio de expertos: Este método fue empleado para consultar a 15 especialistas, los que realizaron un pronóstico de previsión, determinando las características futuras del comportamiento de las tareas integradoras diseñadas, propiciando la determinación de los resultados de la investigación.

Del nivel matemático y/o estadístico.

- Medición: para procesar la información obtenida se realizó un Análisis de Frecuencia.

RESULTADOS

Como resultados significativos se encuentra que el 60 % de los profesores encuestados refieren no se encuentran preparados para hacer en su proceso docente el vinculo interdisciplinar a través de las tareas docentes, aunque reconocen la necesidad de este vinculo en la actividad cotidiana de su práctica profesional, por lo tanto se demuestra que solo el 10 % restante sí realiza tareas docentes integradoras con enfoque interdisciplinar en sus clases.

En entrevista realizada para conocer los criterios de los directivos en cuanto al material docente diseñado para la formulación de tareas integradoras con enfoque interdisciplinar desde las asignaturas Enfermería Familiar y Social, Enfermería de Urgencias y Salud Mental del 4to año de la carrera de enfermería pudimos constatar que a su criterio para los profesores resulta imprescindible entender la esencia de la Interdisciplinariedad si desean el éxito de su labor pedagógica y además la introducción de la Interdisciplinariedad implica una transformación profunda en los métodos de enseñanza y requiere de un cambio de actitud y de las relaciones entre los docentes y los estudiantes.

La entrevista al departamento metodológico arroja que aún no se realiza de forma sistemática el trabajo metodológico del centro teniendo en cuenta la integración de los contenidos.

La encuesta realizada a los estudiantes demuestra que Las clases que imparten tus profesores tratan conocimientos puramente de la asignatura y que las tareas u otra actividad independiente requieren para resolverlas de los conocimientos específicos de la asignatura, solo algunos profesores realizan la integración de los conocimientos de forma sistemática.

En visita a clases se pudo observar que no se aprovecharon en estas todas las posibilidades de promover su desarrollo con la relación interdisciplinaria y las tareas interdisciplinarias.

En la aplicación práctica del método El Ábaco de Régnier, se hará referencia a los resultados obtenidos. En el anexo 10 se muestra el coeficiente k de competencia de los expertos. Como se puede observar en tabla, todos los especialistas tienen un alto nivel

de conocimientos acerca del tema objeto de investigación ya que se cumple que $0,8 \leq K \leq 1$.

En este paso, se tuvo en cuenta, las respuestas a cada una de las preguntas que aparecen en el cuestionario, así como la coincidencia o no de las mismas, resaltando aquellos criterios que puedan enriquecer o mejorar la propuesta.

Opiniones expresadas por los expertos consultados en relación con el Material Docente de tareas integradoras con enfoque interdisciplinar desde la Enfermería Familiar y Social, con las asignaturas Enfermería de Urgencia y Salud mental para el cuarto año de la carrera de Enfermería, basadas en nodos de articulación interdisciplinarios.

- Las tareas integradoras deben ser utilizadas en todas las temáticas que se puedan vincular interdisciplinariamente en las tres asignaturas motivo de investigación.
- Los nodos de articulación interdisciplinarios que se declaran no son los únicos que se pueden establecer.
- El aumento de la complejidad que se plantea en las tareas docentes, se puede apreciar en los contenidos pero no en la forma.
- Las tareas se deben orientar con anterioridad a los alumnos según los temas que se puedan vincular de forma interdisciplinar en las tres asignaturas motivo de esta investigación.
- Orientar la Bibliografía no solo complementaria, sino también que los estudiantes utilicen las TIC para las búsquedas.
- Se requiere la disposición de los profesores para trabajar la interdisciplinariedad.
- La propuesta de tareas integradoras diseñada permitirá mejorar la calidad del proceso de enseñanza aprendizaje en esta carrera.
- Es necesario que se muestre la estructura de las tareas a todos los profesores para su preparación.
- Lograr un consenso entre los docentes que garantice aplicar la integración de asignaturas.
 - En el trabajo independiente el alumno repita la actividad y no se presenten nuevas situaciones que respondan a conocer, saber y saber hacer.
- Las preguntas de las tareas deben responder al nivel reproductivo, productivo y creativo.
- Las tareas pueden ser generalizadas en la medida en que se muestre un algoritmo para el diseño de las mismas, lo cual permite su sistematización, depende además, del trabajo

de los colectivos de asignatura, del dominio que los docentes posean acerca de las habilidades específicas de la carrera, de sus contenidos y metodología.

- Las tareas tienen una estructura bien diseñada.
- El diseño de las tareas integradoras constituye un principio colectivo y dinámico del trabajo metodológico de los departamentos docentes, colectivos de asignatura y de año.

Después de analizar cada uno de los criterios de los expertos, se determinaron puntos de coincidencia, al considerar la propuesta de tareas integradoras factible y pertinente para responder a la necesidad de integrar las asignaturas Enfermería Familiar y Social, con las asignaturas Enfermería de Urgencia y Salud mental, en la carrera de Enfermería. Los 15 expertos afirman que la propuesta diseñada permitirá mejorar la calidad del proceso de enseñanza aprendizaje y la formación de habilidades en los estudiantes.

Con relación a estos señalamientos se puede expresar lo siguiente:

El aumento de la complejidad que se declara, es en cuanto al contenido, no en la forma ya que esa era la intención al diseñarlos.

Se pueden encontrar más nodos de articulación interdisciplinarios, en este trabajo se diseñaron solamente tres para elaborar a partir de ellos las tareas integradoras con enfoque interdisciplinar. La valoración realizada con respecto a la estructura de las tareas fue favorable, se ofrecieron algunas sugerencias como la inclusión de tareas que respondan a los diferentes niveles de asimilación del conocimiento.

La propuesta de las tareas integradoras con enfoque interdisciplinar fue reelaborada incorporando las sucesivas modificaciones, aclaraciones y sugerencias que señalaron los especialistas consultados, hasta llegar a la definitiva que se muestra en el presente trabajo.

A continuación se muestra el resultado del método: El ábaco de Régnier.

Predomina el color verde claro que representa que las respuestas de los expertos fueron favorables; mientras que el verde oscuro indica las respuestas muy favorables.

Experto	Calidad del proceso de enseñanza aprendizaje.	Formación de habilidades propias del perfil profesional.	Pertinencia
1	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3	V	C	V	O	V	C
4	V	O	V	O	V	O
5	V	C	V	C	V	C
6	V	C	V	C	V	C
7	V	C	V	C	V	C
8	V	C	V	C	V	C
9	V	O	V	O	V	O
10	V	C	V	C	V	C
11	V	C	V	C	V	C
12	V	O	V	O	V	O
13	V	C	V	C	V	C
14	V	O	V	O	V	O
15	V	O	V	O	V	O

DISCUSIÓN

Con esta investigación se elaboró un Material docente de tareas integradoras con enfoque interdisciplinar, desde los contenidos de Enfermería Familiar y Social, Enfermería de urgencia y Salud Mental, que permitió elevar la calidad del proceso docente educativo, al desarrollar un pensamiento lógico en los estudiantes del 4to año de la carrera de Enfermería. Las asignaturas Enfermería Familiar y Social, Enfermería de urgencia y Salud Mental tienen grandes potencialidades para propiciar la integración de los conocimientos a partir del análisis de sus objetivos y contenidos comunes.

Constituye una vía esencial para el logro de la interdisciplinariedad en las asignaturas el diseño de tareas docentes integradoras, que orientada desde una asignatura, propicien la integración adquirida en las restantes. (5-6)

La aplicación de tareas integradoras con enfoque interdisciplinar desde las asignaturas Enfermería Familiar y Social, Enfermería de urgencia y Salud Mental en el 4to año de la carrera de Enfermería favorecen el desarrollo en los estudiantes de un aprendizaje personalizado y desarrollador. Las tareas integradoras con enfoque interdisciplinar permiten su implementación en las distintas formas de organización del proceso de enseñanza aprendizaje y guía a su vez la actividad de los profesores. (7-8)

La propuesta de tareas integradoras con enfoque interdisciplinar desde lo reproductivo, productivo y creativo activa el proceso y constituye un medio auxiliar para diseñar nuevas

tareas y aplicarlas, teniendo en cuenta las características concretas de los alumnos. (9-10)

El ilustre pedagogo cubano E. J. Varona cuando escribió: “Se elabora un programa, se amolda al programa un texto, el profesor se esclaviza al texto y el alumno aprende que cuanto necesita es contestar de cualquier modo a una serie de preguntas estereotipadas”. (11) Se requiere de un profesor que tenga pensamiento y modos de actuación interdisciplinar como premisa para que pueda transmitir esta forma de pensar y proceder a todos los alumnos.

La determinación de nodos interdisciplinarios no tiene ningún efecto en el desarrollo del currículo, sin el trabajo metodológico Interdisciplinar de los profesores: Según E. Ander-Egg existen un conjunto de condiciones para que sea posible la Interdisciplinariedad como práctica educativa y en su nexo con las didácticas particulares. Estas condiciones son: (12)

1-Que cada profesor participante tenga una buena, o al menos aceptable, formación en su disciplina.

2-Que todos los docentes tengan un real interés para llevar a cabo una tarea interdisciplinar y no tan solo por cumplir una formalidad que le viene impuesta, ya sea por otros colegas o por la dirección del instituto, colegio o escuela.

3-Que los alumnos se encuentren motivados para realizar un trabajo de esta naturaleza, difícilmente lo estarán si antes los profesores no tienen un mínimo de entusiasmo por la tarea y si no son capaces de proponer un tema lo suficiente atractivo e interesante.

4-Que todos los profesores interioricen todos aquellos aspectos sustanciales de una concepción y enfoque Interdisciplinar.

5-Que como tarea previa se elabore un marco referencial en el que se integren, organicen y articulen los aspectos fragmentarios que han sido considerados desde cada una de las asignaturas implicadas.

6-No partir del supuesto de que hay que integrar todas las asignaturas, sino solo aquellas que puedan aportar de manera significativa al tener objetivo de estudio.

7-Llevar a cabo la presentación del tema o problema estudiado interdisciplinariamente (profesores-alumnos).

La formación del futuro profesional de Licenciatura en Enfermería debe ser una formación contextualizada con su época, con su entorno, comprometida con las necesidades y demandas de la sociedad y del país en que vive; al mismo tiempo que sea científica, profundamente humana y que le permita a este profesional trascender.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ÁLVAREZ DE ZAYAS, C. La escuela en la vida. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1999. p.82
2. IGLESIAS LEÓN, M. La autopreparación de los estudiantes en los primeros años de la Educación Superior [tesis]. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 1998.
3. CÁCERES MESA, M. El Proyecto de año como unidad Interdisciplinar del proceso curricular en la formación inicial del profesor para la escuela Cubana / F. Castro González... (et.al).-- La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 2004.-- p. 97
4. CÁCERES MESA, M. Fundamentos teóricos para la organización didáctica de los programas analíticos de las asignaturas en el currículo / C.M Cañedo Iglesias. – Cienfuegos: Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”, 2005. —114 p
5. ROSELL PUIG, W. DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ, L. Aspectos fundamentales en la elaboración de los objetivos de enseñanza. Educ Med Super. [Seriado en Internet]. 2002 [citado 23 noviembre 2008]; 16(4): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems08402.htm
6. ROSELL PUIG, W. MÁZ GARCÍA, M. El enfoque sistémico en el contenido de la enseñanza. Rev Cubana Educ Med Super. [Seriado en Internet]. 2003 [citado 15 diciembre 2008]; 17(2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_2_03/ems02203.htm
7. PÉREZ SOTO, DAYAMI. La interdisciplinariedad en el proceso de enseñanza – aprendizaje. p. 1-10 En: Odiseo (Cienfuegos), 2010.
8. PÉREZ SOTO, DAYAMI. La interdisciplinariedad: Un desafío para la docencia contemporánea. p. 1-10 En: Odiseo (Cienfuegos), 2010. Interdisciplinariedad. — <http://www.psicopedagogia.com>
9. MENDOZA CURBELO, P. Propuesta de tareas docentes integradoras desde las asignaturas de humanidades en 7mo grado, 2016.-- 59 h.-- Tesis de Maestría. -- ISP” Conrado Benítez García”, Cienfuegos, 2016
10. VILLA RODRÍGUEZ, N. Tareas docentes para desarrollar la educación ambiental en los estudiantes de 9no grado, 2016.-- 73h. --Tesis de Maestría. ISP “Conrado Benítez García”, Cienfuegos, 2016.
11. VARONA, E. J. Trabajos sobre Educación y enseñanza, 2012. p.69.
12. ANDER-EGG, E. Interdisciplinariedad en Educación. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata; 2012. p.10

LA INTERDISCIPLINARIEDAD PARA LA FORMACIÓN DOCENTE DEL PROFESOR UNIVERSITARIO

Autores:

Lic. Addys Teresita Stable Rodríguez vdfgf@ucm.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba Jefa de departamento de Formación Básica General Máster en Educación

Lic. Gilberto Suárez Suárez gsuarez@ucf.edu.cu Universidad de Cienfuegos Cuba Doctor en Ciencias Pedagógicas

Ing. Orlando Manuel Stable Rodríguez orlando@ucf.edu.cu Universidad Cienfuegos Cuba

Lic. Lizgrace Llano Arana jdmetf@ucm.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba Jefa de departamento Docente Metodológico Máster en Educación Médica Superior

Lic. Deise Matilde Girau Rodríguez postgradof9151@ucm.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba Máster en Urgencias Médicas

Lic. Rosa María Masot Rivero cuadros@ucm.cfg.sld.cu Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos Cuba Directora de Cuadros Máster en Educación.

Resumen:

Fundamento: La interdisciplinariedad constituye un imperativo en la formación docente del profesor universitario, pues tributa a perfeccionar el proceso docente educativo. Las crecientes exigencias de la educación superior y de la sociedad en general en torno a la calidad del aprendizaje conllevan a potenciar este enfoque **Objetivo:** diseñar talleres metodológicos interdisciplinarios para la formación docente del profesor universitario.

Resultados: se diseñaron seis talleres metodológicos interdisciplinarios para la formación docente del profesor universitario, los cuales tuvieron la siguiente estructura: objetivo, contenidos, métodos, primer momento, segundo momento, tercer momento, forma de control y evaluación aspectos a trabajar de forma independiente como autopreparación para el próximo taller, bibliografía **Conclusiones:** los talleres metodológicos interdisciplinarios para la formación docente del profesor universitario permitieron potenciar el modo de actuación de los docentes, lo que mejora su desempeño profesional desde esta perspectiva, corroborado por el criterio de los expertos que los consideraron muy adecuados.

Palabras Claves: interdisciplinariedad, formación docente, profesor universitario, talleres metodológicos, proceso docente educativo

Introducción:

Cualquier cambio educativo debería estar ligado a la mejora del personal docente de todos los niveles y a su formación, ya que quien debe llevar a cabo estos cambios, el ejecutor de los mismos, es el docente. No hay transformación educativa sin transformación en la formación del profesorado. Partiendo de esta reflexión se hace patente la necesidad de preocuparse y ocuparse de la formación docente del profesorado para conseguir una universidad adaptada a las necesidades de la sociedad y el alumnado del siglo XXI.

En Cuba, los cambios en el sistema educativo se han realizado de forma permanente con el objetivo de adecuar la educación a las características imperantes en cada momento histórico que ha vivido el país. Las modificaciones en búsqueda de la formación de un individuo que responda a las exigencias de su tiempo, han constituido una preocupación constante y plasmada en la política educacional trazada en el país, que ha abarcado desde la enseñanza primaria hasta la universitaria.

En la conferencia inaugural del 11no Congreso Internacional de Educación Superior Universidad 2018, se declaran los desafíos de la educación superior en América Latina y el Caribe y Políticas Públicas, dentro de los que se enuncian la formación de profesionales competentes y también de ciudadanos comprometidos con la sociedad, tanto en los niveles de grado como de posgrado. Las políticas deberían favorecer el servicio público de los estudiantes y una mayor inserción en las dinámicas sociales y productivas. Al mismo tiempo las universidades como parte integrante del sistema de educación mantiene el desafío de garantizar en calidad y cantidad la formación de profesores, fortalecer la investigación pedagógica, la producción de contenidos y contribuir al perfeccionamiento del sistema educativo, especialmente en el nivel medio. Las políticas públicas deben favorecer la formación y superación de maestros y profesores, enaltecer su imagen y reconocimiento social y crear condiciones para el mejor desempeño profesional en su decisiva labor (1).

El presente trabajo tiene como antecedente una tesis de maestría, en la cual se abordan investigaciones y experiencias vinculadas a la temática de la interdisciplinariedad y la formación docente, desde diferentes aristas, donde se enfatiza la importancia del tema y las vías para su perfeccionamiento.

En la bibliografía consultada se constata que en el ámbito internacional se advierten las concepciones de Pozuelos, Miranda y Travé (2); Chacón y Alcedo (3); López, Chávez (4); Guiriga(5), quienes realizan estudios teóricos en los que se puede sustentar tanto la formación docente como la interdisciplinariedad. En el ambiente nacional se identifican autores como Perera (6); Fiallo (7); Abreu (8); Duran, Avilés (9); Morales (10); Scrich, Cruz, Márquez, Infante (11), los cuales proponen concepciones teóricas y metodológicas para la formación de los profesores universitarios desde una perspectiva interdisciplinar. En el contexto local afloran con gran impacto investigaciones como las realizadas por González (12); Lanza (13); Muñoz (14), defendiendo elevar el nivel de preparación de los profesores desde diferentes ramas del saber.

Los autores citados, en sus investigaciones realizan reflexiones sobre la necesidad de abordar la interdisciplinariedad en la formación docente de los profesores universitarios, pero no se han encontrado en ellos referencias contextualizadas sobre concebirla como un sistema de conocimientos, habilidades y valores, desde los problemas profesionales. Se incluyen algunos aspectos relacionados con el tema, pero alejados de las necesidades docentes de los profesores.

La enseñanza integrada es un proceso dialéctico que refleja la necesidad histórica de la educación de agrupar los aspectos esenciales de los contenidos de enseñanza, pertenecientes a varias disciplinas, que se interrelacionan, y conformar de esta manera una nueva unidad de síntesis interdisciplinaria, que en un momento dado produce un salto de calidad y da lugar a niveles de mayor grado de generalización, que permiten a los estudiantes un aprendizaje más fácil y eficaz. Lo antes expuesto nos permite asumir una similitud entre los términos integración e interdisciplinariedad.

Para dar cumplimiento a estos cambios resulta imperioso perfeccionar la formación docente del profesor universitario desde la interdisciplinariedad, teniendo en cuenta que, en los planes de estudios vigentes, se han considerado alternativas de integración curricular como vías para paliar las insuficiencias derivadas del enfoque disciplinar o por asignaturas que tienden a fragmentar el conocimiento.

En el 11 Congreso Internacional Universidad 2018 Hernández (15) refiere que dentro de estas alternativas se encuentran: los programas directores, las actividades académicas laboral e investigativa, la disciplina integradora, la articulación vertical y horizontal, espacios curriculares de entrenamiento profesional, lo cual se debe fundamentalmente a la formación disciplinar de los profesores y maestros que diseñan y desarrollan los currículos.

Lo antes expuesto nos permite detectar algunas insuficiencias que atentan contra la formación docente desde esta perspectiva que hoy se aspira en el profesor universitario:

- No se privilegia la formación docente del profesor universitario con enfoque interdisciplinar.
- Insuficiente protagonismo de los profesores universitarios en relación a la aplicación de la interdisciplinariedad.
- La interdisciplinariedad ha sido declarada en los diseños curriculares y documentos metodológicos, pero no se ha concretado en la práctica pedagógica mediante acciones específicas.
- Las evaluaciones carecen de un carácter interdisciplinar.

La situación problémica anteriormente expuesta nos permite enunciar como problema de investigación: ¿Cómo contribuir desde la interdisciplinariedad a la formación docente del profesor universitario?

Ante esta problemática se plantea el siguiente objetivo: diseñar talleres metodológicos interdisciplinarios para la formación docente del profesor universitario.

Desarrollo:

Durante los siglos XV, XVI, XVII muchos hombres de ciencia se refirieron a la necesidad de unificar el saber, los primeros intentos por establecerla se dieron de manera espontánea o incipiente, autores como: Platón, Francis Bacon, Comenius, ya lo planteaban. En el siglo XIX y XX cobra auge esta perspectiva y científicos como Piaget, Jurjo Torres, Michaud, entre otros, son referentes de estudios acerca del tema. Por su parte Carrazana Contreras, citado por Llano Arana y otros (16), plantean que en Cuba, los intentos de integración para el proceso de enseñanza-aprendizaje organizado, tienen su génesis en pensadores como Félix Varela y José de la Luz y Caballero, quienes buscaban la renovación de los métodos escolásticos del aprendizaje, en

períodos de parcelación del saber y de una concepción de especialización de objetos de estudios, en el desarrollo de métodos y formas de enseñanza.

Estos referentes llevan a la autora a definir la interdisciplinariedad es como *un proceso de enseñanza aprendizaje, de relaciones mutuas de conocimientos entre dos o más disciplinas*.

La interdisciplinariedad como filosofía de trabajo es imprescindible en el mundo actual, y en las instituciones educativas se manifiesta desde las distintas disciplinas, todas las ciencias están estrechamente relacionadas, de forma tal, que se hace imposible no reconocer a una en la otra, no obstante, no se aprovechan por los docentes, todas las potencialidades de su vinculación mediante distintas vías, que le permitan al estudiante identificar a estas ciencias integradas como un recurso, para indagar los secretos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, y para la actividad investigativa. El profesor como agente mediador de los procesos de enseñanza-aprendizaje no solo deben dominar su campo de conocimiento, sino apropiarse y generar nuevas formas de enseñar.

Resulta de gran importancia el papel que cumplen los docentes como agentes de cambio educativo, por lo que meritan de una formación integral. Esta falta de aprovechamiento de las potencialidades de integración, es necesario identificarlo como problema para lograr una adecuada formación docente del profesor universitario.

La Universidad es el lugar donde se conserva el patrimonio de la humanidad que se renueva incesantemente *“por el uso que de él hacen los profesores y los investigadores”*. De aquí la importancia de una adecuada formación de los miembros de la comunidad universitaria. La preparación pedagógico-didáctica del profesor universitario es uno de los grandes temas que en la actualidad está abriendo un nuevo discurso, hacia la necesidad de argumentar y aportar propuestas para la mejora de la docencia.

El artículo publicado por Padilla y otros (17) confirman que la formación docente de los profesores universitarios constituye una prioridad para numerosos estados y organizaciones internacionales como la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Además, la concibe como la piedra angular para alcanzar la calidad y la excelencia del sistema de Educación Superior, lo cual explica el interés compartido entre pedagogos y políticos de establecer líneas esenciales para la proyección e implementación de la formación del profesor universitario como una actividad básica de la gestión académica.

En el informe de la Comisión Internacional sobre educación para el Siglo XXI de la UNESCO (18) se plantea que *“Nunca se insistirá demasiado en la importancia de la enseñanza y por ende del profesorado (...) así pues mejorar la calidad y la motivación de los docentes debe ser una prioridad de todos los países”*.

La formación docente es un factor esencial para el mejoramiento y desarrollo de la calidad del proceso docente educativo. Sin embargo, no es fácil producir cambios profundos y perdurables que permitan alcanzar esa meta, porque el cambio implica modificar actitudes, creencias, conceptos y comportamientos.

En tal sentido, se plantea la urgencia de solventar las debilidades de los modelos de formación y actualización del profesorado, que, entre otros aspectos, incida convenientemente en el componente didáctico de las respectivas áreas disciplinares. Las/os profesoras y profesores universitarios somos *“licenciados en...”, “doctores en...”, “especialistas de...”, “expertos de...”,* pero carecemos de estrategias y

habilidades para enseñar “significativamente” esos conocimientos a un alumnado universitario cada vez más heterogéneo.

Existen numerosas propuestas de formación docente citadas por Suárez (19) que apuntan a un fin común: preparar al profesor para un desempeño docente exitoso. Pérez, A; Imbernón, F.; Canfux, V; Iglesias, M y otros; Lara, L y otros, Peña, J. V.; Maciel, O. Martínez, F.; Sanz, T y Rodríguez, A.; Cáceres, M y otros: Baute, L. En tal sentido Mur, N (20) aborda estos referentes desde lo asistencial en el Especialista de Enfermería Materno Infantil. Estas reflexiones permitieron a la autora concebir la formación docente como *un proceso de superación integral, permanente y continuo, que permite el perfeccionamiento de conocimientos, habilidades, valores y actitudes profesionales requeridas para la elevar la calidad del proceso de enseñanza aprendizaje.*

En el análisis realizado por Herrera Rodríguez (21) en el 11no Congreso Internacional de la Educación Superior Universidad 2018 manifiesta que, en el campo de la formación docente, estudiosos del tema opinan que esta se desarrolla cuando se crea un estado colectivo de implicación en la mejora de la docencia y se establece un efectivo apoyo institucional a los profesores. Se puede señalar que la formación constituye un proceso dinámico y permanente, con una alta pertinencia social.

La eficiencia del Proceso Docente-Educativo en gran medida se logra con la formación de un pensamiento interdisciplinario en los profesores universitarios, lo cual se corrobora con un buen trabajo metodológico, el cual ha demostrado ser una de las vías más importantes para lograr la actualización, superación y formación de los docentes.

Es reconocido en el artículo 43 del Reglamento para el Trabajo Docente y Metodológico en la Educación Superior (22) que el trabajo metodológico posee varias direcciones con sus formas de organización específicas, o sea Docente Metodológica o Científico Metodológica con sus tipos fundamentales (artículo 46) entre los que está el taller metodológico, desarrollados a partir de las necesidades de los docentes, de la aparición de nuevos modelos pedagógicos en los territorios provocando el necesario debate y reflexión entre los profesionales dadas sus carencias pedagógicas y didácticas, en muchos casos, o la falta de experiencia de trabajo con la Didáctica de la Educación Superior en las diferentes modalidades de estudios .

Es por ello que se asume la definición de taller metodológico, reflejada en el artículo 54 de dicho reglamento y cito: *“El taller metodológico es el tipo de trabajo docente-metodológico que tiene como objetivo debatir acerca de una problemática relacionada con el proceso de formación y en el cual los profesores presentan experiencias relacionadas con el tema tratado, donde se proyectan alternativas de solución a dicho problema a partir del conocimiento y la experiencia de los participantes”.*

Sin embargo, al asumirlo como forma organizativa para este fin, implica trascender necesariamente el concepto de “taller metodológico”, pues tal y como se define en esta forma organizativa se persigue asegurar un espacio para el debate y la reflexión entre el colectivo de docentes, lo que de hecho propicia una adecuada actualización, superación y formación del claustro de profesores que participan en los mismos.

Es en estas condiciones que el taller metodológico se abre paso como forma de abordar el trabajo metodológico y se convierte en una manera de suplir con urgencia las carencias pedagógicas de los profesionales que se enfrentan al ejercicio de la docencia e introducir y desarrollar las capacidades didácticas en aquellos que, proceden de

diversas formaciones y se enfrentan al ejercicio de la docencia en los centros Universitarios.

Los talleres metodológicos suelen tener poder para informar y motivar el desarrollo de capacidades en los docentes, para corregir actitudes, para consolidar nuevas visiones y permitir a los docentes ensayar sus nuevos roles bajo la supervisión y asesoramiento de un colectivo democráticamente organizado. Ellos resultan una oportunidad exclusiva para que el personal de un mismo colectivo, año académico o carrera analice, reunido en equipos de trabajo, su propia práctica y ponga a prueba su capacidad para afrontar la enseñanza desde enfoques radicalmente contemporizados.

Atendiendo a las reflexiones antes expuestas se propone la siguiente estructura para los talleres metodológicos interdisciplinarios:

- 1) Objetivo
- 2) Contenidos
- 3) Métodos
- 4) Primer momento
- 5) Segundo momento
- 6) Tercer momento
- 7) Forma de Control y evaluación
- 8) Aspectos a trabajar de forma independiente como autopreparación para el próximo taller
- 9) Bibliografía

Para la concepción de los talleres metodológicos consideramos pertinente establecer una propuesta metodológica, teniendo en cuenta diferentes temas relacionados con la interdisciplinariedad de los cuales se derivarían los contenidos para cada taller.

- 1) Superación a los docentes sobre interdisciplinariedad.
- 2) Estudio de los documentos rectores de la carrera. Se hace un análisis de como se manifiesta el enfoque interdisciplinar en el perfil del profesional como exigencia social para el futuro profesional.
- 3) Estudio de los programas de las asignaturas por año académico (o semestre) para seleccionar los elementos del conocimiento. Encaminado
- 4) Determinación de los nodos de articulación interdisciplinarios con los que se van a trabajar.
- 5) Análisis del trabajo didáctico que se realizará con los nodos de articulación interdisciplinarios.
- 6) Diseño de evaluaciones con enfoque interdisciplinar.

Tema del taller	Objetivos	Contenido	Métodos
Taller 1 Fundamentos teóricos de la interdisciplinariedad.	Debatir sobre los fundamentos teóricos a tener en cuenta al trabajar la interdisciplinariedad para lograr su implementación con eficiencia y	Antecedentes históricos. Principales exponentes del pensamiento interdisciplinar. Conceptualización. Clasificaciones de las relaciones interdisciplinarias.	Reproductivo, elaboración conjunta, trabajo independiente, expositivo.

	profesionalidad.	Factores del proceso integracionista. Requisitos para la implementación de la interdisciplinariedad.	
Taller 2 La interdisciplinariedad en el proceso de enseñanza aprendizaje.	Debatir acerca de las condiciones necesarias para el logro de un pensamiento interdisciplinar en el proceso de enseñanza aprendizaje.	Etapas para el establecimiento de la interdisciplinariedad. Condiciones para establecer la interdisciplinariedad en la práctica educativa. Ventajas y desventajas de la interdisciplinariedad.	Reproductivo, elaboración conjunta, trabajo independiente, expositivo
Taller 3 Retos de la interdisciplinariedad.	Definir nodos de articulación interdisciplinarios, así como los criterios de clasificación.	Fundamentos teóricos de las formas de lograr la interdisciplinariedad: a) Nodos de articulación interdisciplinarios. b) Elementos del conocimiento.	Elaboración conjunta, trabajo independiente, expositivo
Taller 4 Análisis del perfil del profesional de la carrera y de los programas de las asignaturas.	1) Analizar en el perfil del profesional como se manifiesta el enfoque interdisciplinar como exigencia social para el futuro profesional. 2) Caracterizar los programas de las asignaturas para identificar y seleccionar los objetivos y contenidos con los cuales se pueden establecer los	Analizar el perfil del profesional 1) Análisis de los objetivos generales de cada uno de los programas. 2) Estudio de las orientaciones metodológicas para el desarrollo de las asignaturas involucradas. 3) Análisis de los contenidos por unidades de cada programa de las asignaturas.	Elaboración conjunta, trabajo independiente, expositivo

	nodos de articulación interdisciplinarios.		
Taller 5 Trabajo didáctico con los nodos de articulación interdisciplinarios.	Elaborar actividades docentes interdisciplinarias en las que se tengan en cuenta los componentes de la didáctica.	Análisis de los componentes de la didáctica en los programas de las asignaturas en cada año académico y de los nodos de articulación interdisciplinarios	Elaboración conjunta, trabajo independiente, expositivo
Taller 6 Evaluaciones interdisciplinarias.	Exponer las evaluaciones interdisciplinarias.	Análisis del sistema de conocimientos por unidades de cada uno de los programas de las asignaturas en cada año académico.	Elaboración conjunta, trabajo independiente, expositivo

Cada taller tuvo tres momentos de realización.

El primero estuvo dedicado a la revisión bibliográfica y el intercambio de criterios en los equipos conformados, según los contenidos asignados en el tema del taller.

En el segundo momento se realizó la exposición de cada uno de los equipos sobre los contenidos asignados, el debate de los mismos, así como el análisis y reflexión en colectivo de los aspectos tratados.

El tercer momento se utilizó para hacer el resumen de los resultados del taller, para ofrecer orientaciones y aclaraciones sobre la autopreparación que realizarán en el próximo taller y para orientar la bibliografía básica a consultar.

Conclusiones:

- 1) Los profesores poseen experiencia docente y preparación en sus perfiles específicos, pero no están capacitados para aplicar la interdisciplinariedad en el proceso docente educativo.
- 2) El taller metodológico desde una perspectiva interdisciplinar constituye un espacio de trabajo donde los docentes desarrollan funciones comunes estimulando el trabajo cooperativo con un aprendizaje constructivo a partir de la relación de los conocimientos previos ya existentes y los nuevos, lo cual tributa a una adecuada formación docente de los profesores universitarios.
- 3) Los talleres metodológicos para la formación docente del profesor universitario contribuyen a desarrollar un pensamiento académico interdisciplinar.

Referencias Bibliográficas:

1. Saborido Loidi JR. 11no Congreso Internacional de Educación Superior Universidad. La Habana: Editorial Universitaria Félix Varela; 2018. p. 18.
2. Pozuelos Estrada F, Rodríguez Miranda F, Travé González G. El enfoque interdisciplinar en la Enseñanza universitaria y el aprendizaje basado en la investigación. Un estudio de caso en el marco de la formación. Revista de Educación. 2012;357:561–85.
3. Chacón, Alcedo. Los proyectos de aprendizaje interdisciplinarios en la formación docente. Rev Mex Investig Educ RMIE. 2012;17:877–902.
4. López, Chávez JA. La formación de profesores universitarios en la aplicación de las TIC [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 4]. Available from: <http://www.sinectica.iteso.mx/articulo/>
5. Guiriga L. La formación docente en la Universidad de Los Andes-Táchira en el marco de la integración educativa de individuos con necesidades especiales [Tesis doctoral]. 2014.
6. Perera Cumerma F. La formación interdisciplinaria del profesor de Ciencias: un ejemplo en la enseñanza aprendizaje de la Física [Tesis doctoral]. [La Habana]: Universidad de Ciencias Pedagógicas; 2000.
7. Fiallo. La interdisciplinariedad en la escuela: de la utopía a la realidad. 2001.
8. Abreu J. Formación docente del Estomatólogo en Medicina Natural Tradicional desde la interdisciplinariedad [Tesis doctoral]. Universidad de Santiago de Cuba; 2011.
9. Duran, Avilés. Las temáticas interdisciplinarias una experiencia en la formación del profesional de la carrera Biología–Química. Revista Ciencias Pedagógicas. 2015;
10. Morales X. La Preparación de los docentes de las Ciencias Básicas Biomédicas para la enseñanza de la disciplina Morfofisiología con enfoque integrador. 2012.
11. Scrich Vázquez AJ, Cruz Fonseca L de los Á, Márquez Molina G, Infante Delgado ID. Interdisciplinariedad en la formación académica, laboral e investigativa de los estudiantes de Medicina de Camagüey [Internet]. 2014. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000100007&lng=es&tlng=es
12. González Y. Estrategia metodológica para elevar el nivel de preparación de los profesores del colectivo de año sobre enseñanza problemática [Tesis de maestría]. [Cienfuegos, Cuba]: Universidad de Cienfuegos, sede “Carlos Rafael Rodríguez; 2010.
13. Lanza E. Estrategia metodológica para la preparación de los docentes que imparten la Práctica Preprofesional del Contador en la SUM Lajas: un

- camino hacia la integración [Tesis de maestría]. [Cienfuegos, Cuba]: Universidad de Cienfuegos, sede "Carlos Rafael Rodríguez"; 2010.
14. Monzón Z. La interdisciplinariedad entre la Matemática y la Física. Una propuesta de talleres para la preparación de los profesores [Tesis de maestría]. [Cienfuegos]: Universidad de Cienfuegos, sede "Carlos Rafael Rodríguez"; 2010.
 15. Hernández Fernández H. 11no Congreso Internacional de Educación Superior Universidad. La Habana: Editorial Universitaria Félix Varela; 2018.
 16. Llano Arana L, Gutiérrez Escobar M, Stable Rodríguez AT, Núñez Martínez M, Masó Rivero R, Rojas Rivero B. La interdisciplinariedad: una necesidad contemporánea para favorecer el proceso de enseñanza aprendizaje [Internet]. Medisur. 2016. Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3289>
 17. Padilla Gómez A, López Rodríguez del Rey M, Rodríguez Morales A. La formación del docente universitario. Concepciones teóricas y metodológicas [Internet]. Revista Universidad y Sociedad. 2015. Available from: <http://www.rus.ucf.edu.cu/>
 18. UNESCO. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y acción y Marco de acción prioritaria para el cambio y el desarrollo de la Educación Superior Aprobados por la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior [Internet]. 1998. Available from: <http://www.unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116345s.pdf>
 19. Suárez G. Metodología para la evaluación de la formación docente de los profesores universitarios [Tesis doctoral]. [Cienfuegos, Cuba]: Universidad de Cienfuegos; 2012.
 20. Mur N. La formación docente desde lo asistencial en el especialista de Enfermería Materno Infantil [Tesis doctoral]. [Cienfuegos]: Universidad de Cienfuegos, sede "Carlos Rafael Rodríguez"; 2009.
 21. Herrera Rodríguez JI. 11no Congreso Internacional de Educación Superior Universidad. La Habana: Editorial Universitaria Félix Varela; 2018.
 22. Ministerio de Educación Superior. Reglamento para el trabajo docente y metodológico. 2007.

TITULO: LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE EDAD MEDIA. CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTO. CIENFUEGOS 2017-2018.

TITLE: THE SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN ADOLESCENTS OF HALF AGE. KNOWLEDGE AND BEHAVIOR. CIENFUEGOS 2017-2018.

Autoras:

MSc. Yanet Rojas Rodríguez *; Dra. Grettel Águila Calero ** ; MSc. Nélida Sosa Botana ***; MSc. Dayamí Pérez Soto ****; Lic. Loreta Sánchez Ortiz *****

* Licenciada en Enfermería. Master en Educación. Profesora Auxiliar. Investigador agregado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Miembro titular de la SOCUENF. Metodóloga de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado.

** Doctora en Medicina. Especialista en I Grado en Pediatría. Master en Atención integral al niño y Master en Psicología. Profesor Asistente. Metodóloga de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado.

*** Licenciada en Enfermería. Master en Educación Médica. Profesora Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Miembro titular de la SOCUENF. Metodóloga de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado.

***** Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Master en Educación. Profesora Auxiliar e Investigador agregado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

RESUMEN

Introducción: El comportamiento sexual y las pautas reproductivas de los adolescentes son muy sensibles a las influencias de factores sociales y guardan relación con la propia percepción del bienestar psicológico. La adolescencia es considerada la etapa, donde ocurren cambios que resultan muchas veces determinantes en la vida futura.

Objetivo: determinar los conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Métodos: se realizó un estudio de corte transversal en tres escuelas secundarias básicas urbanas del municipio de Cienfuegos, provincia Cienfuegos en el año 2017. Los datos se procesaron a través del paquete estadístico SSPS , se seleccionó una muestra probabilística de los adolescentes objeto de estudio mediante la aplicación de un muestreo aleatorio estratificado y se utilizó como variable de estratificación el grado escolar y una fijación proporcional al tamaño de los estratos..

Resultados: predominó en los adolescentes estudiados del sexo femenino en el grupo de edad de 13 a 14 años con el 65,4 %. Se observó que el 94,7 % mencionó las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes, así como, los métodos anticonceptivos más utilizados en cuanto a la prevención de las ITS y del embarazo en esta edad.

Conclusiones: los conocimientos de los adolescentes son adecuados y se corresponden con los comportamientos, de alguna manera, tiene gran importancia la labor de los padres en el desarrollo de la salud sexual y reproductiva de sus hijos.

Palabras clave: adolescentes, salud sexual y reproductiva, salud, percepción.

SUMMARY

Introduction: the sexual behavior and the reproductive rules of the adolescents are very sensitive to the influences of social factors and they keep relationship with the own perception of the psychological well-being. The adolescence is considered the stage, where changes that are many decisive times in the future life happen.

Objective: to determine the knowledge and behaviors has more than enough sexual and reproductive health in adolescents.

Methods: he/she was carried out a study of traverse court in three urban basic high schools of the municipality of Cienfuegos, county Cienfuegos in the year 2017. The data were processed through the statistical package SSPS, a sample probabilística of the adolescents study object was selected by means of the application of a stratified random sampling and it was used as stratification variable the school grade and a proportional fixation to the size of the strata..

Results: it prevailed in the studied adolescents of the feminine sex in the age group from 13 to 14 years with 65,4%. it was observed that 94,7% mentioned the infections of sexual transmission (ITS) more frequent, as well as, the birth-control methods more used as for the prevention of the ITS and of the pregnancy in this age.

Conclusions: the knowledge of the adolescents are adapted and they belong together with the behaviors, somehow, he/she has great importance the work of the parents in the development of the sexual and reproductive health of their children.

Keywords: Adolescents, sexual and reproductive health, health, perception

INTRODUCCIÓN

Se podría afirmar que el Programa Cubano de Educación Sexual comienza a estructurarse desde los primeros años de la revolución, cuando a petición de las mujeres se organiza el proceso de su integración al desarrollo de la nueva nación y se funda la Federación de Mujeres Cubanas (FMC)¹.

En la actualidad existe consenso en cuanto a considerar la adolescencia como momento clave en el proceso de socialización del individuo. En el transcurso de este período, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales, tanto en lo referido a las relaciones con otras personas, familia, amigos, como a las relaciones de pareja que posteriormente se profundizan y llegan a consolidarse.³

Diversos factores contribuyen al inicio más temprano y al aumento de la actividad sexual en los adolescentes. Las familias modernas actúan cada vez menos como soportes afectivos, lo que induce muchas veces a los adolescentes a buscar apoyo en amigos antes que en su familia. A esto se añade que en muchos casos los adultos son incapaces de impartir normas de conductas claras e inequívocas a los adolescentes; además de la creciente movilidad de los jóvenes que los libera de presiones, controles familiares y sociales; y la influencia de los medios de comunicación, que son cada vez más explícitos en cuanto a las manifestaciones de sexualidad.

Como la enseñanza secundaria es uno de los espacios más importantes en la adolescencia para el desarrollo de su sexualidad, y la Ginecología, como parte

de la especialidad, es la ciencia que estudia todo los aspectos relacionados con el desarrollo sexual femenino, nos decidimos a realizar esta investigación.

Nos trazamos como objetivos: demostrar la efectividad de la Intervención psicoeducativa en féminas de la enseñanza secundaria en un antes y un después, caracterizar la conducta sexual y reproductiva en féminas de la enseñanza secundaria del área urbana de Cumanayagua, e identificar el nivel de conocimientos de estas estudiantes relacionados con la educación sexual y su salud reproductiva.

Por largo tiempo y casi siempre condicionantes para el establecimiento de la adecuada madurez biológica y social del adulto, la adolescencia es considerada como un tránsito entre la infancia y la adultez. Hoy se valora como una etapa importante de la vida de un ser humano, donde ocurren complejos cambios que resultan muchas veces determinantes⁴.

Las investigaciones sobre la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, están dirigidas tradicionalmente a problemas relacionados con la reproducción, específicamente el embarazo y la maternidad. Menos atención se brinda a los problemas relacionados con la sexualidad, por consiguiente, existe una ausencia de información desagregada por sexo sobre estos aspectos y su impacto en la salud y las vidas de los adolescentes⁵.

La salud de los adolescentes (10-19 años), es un elemento clave para el progreso social, económico, político de todos los países y territorios, sin embargo, con demasiada frecuencia, las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud excepto cuando su conducta es inadecuada⁶.

El comportamiento sexual y las pautas reproductivas de los adolescentes son muy sensibles a las influencias de factores sociales y guardan relación con su propia percepción del bienestar psicológico. La salud mental social y física del adolescente es el resultado de las experiencias durante esta etapa y son importantes determinantes de una buena parte de la salud en etapas posteriores⁷.

Con el fin de proponer acciones de promoción y prevención para este grupo poblacional, en las cuales ellos sean los principales promotores y agentes de cambio, se incluyó este trabajo que exploró sobre el tema en dos escuelas secundarias básicas urbanas (ESBU) Frank País García y Humberto Miguel Fernández, del municipio de Cienfuegos, provincia Cienfuegos con el objetivo de identificar los conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en tres escuelas secundarias básicas urbanas (ESBU) del municipio de Cienfuegos, en el período comprendido desde el primero de octubre de 2017 hasta el primero de Enero 2018. Se consideró como universo de la investigación a todos los adolescentes que cursaban estudios en las escuelas secundarias básicas urbanas (ESBU) Frank País García y Humberto Miguel Fernández, del municipio de Cienfuegos, provincia Cienfuegos. Se seleccionó una muestra probabilística de los adolescentes mediante la aplicación de un muestreo aleatorio estratificado y se utilizó como variable de estratificación el grado escolar y una fijación proporcional al tamaño de los estratos.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró que la prevalencia de las principales variables a estudiar asumía valores del 50 % y el error relativo considerado fue del 5 % con una confiabilidad de 95 %, de forma que al ser la matrícula escolar de 6881 adolescentes entre las tres escuelas se obtuvo una muestra de 365 adolescentes. A estos estudiantes se les solicitó participar, de forma ética, individual y con conocimiento de los padres; se solicitó, también, la autorización del Director Municipal de Educación de Cienfuegos.

La encuesta contiene preguntas abiertas, cerradas y sus respuestas son múltiples y de selección múltiple. Para analizar las variables cuantitativas se utilizó la media aritmética, la desviación estándar y el coeficiente de variación, mientras que para las variables cualitativas los resultados se expresaron en porcentajes. Para determinar la significación de la asociación entre variables cualitativas o cuantitativas se utilizó la prueba chi cuadrado con una confiabilidad de 95 %.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La educación sexual es toda la enseñanza que brinda la familia, la sociedad y los grupos de pertenencia sobre el sexo y enfrenta un gran abanico de posibilidades en cuanto a temas y problemas, los cuales deben adaptarse a la realidad social cubana y de hecho en las escuelas secundarias básicas existe un programa que se realiza por los propios profesores y con la participación de los adolescentes a través de trabajos investigativos⁷.

Al analizar la distribución de los adolescentes según grupo de edad y sexo, se obtuvo un predominio del sexo femenino con 206 y del grupo de edad de 13 a 14 años con 64,3 %. (Tabla I).

Al relacionar la distribución de adolescentes según grado escolar y sexo se analizó en la (tabla II) que el sexo masculino repercutió en el noveno grado con el 40,2% mientras que, el séptimo grado con 77 adolescentes femeninas en el 37,3 %. El mayor número de alumnos está en noveno grado; el 34,5 % tuvo correspondencia sexo-grado. (Tabla II).

Este trabajo aportó datos sobre el grupo de edad de 13 a 14 años, aspecto que le confiere importancia pues facilita información sobre este grupo de edad, que al parecer no es el más estudiado en el país.

Contradictoriamente, cuando la muestra de adolescentes se distribuye por grupo de edad y sexo, se encontró en este trabajo que el 65,1 % de los adolescentes de 13-14 años tuvieron o mantienen relaciones sexuales, contrario a lo que recoge la literatura, que en los grupos de más edad los porcentajes son más altos⁹.

Al explorar los conocimientos de los adolescentes se observó que el 94,7 % mencionó las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes, pero en cuanto a la prevención, sólo el 75,3 % tuvo una respuesta correcta. El 58,3 % conocía tres métodos anticonceptivos o más, las muchachas predominaron en este aspecto con el 63,5 %. En cuanto al conocimiento sobre las relaciones sexuales y embarazo, el 86 % de ambos sexos contestó correctamente y el 52,6 % conoce sobre el aborto, con predominio del sexo masculino. (Tabla III).

Las ITS constituyen un problema de salud en nuestro país, siendo los adolescentes y jóvenes los más afectados, a pesar de ser su control y prevención un programa priorizado por nuestro gobierno y el Ministerio de Salud Pública.¹¹ En el estudio se profundizó en este tema para influir y lograr un nivel de conocimientos que llevara a una modificación importante de la conducta sexual, y que no sólo fuera mediado por el médico, sino también por la escuela, la familia y los medios de comunicación masiva. Hernández Gutiérrez y Toll Calviño¹² obtuvieron resultados similares a los nuestros en la capital del país, al analizar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y aspectos sobre sexualidad humana; enfatiza el estudio, que es más insuficiente este aspecto en el sexo masculino que en el femenino.

En relación con las principales fuentes de información del adolescente se pudo apreciar que el 74 % recibió información por parte de los padres, el 17 % de los varones obtuvo la información a través de sus amigos. (Tabla IV). Coincidió con varios estudios revisados^{9, 12} donde el mayor porcentaje de los adolescentes recibió información por los padres, aunque en el estudio mencionado se encuentra un porcentaje de 49,2 %, que se informaron a través de los amigos contra sólo el 17 encontrado en este trabajo.

Vale la pena señalar que pese a los esfuerzos realizados por los medios de difusión masiva son aún insuficientes o no alcanzan las expectativas que los adolescentes esperan. En este sentido aparece un resultado alarmante, el 36 % no recibe información, fenómeno inexplicable ya que uno de los programas adjuntos al currículo de materias que reciben los educandos es la Educación Sexual, como ya se explicó anteriormente, para promover el bienestar de los adolescentes y que tengan una conducta sexual responsable.

La familia, la escuela y la sociedad son responsables por la salud de sus hijos, y a ellos corresponde el deber de enseñarles y orientarles en este sentido; pero no debemos olvidar en la proyección de nuestro trabajo los criterios del profesor *Lajonchere* al respecto, cuando afirma que: "la atmósfera moral en que se desenvuelven los adultos, el ejemplo vivo que tienen a su alcance los niños es, seguramente, el factor educativo más importante de que disponemos. Cuando este ambiente es positivo contribuye decididamente a que se vayan incorporando los principios éticos que pueden hacer sólidas y felices las familias".¹⁷

No existió correspondencia entre conocimientos y comportamientos en el uso de anticonceptivos, el 75,7 % de los varones y el 75 % de las hembras no utilizaron condón en sus relaciones. (Tabla V).

En consecuencia, al explorar conocimientos de los adolescentes los resultados fueron positivos, no existió comportamiento diferencial entre ambos sexos, la mayoría conocen el sida, la sífilis y la gonorrea, algunos, excepcionalmente, mencionaron otras afecciones como condilomas y el herpes genital, sin embargo, en cuanto a la prevención, sólo el 75,3 % tuvo una respuesta correcta; en este sentido se podría trabajar con la comunicación de pares, ya que el grupo mayoritario podría influir en el resto, sobre todo porque el método anticonceptivo que más conocen ambos sexos es el uso del condón. Las diferencias encontradas entre varones y hembras, con predominio de las últimas, en relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos se

corresponden con otros estudios y pudiera estar dado por el criterio arraigado de que la responsabilidad de la anticoncepción es de la mujer ¹⁰.

En los conocimientos sobre el aborto, los más jóvenes están mejores preparados, situación que podría estar determinada por algunas fallas en el programa de educación sexual y sobre todo teniendo en cuenta que en Cuba de cada cuatro mujeres que abortan una de ellas es adolescente ¹¹.

El grupo de 15-16 años expresó que la persona con quien tuvo sexo puede ser un extraño y en ningún caso la motivación fue el amor, de ellos el 76,9 % no utilizó condón en su primera relación. Todo esto parece indicar que la relación sexual en este grupo es algo fortuito o casual que ocurre, se conocen, mantienen relaciones de camaradería y al existir curiosidad exploran la esfera sexual. Llama a la reflexión conductas no saludables como "no utilizó condón en su primera relación". Esto debe ser un problema de todos, es decir, maestro, familia y sociedad, por ser esta la edad en que el adolescente no tiene un patrón de conducta sexual, según el postulado del desarrollo sexual humano el adolescente se ubica en el periodo de transición donde realiza conductas por ensayo y error ¹³.

Es por todo esto que se exploraron las percepciones que tuvieron los adolescentes después de su primera relación sexual y se encontró que las muchachas sintieron arrepentimiento y vergüenza después de la relación, muchas veces llegan a ella por curiosidad, por el impulso sexual, sin tener plena capacidad para poder mantener una actividad sexual socialmente aceptada ^{17, 18}.

Es importante que este grupo de población sea capaz de tener su autodeterminación que de alguna manera corrobora la definición de salud sexual de la Organización Mundial de la Salud: *...la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr el enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación, de dar y recibir amor* ¹⁰.

CONCLUSIONES

Coincidimos como otros autores que la adolescencia se caracteriza como un período en el que la persona sufre un cierto asincronismo entre su desarrollo biológico y su desarrollo psicosocial debido a esto el adolescente muestra problemas de ajuste emocional y social en un período en el cual debe afirmar su identidad sexual. El nivel de conocimientos y comportamientos del grupo estudiado, en cuanto a sexualidad y reproducción, aun no es adecuado, demostrándose de alguna manera, la importancia de la labor de los padres en el desarrollo de la salud sexual y reproductiva de sus hijos. Se hace necesario el diseño de una estrategia de intervención educativa que contribuya incorporar en etapa de la vida conocimientos sobre las temáticas de salud sexual y reproductiva en la adolescencia lo que contribuiría a evitar embarazos y otras complicaciones que aparecen en la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Chile, adoptadas por el Comité en su 53º período de sesiones (1º a 19 de octubre de 2012) Chile: Organización de Naciones Unidas; 2012 [citado 20 oct 2012]. Disponible en: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/01/CEDAW-Chile-2012-ESP.pdf>
2. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004 [citado 21 oct 2012]; 30(2):86-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. UNFPA. El Consenso del Cairo. Global Partners in Action: NGO Forum on Sexual and Reproductive Health and Development. Berling: UNFPA; 2009. [citado 21 oct 2012]. Disponible en: http://www.globalngoforum.de/fileadmin/templates/downloads_backgroudpaper/spanish/EI%20Consenso%20de%20EI%20Cairo-spa.pdf
4. Veleza Da Silva SM. Trabajo informal, género y cultura: El comercio callejero e informal en el sur de Brasil. (Tesis). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2003 [citado 19 Octubre 2012]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4955/smys1de1.pdf?sequence=1>
5. Ziegel J. The gender gap health care's next frontier. Bus Health. 1998 [citado 21 oct 2012]; 16(11):29-34. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+gender+gap+health+care%2%B4s+next+frontier>
6. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [citado 19 oct 2012]; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Toledo C. Mujeres, el género nos une, las clases nos divide. Venezuela: Quimantú; 2001. [citado 22 oct 2012] Disponible en: <http://www.quimantu.cl/Libros/mujeres.html#>
8. Soto Martínez O, Franco Bonal A, Silva Valido J, Velásquez Zúñiga G. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007 [citado 19 oct 2012]; 19(6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi02603.htm
9. Gran Álvarez MA. Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba. 1995 – 2000 [Tesis] La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública, 2004 [citado 21 oct 2012]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/72/1/GranAlvarez.pdf>
10. FAO. Women in Development Services, Women and Population Division. Gender sensitive indicator: a key tool for gender mainstreaming. New York: FAO; 2001 [citado 21 oct 2012]. Disponible en: http://www.fao.org/sd/2001/pe0602a_en.htm
11. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez J, Cutié Sánchez JR. Adolescência e interrupciones de embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005 [citado 19 oct 2012]; 30(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2004000100004&script=sci_arttext

12. Cuba. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing. República de Cuba. La Habana: Ed Mujer; 1999 [citado 21 oct 2012]. Disponible en: http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/centro_gobierno/Cuba_a_Plan_de_Accion_Nacional_Seguimiento_conferencia_Beijing.pdf
13. Rojas Ochoa F. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2003 [citado 21 oct 2012]; 29(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. López Pardo CM. El desarrollo humano y la equidad en Cuba: una visión actualizada. Rev Cubana Salud Pública. 2004 [citado 21 oct 2012]; 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100006&lng=es&nrm=iso
15. López de Munain J. Infección de transmisión sexual. INFAC. 2009. [citado 21 oct 2012];17(10) Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl01/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v17_n10.pdf
- 16.18. Guimará Mosqueda RE, Guimará Mosqueda MR, Guimará Mosqueda JM, Hernández Salas D, Jorge Velázquez M. Intervención educativa en algunos comportamientos de riesgo en la adolescencia. CCM Holguín. 2010[citado 22 oct 2013]; 14 (2) Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no142/no142ori08.htm>

Anexos.

Encuesta sobre comportamientos y conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes.

Edad (años)

11-12 ____

13-14 ____

15-16 ____

Sexo :

Femenino _____

Masculino _____

Grado escolar:

7mo ____

8vo ____

9no ____

Conocimientos adecuados sobre sexualidad:

Tienes conocimientos sobre Relación sexual y el embarazo

Si _____ No _____

Conoces sobre el aborto

Si ____ No _____

Podrías mencionar las Enfermedades de transmisión sexual que conoces.

Conoces sobre los métodos anticonceptivos
Podrías mencionar los métodos anticonceptivos que conoces:

Conoces cómo prevenir ITS

Si _____ No _____

Argumenta _____

Conoces que puedes tener relación sexual y posibilidades de embarazo la primera vez

Si _____ No _____

Fuentes de información sobre la sexualidad

Padres _____

Amigos _____

Televisión _____

Nadie _____

Otros _____

Creer que faltan actividades por realizar que se aborden los temas de sexualidad .

Si _____ No _____

Uso del condón en la primera relación sexual

Sí _____ No _____

Tabla I. Distribución de adolescentes según grupos de edad y sexo

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
11-12	23	14,4	51	24,7	74	20,2
13-14	104	65,4	131	63,6	235	64,3
15-16	32	20,1	24	11,6	56	15,3
Total	159	43,5	206	56,4	365	100

Fuente: encuestas

Tabla II. Distribución de adolescentes según grado escolar y sexo

Grado	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
7mo	47	29,5	77	37,3	124	33,9
8vo	48	30,1	67	32,5	115	31,5
9no	64	40,2	62	30	126	34,5
Total	159	43,5	206	56,4	365	100

Fuente: encuestas

Tabla III. Resumen sobre conocimientos adecuados de los adolescentes según sexo

Conocimientos adecuados sobre sexualidad	Sexo	Total
--	------	-------

	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Relación sexual y embarazo	137	86,1	177	85,9	314	86,0
Definir el embarazo	39	24,5	48	23,3	87	23,8
Definir el aborto	88	55,3	104	50,4	192	52,6
Mencionar las ITS	118	74,2	171	83,0	289	94,7
Mencionar los métodos anticonceptivos	82	51,2	131	63,5	213	58,3
Como prevenir ITS	122	76,7	153	74,2	275	75,3
Relación sexual y posibilidades de embarazo la primera vez	103	64,7	142	68,9	245	67,1

Fuente: encuestas

Tabla IV. Principales fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva según variables sociodemográficas

Fuentes de información sobre la sexualidad	Sexo				Grupo de edad					
	M		F		11-12		13-14		15-16	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Padres	114	72	152	74	52	70,2	177	75,3	37	66,1
Amigos	27	17	33	16	9	12,1	40	17,0	11	20
Televisión	5	3,14	5	2,42	2	3	6	2,55	2	3,57
Nadie	1	0,6	6	3	4	5,40	3	1,27	0	0
Otros	12	7,54	10	4,85	7	9,45	9	4	6	10,7
Total	159	100	206	100	74	100	235	100	56	100

Fuente: encuestas

Tabla V. Uso del condón en adolescentes en su primera relación sexual según variables sociodemográficas

Uso del condón en la primera relación sexual	Sexo				Grupo de edad					
	M		F		11-12		13-14		15-16	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	17	24,2	4	25	1	25	14	25,0	6	23,1
No	53	75,7	12	75	3	75	42	75,0	20	76,9
Total	70	100	16	100	4	100	56	100	26	100

Fuente: encuestas

Título: LA SEXUALIDAD DE LA MUJER EN SU ETAPA CLIMATERICA. MOLESTIAS BIOPSIOSOCIALES.

TITLE: THE SEXUALITY OF WOMEN IN ITS CLIMATERICAL STAGE. BIOPSYCOSOCIAL DISCOMFORT.

Autores:

Lic. MsC. Vivian de los Angeles Rodríguez Capote, jbecariosext@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de las Ciencias médicas, Cuba, Jefe Departamento de Atención a Estudiantes Extranjeros y Relaciones Internacionales, Lic. MsC. Yanet Rojas Rodríguez, yanetr@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de las Ciencias médicas, Cuba, Lic. MsC. César Nicolás Richard Martínez, fbg8312@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de las Ciencias médicas, Cuba, Lic. Miriam Juliana Terry Calderón, colaboración@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de las Ciencias médicas, Cuba, Lic. MsC. Nélide Sosa Botana, sindicato@ucm.cfg.sld.cu, Lic. MsC. Miguel Pablo Sánchez Pérez, mf4729@ucm.cfg.sld.cu Universidad de las Ciencias médicas, Cuba.

Resumen

El climaterio en la población femenina se define como el paso de la fase reproductiva a la falta de reproducción y dura aproximadamente hasta los sesenta años. Por tanto, existe un tiempo en que esta sufre una disminución de la sexualidad debido a cambios endocrinos en parte, pero principalmente por factores socioculturales que los determinan. El **objetivo** de este trabajo es Identificar las molestias biopsicosociales de la sexualidad en la mujer en la etapa climatérica. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal en el período comprendido del enero del 2016 a diciembre del 2017. La muestra estuvo constituida por 280 mujeres que asistieron al Consultorio del Médico de la Familia # 17, Área V del Municipio de Cienfuegos, en el período entre enero de 2016 diciembre 2017 y la muestra estuvo constituida por 280 mujeres. Donde se les aplicó un cuestionario confeccionado al efecto, y que permitió determinar las siguientes variables: síntomas principales, relaciones de familia y con la pareja, así como el comportamiento sexual, además de la valoración de autoestima, participación social y violencia recibida. El análisis se realizó con el empleo de un paquete estadístico. Los resultados obtenidos se presentaron en forma de tablas para su análisis y discusión. **Conclusiones:** La disminución del deseo sexual, la incompreensión por parte de la familia, las pocas relaciones sexuales, la autoestima disminuida y la violencia psicológica fueron los factores de la vida cotidiana que más las afectan.

Palabras clave: Climaterio femenino, Aspectos biopsicosociales.

Summary

The climacteric in the feminine population is defined as the step from the reproductive phase to the reproduction lack and it lasts approximately until the sixty years. Therefore, it exists a time in that this it suffers a decrease of the

sexuality partly due to endocrine changes, but mainly for sociocultural factors that determine them. The objective of this work is to identify the nuisances biopsychosocial of the sexuality in the woman in the stage climacteric. Material and methods: he/she was carried out a study retrospective, descriptive and longitudinal in the understood period of the January of the 2016 to December of the 2017. The sample was constituted by 280 women that attended the Clinic of the Doctor of the Family #17, Area V of the Municipality of Cienfuegos, in the period among January of 2016 December 2016 and the sample was constituted by 280 women. Where they were applied a questionnaire made to the effect, and that it allowed to determine the following variables: main symptoms, family relationships and with the couple, as well as the sexual behavior, besides the valuation of self-esteem, social participation and received violence. The analysis was carried out with the employment of a statistical package. The obtained results were presented in form of charts for their analysis and discussion. Conclusions: The decrease of the sexual desire, the incomprehension on the part of the family, the few sexual relationships, the diminished self-esteem and the psychological violence were the factors of the daily life that more they affect them.

Keywords: Feminine climacteric, biopsychosocial aspects

INTRODUCCIÓN

El proceso del climaterio femenino se define como el período que separa lo reproductivo del no reproductivo de la vida de la mujer,¹ que ocurre aproximadamente entre los 40 y 59 años de edad. Si tenemos en cuenta que la esperanza de vida de la mujer cubana es de 76 años, es lógico determinar que aproximadamente un tercio de sus vidas acontecerá después de este período, lo que conlleva una serie de retos que debe vencer la mujer, la familia y la sociedad.

La sexualidad son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres y mujeres.

Se piensa que a partir de los cambios endocrinos que ocurren durante el período climatérico existe una disminución de la sexualidad, así como que estos cambios dependen de múltiples factores, entre los que se pueden citar: déficit de estrógenos, estado de salud de la mujer y de su pareja, relación con la pareja, hábitos, costumbres y herencias entre otros.²

La vida cotidiana en nuestro país, marcada por diferencias de roles entre hombres y mujeres, afecta a la mujer, quien aún desplaza sus esfuerzos hacia las labores domésticas, crianza de los hijos e hijas, cuidados de ancianos, velar por el "normal" funcionamiento de la familia, además los espacios ganados en lo profesional, laboral y político se comienza a traducir como sensación de fatiga, depresión, irritabilidad y otros malestares que se atribuyen a los cambios biológicos y pocas veces son asociados a la sobrecarga por su condición de género.

La sexualidad varía, lógicamente, con la edad, las circunstancias personales y con el medio en que habita el ser humano.³

Por todo lo anterior nos motivamos a realizar un estudio sobre el comportamiento de la sexualidad en la mujer climatérica.

Objetivo general:

Identificar las molestias biopsicosociales de la sexualidad en la mujer en la etapa climatérica.

Métodos.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal en el período comprendido del enero del 2016 a diciembre del 2017. La muestra estuvo constituida por 280 mujeres que asistieron al Consultorio del Médico de la Familia # 17, Área V del Municipio de Cienfuegos, donde se les aplicó un cuestionario confeccionado al efecto, y que permitió determinar las siguientes variables: síntomas principales, relaciones de familia y con la pareja, así como el comportamiento sexual, además de la valoración de autoestima, participación social y violencia recibida. El análisis se realizó con el empleo de un paquete estadístico que consistió en la determinación de frecuencia y regresión logística a partir del cálculo del riesgo relativo y se consideró con significación estadística $p < 0,05$. Los resultados obtenidos se presentaron en forma de tablas para su análisis y discusión.

Resultados y Discusión

Uno de los principales problemas para la mujer se centra precisamente en el periodo de tránsito de la etapa reproductiva a la no reproductiva, o sea en el climaterio y la menopausia. Aunque la mayor parte de los autores definen esta etapa como un proceso de transición fisiológica en la vida de la mujer, lo cual es cierto, en su desarrollo aparecen una serie de manifestaciones clínicas de variada intensidad, que lo convierten en un síndrome psicósomático y sociocultural de diferentes características y complejidad, en cada paciente, que en sentido general incrementan a largo plazo la morbilidad y mortalidad por diferentes problemas de salud que se asocian a él. Las manifestaciones clínicas del síndrome climatérico, no solo son expresión de los cambios neuroendocrinos que se producen en el organismo y el déficit de estrógenos, sino que en su génesis influye también el medio en el que se desenvuelve la mujer, su personalidad, entre otros aspectos.¹

La tabla 1 evidencia la distribución porcentual de los diferentes síntomas y malestares encontrados en el estudio, el malestar más frecuente fue el no rendir como antes para un 92,1 %, seguido de la disminución del deseo sexual con un 88,9 % y los sofocos que ocuparon el 86,4 %. Los resultados encontrados en relación con los síntomas y malestares fueron los esperados, porque la mujer en este período de la vida refiere sentirse mal, tanto física como psicológica, es por eso que el no rendir como antes es uno de los

principales problemas que manifiestan las mujeres, lo cual está dado por el cortejo sintomático que la caída de estrógenos produce, ocasionando desajustes en el desempeño habitual.⁴ Los sofocos, debidos a la disminución de estrógenos, los que producen alteraciones en las aminos biógenas que estimulan el centro termorregulador del hipotálamo produciendo disminución de la temperatura en el mismo, con la respuesta neurovegetativa del sofoco para perder calor corporal.⁵ La disminución del deseo sexual, el que está dado en parte por modificaciones que la sexualidad experimenta con el envejecimiento, porque la disminución de estrógenos modifica la percepción sensorial, el flujo sanguíneo, la tensión muscular y la respuesta sexual.⁶ Otro de los aspectos que contribuyen a la disminución del deseo sexual es la falta de contacto y vinculación que necesita la especie humana para una adecuada sexualidad.⁶ ⁵Haciendo un análisis en este contexto, se puede afirmar que el reconocimiento del fenómeno y la comunicación por parte de la pareja es algo importante a tener en cuenta ya que cuando son interiorizado esto puede palear lo referente al deseo al estimularse con frases o cortejo y hacer la vida más placentera y con deseo de vivirla.

La tabla 2 muestra en cuanto a la comunicación con la familia que el mayor problema fue la incomprensión para un 93,9 % seguido de la exigencia para un 86,4 %. Según los resultados de nuestro trabajo estamos en condiciones de afirmar que la incomprensión y la exigencia que sobre la mujer en este período de la vida tiene la familia se debe a la falta de unión en los deseos y necesidades de la mujer, en sus propósitos y proyecciones para el futuro, lo cual desajusta su conducta y comportamiento,^{7,8} por lo que consideramos que son familias poco funcionales, ya que no le brindan a la mujer un bienestar psicológico para que pueda gozar de buena calidad de vida, porque los hijos, nietos y otros familiares ignoran la necesidad que tienen estas mujeres de disfrutar momentos de intimidad.

En la tabla 3 se observa que los malestares referidos por la mujer que asiste a consulta, en cuanto a la relación de pareja son principalmente la incomprensión para un 96,8 %, seguido de las peleas frecuentes y el mal humor, para un 86,1 y 83,2 % respectivamente. En cuanto a la relación de pareja nos demuestran que la incomprensión, las peleas y el mal humor ocupan los principales problemas produciéndose estos porque las responsabilidades, exigencias y estrés son capaces de romper con la armonía emocional, existencial y social, que debe tener una pareja para vivir bien.⁹

Al analizar la tabla 4 se puede ver que la relación sexual de complacencia ocupa el 51,4 %, seguido de la sequedad vaginal para un 50 %. Las relaciones sexuales y el placer sexual a esta edad está disminuido, este fenómeno se debe a una alteración en los efectos de la sexualidad los que están formados por el deseo, atracción y enamoramiento, los que se pueden alterar por factores relacional y cultural, presentes en este grupo de mujeres,¹⁰ ya que en esta etapa de la vida las relaciones sexuales debían estar aumentadas, al estar libres de embarazo y tener aumentados sus espacios.

La proporción de mujeres que presentan malestares en la relación sexual por sequedad vaginal es alta, este fenómeno se debe a los cambios tróficos que la caída de estrógenos que se producen en la vagina creando un problema en el

funcionamiento erótico de la mujer, pues afecta su desempeño y disfrute sexual pleno.¹¹ Además, la falta de comunicación de la mujer no es abierta, asumiendo una conducta de complacencia por patrones sociales asignados y asumidos por ella.

En la Tabla 5 en relación con la imagen y autoestima (tabla 5) el ser luchadora ocupa el mayor número para un 75 %, y el ser amistosas y agradables un 68,6 % y 62,5 % respectivamente. En relación con el aspecto de imagen y autoestima vemos que el ser luchadora y amistosa fueron los más destacados, debido a que al analizarse y mirarse ellas mismas lo hacen en función de otros, o de terceras personas, porque es más importante el ser y parecer para otros. Además, esto puede estar en relación con el temor que tiene la mujer de esta etapa en perder su atractivo físico y su aspecto juvenil, cuestiones estas que en nuestra cultura, a las mujeres les gusta conservar.^{14,15}

En la tabla 6, la forma de violencia intrafamiliar más frecuente es la crítica, la que ocupa el mayor número para un 68,2 %, seguido de la burla, para un 37,5 %. Al analizar los resultados sobre la violencia vemos que el aspecto más significativo fue la crítica y la burla sobre estas mujeres, que se traduce como una forma de violencia de género, lo cual perjudica la integridad psicológica así como lesiona la autoestima de la mujer.¹⁶

CONCLUSIONES

Por tanto, concluimos que los principales síntomas encontrados fueron no rendir como antes, la disminución del deseo sexual y los sofocos. En relación con la comunicación a la familia la incomprensión y la exigencia ocuparon los principales problemas. En la relación de pareja se destacan la incomprensión, el mal humor y las peleas constantes, que influyen en las relaciones sexuales y la disminución del placer sexual. El principal malestar en la relación sexual lo ocupa la sequedad vaginal. Se destaca la poca participación en actividades recreativas de estas féminas quienes mujeres dedican parte de su tiempo al cuidado de otras personas, con una poca participación en actividades recreativas. En imagen y autoestima lo amistosa y luchadora fueron los aspectos más significativos. Dentro de la violencia intrafamiliar la crítica y la burla ocuparon los principales lugares. Es necesario llamar la atención en que la menopausia no es un “evento” aislado, sino que hace parte de la vida de las mujeres y debe comprenderse como parte de una nueva etapa en la cual se inicia el tránsito hacia la adultez mayor. Se debe considerar, no solo como un evento biológico, sino como un evento más complejo que implica e integra aspectos sociales, económicos y culturales, por lo cual no se debe considerar una enfermedad y se debe prestar atención a los aspectos sociales, económicos y culturales que se interrelacionan con los fisiológicos en la vivencia de la sexualidad. Esto implica revisar la forma en que se orienta la asesoría sobre la menopausia y la sexualidad en esta etapa de la vida y se hace necesaria la construcción de espacios de orientación sobre la menopausia, que permitan la generación de confianza y seguridad en las mujeres. En estos se deben tener en cuenta otros aspectos mencionados por las participantes: el uso de un lenguaje no técnico, escuchar a las mujeres y la participación de la pareja. Involucrar a otros profesionales de la salud y diseñar

estrategias interdisciplinarias e innovadoras que permitan avanzar de la asesoría al apoyo de las mujeres.

Referencias bibliográficas

1. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. MEDISAN. 2012 [citado 5 Jun 2014];16 (8). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800001
2. Casas JA, Couto Núñez D. Aspectos psicosociales más relevantes de la mujer de edad mediana. Santiago. 2003 [citado 5 Jun 2014];(101). Disponible en: <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/1071/741>
3. Asociación Guatemalteca de Climaterio y Menopausia. Guía práctica de manejo de la mujer climatérica. REVCOG. 2009;14(1):24-31.
4. Guía de práctica clínica. Atención del climaterio y la menopausia. México: Secretaria de Salud; 2009
5. Santisteban Alba S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 [citado 5 Jun 2014];37(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_2_11/gin15211.htm
6. Navarro D, Fontaine Y. Síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(2):169-76.
7. Navarro D, Duany A, Pérez T. Características clínicas y sociales de la mujer en la etapa climatérica. Rev Cubana Endocrinol. 1999;7(1):10-4.
8. Lugones M, Valdés S. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 27(1):16-1.
9. Archer DF, Sturdee DW, Baber R, De Villiers TJ, Pines A, Freedman R, et al. Actualidad inmediata: bochornos y sudoraciones nocturnas en la menopausia ¿Dónde estamos ahora? (Parte I) [citado 5 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vm-174/bochornos-y-sudoraciones/>
10. Archer DF, Baber R, Barlow D, Birkhäuser MH, Brincat M, Cardozo L, et al. Recomendaciones actualizadas sobre terapia hormonal de la Pposmenopausia y estrategias preventivas para la salud de la mediana edad (Parte II) [citado 5 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vm-174/recomendaciones-posmenopausia>

11. Artiles L, Navarro D. Género, categoría de impacto en la criticidad del síndrome climatérico. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;14(6):527-32.
12. Valdés Rodríguez Y, Otaño Fabelo Y, Peña Remigio A, Carreño Cuador J. Reflexiones sobre climaterio y menopausia. Rev Ciencias Med. 2005 [citado 5 Jun 2014]; 9(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942005000200005&script=sci_arttext
13. Sturdee D, de Viliers T. Menopause redefined. Climateric. 2011;14:3-4.
14. Bochino S. Aspectos psiconeuroendocrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. Trastornos depresivos y cognitivos. Aspectos clínicos y terapéuticos. Rev Psiquiatr Urug. 2005;70(1):66-79.
15. Rondon MB. Aspectos sociales y emocionales del climaterio Evaluación y manejo Simposio de Climaterio y Menopausia Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:99-107.
16. Estudio y tratamiento de mujeres en el climaterio y la posmenopausia Punto de vista de la Asociación Mexicana para el estudio del Climaterio en el año 2010. Ginecol Obstet Mex. 2010;78(8):423-40.
17. Mann E, Ringer D, Pitkin J, Panay N, Hunter S. Psychosocial adjustment in women with premature menopause: a cross-sectional survey. Climateric. 2012 [citado 5 Jun 2014];15(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22335389>
18. Parry BL. Manejo óptimo de la depresión perimenopáusica. Rev Climat. 2011 [citado 12 Abr 2014];15(85):26-36.

Anexos

Tabla 1. Referencia de síntomas y/o malestares referidos por las mujeres

Síntomas/Malestar	Mujeres	%
Dolores en el cuerpo	230	82,1
Dolores de cabeza	160	57,1
Mareos	20	7,1
Sofocos	242	86,4
Insomnios	98	35

Palpitaciones	43	15,4
Tristeza	231	82,5
Angustias	238	85
Miedo	66	23,6
Obsesiones	42	15
Mal humor	114	40,7
Te sientes muy enferma	144	51,4
Disminución del deseo sexual	249	88,9
Aumento de peso	237	84,6
Desearías morirte	31	11,1
Ya no rindes como antes	258	92,1
Te sientes inútil	165	58,9
Te sientes que eres una carga	79	28,2
Ya no rindes como antes	160	57,1

Fuente: Encuesta.

Anexo 2. Tabla 2. Malestares referidos en la comunicación con la familia

Síntomas/Malestar	Mujeres	%
Ninguno	4	1,4
Incomprensión	263	93,9
Peleas mucho	222	79,3
Te critican	239	85,4
Se burlan	217	77,5
Son muy exigentes contigo	242	86,4
No creen en tu malestar	241	86,1
Los rechazas	77	27,5
Abusan de ti	188	67,1
No te toman en cuenta	99	35,4

Fuente: Encuesta.

Tabla 3. Malestares referidos en la relación de pareja

Síntomas/Malestar	Mujeres	%
Mal humor	233	83,2
Tu pareja no te ayuda	218	77,9
Te exige	122	43,6
Pelea mucho	241	86,1
No lo soportas	120	42,9
Te sientes incomprendida	271	96,8
Te sientes sola	111	39,6
Preferirías estar sola	63	22,5
Desearías separarte pero...	186	66,4
Otros	20	7,1

Fuente: Encuesta.

Tabla 4. Malestar en la relación sexual

Malestar	Mujeres	%
Ninguno	0	0
Dolor	71	25,4
Sequedad vaginal	140	50,0
Indiferencia	48	17,1
No sientes deseos	73	26,1
Es un momento difícil	91	32,5
Lo haces por complacer a tu pareja	144	51,4

Fuente: Encuesta.

Tabla 6. Violencia intrafamiliar

Situación	Mujeres	%
Te critican	191	68,2
Se burlan de ti	105	37,5
Te rechazan	32	16,8
No te dejan hablar	47	11,4
Te manotean	32	16,8
Te empujan	2	0,7
Te tiran portazos	11	3,9
Te golpean	0	0
Te obligan a tener relaciones sexuales	9	3,2

Fuente: Encuesta.

Tabla 5. Imagen y autoestima

Imagen y autoestima	Mujeres	%
Inteligente	70	25
Mediocre	28	10
Con pocos deseos de vivir	78	27,9
Fea	81	28,9
Gorda	133	47,5
Flaca	96	34,3
Bonita	43	15,4
Simpática	129	46,1
Agradable	175	62,5
Entusiasta	122	43,6
Luchadora	210	75
Amistosa	192	68,6

Extrovertida	66	23,6
Introvertida	94	33,6
Optimista	62	22,1
Pesimista	131	46,8
Feliz	49	17,5
Infeliz	108	38,6

Fuente: Encuesta.

LA TEORÍA DEL ESTRÉS OXIDATIVO COMO CAUSA DIRECTA DEL ENVEJECIMIENTO CELULAR

Rodolfo Javier Rivero Morey, medjrm980731@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, Medicina, Segundo Año. Jeisy Rivero Morey, medjrm960422@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, Medicina, Segundo Año.

Resumen

La pérdida de las capacidades funcionales, el envejecimiento y la muerte son inherentes a toda la materia viva debido a que el metabolismo y otros factores son causantes de la formación de sustancias, cuya acción mantenida en el tiempo, daña irreparablemente los componentes de la arquitectura celular. Con el objetivo de explicar el papel del estrés oxidativo sobre el envejecimiento celular se realiza la presente revisión bibliográfica, que cuenta con 24 referencias bibliográficas, citadas de diferentes bases de datos de Infomed. Se concluyó que el oxígeno, necesario para la viabilidad celular, y otras sustancias exógenas muestran toxicidad pues dan lugar a la formación de los radicales libres, siendo la acción de los mismos la causa fundamental del envejecimiento. Además, la administración de antioxidantes es muy importante para prevenir el envejecimiento y mejorar la calidad de vida de la población.

Palabras clave: ESTRÉS OXIDATIVO; RADICALES LIBRES; ENVEJECIMIENTO CELULAR; MITOCONDRIA.

Introducción

El envejecimiento es un proceso biológico, irreversible, deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. ⁽¹⁾ Las principales causas de morbimortalidad geriátrica son las patologías crónicas degenerativas tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus y sus complicaciones. ⁽²⁾

El envejecimiento de la población fue uno de los fenómenos más marcados en el siglo XX. Según cálculos demográficos mundiales de las Naciones Unidas en el año 1950 habían alrededor de 200 000 000 de personas de 60 años y más, que aumentaron en el año 1975 a 350 000 000. Actualmente esta cifra va en ascenso debido, entre otros factores, a la disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad infantil, la mejoría en la atención sanitaria, el control de enfermedades infecto-transmisibles y el aumento en la expectativa de vida. ⁽³⁾ Se estima que en 2030 el 16.6 por ciento de la población mundial esté envejecida y en 2050, esta cifra podría ascender a 21.4 por ciento. En otras palabras, mientras que en 2000 una de cada diez personas en el mundo era un adulto mayor, a mitad de siglo será una de cada cinco. La tasa anual de crecimiento de este grupo en la actualidad es de 2.2 por ciento, y llegará a ser hasta de 3 por ciento en la segunda década del siglo XXI. Dentro de este panorama resaltan las nacionalidades de Japón y China. ⁽⁴⁾ En el 2000, la población de América Latina y el Caribe de 60 años y más, era de 43 millones de personas, cifra que irá en aumento hacia el año 2025, cuando las personas de edad alcancen los 101,1 millones, que representa el 15.1 por ciento de la población total de la región. Llegado el año 2050 se estima un porcentaje

de 25.5, o sea, una de cada cuatro personas tendrá una edad superior a los 60 años. Cuba, Uruguay y Chile destacan entre los países más envejecidos. ⁽⁵⁾

El envejecimiento en Cuba constituye el principal problema demográfico, con cifras que alcanzan 18,3 % de la población con 60 años y más, se espera que para el 2025 este grupo alcance más del 25 % de la población total, siendo uno de los países más envejecidos de América Latina. Hoy existen en nuestro país cerca de 2 millones de personas de 60 años y más, para el 2030 serán 3,3 millones. Todas las provincias del país, excepto Guantánamo (13.4%) y el municipio especial de la Isla de la Juventud (14.4%) que están en el segundo grupo, pertenecen al tercer grupo con valores por encima del 15 % de la población envejecida respecto al total, incluyendo la provincia de Cienfuegos. ^(6, 7)

Pero ¿Cuál es la causa fundamental del envejecimiento?, durante el transcurso del pasado siglo se ha propuesto un gran número de teorías para explicar la naturaleza del envejecimiento. Estas se pueden agrupar en dos grandes grupos: La teorías estocásticas que cuentan con la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición de factores exógenos adversos y las teorías deterministas que engloban aquellos fenómenos que se describen mediante un número limitado de variables conocidas. Dentro del primer grupo tenemos las teorías genéticas, teoría de los radicales libres (1956), teoría de mutación somática (Szilard 1959), teoría error-catástrofe (Orgel 1963 y modificada 1970), teoría de la acumulación de productos de desecho (Sheldrake 1974), teoría de la unión cruzada de estructuras celulares (Brownlee 1991), teoría inmunológica. Integrando las teorías deterministas están la teoría de la capacidad replicativa finita de las células (Hayflick y Moorhead 1961), hipótesis de los genes determinantes de la longevidad (Cutler 1975) y las teorías evolutivas. Otras teorías clásicas del envejecimiento fueron las de Minot en 1907: «Precio pagado por la diferenciación celular», Pearl en 1928: El envejecimiento es un «efecto secundario» del metabolismo y Gerschman 1962: Efecto de la toxicidad del oxígeno, por insuficiencia de las defensas antioxidantes ^(7,8).

En la actualidad, se acepta generalmente que el envejecimiento está ligado a la desorganización celular por el estrés oxidativo causado por los radicales libres (RL) y otras especies reactivas de oxígeno (ERO), de acuerdo con las teorías publicadas independientemente por Harman y Gerschman en la década del 50 del siglo XX, cuyo dogma central radica en cómo durante el metabolismo aerobio se producen de forma incidental e incontrolable especies radicálicas derivadas del oxígeno, las macromoléculas se dañan irreversiblemente, daño que se acumula en el tiempo, y esto resulta en una pérdida gradual de los mecanismos homeostáticos, interferencia de patrones de expresión génica y pérdida de la capacidad funcional de la célula conduciendo al envejecimiento de la misma y su muerte; además del papel clave del genoma de las mitocondrias de las células diferenciadas como principal diana de las ERO, según la teoría del estrés oxidativo/lesión mitocondria. ⁽⁸⁾ La relación que existe entre la concentración de RL y el estado de salud de los seres humanos es un hecho aceptado en la actualidad por la comunidad científico-médica, razón que nos conduce a la formulación de la siguiente interrogante como problema científico: ¿Cuál es el papel del estrés oxidativo sobre el envejecimiento celular?

Objetivos

Objetivo general: Explicar el papel del estrés oxidativo sobre el envejecimiento celular.

Objetivos específicos: Mencionar las fuentes fundamentales de generación de radicales libres en los organismos superiores. Explicar la intervención de las especies reactivas del oxígeno en el envejecimiento de las colonias celulares. Argumentar acerca de la terapia antioxidante necesaria para mejorar la calidad de vida de la población.

Desarrollo

La teoría del estrés oxidativo (EO) es una de las hipótesis que intenta explicar los cambios degenerativos y la pérdida neuronal que ocurren durante la senescencia. Considera que el envejecimiento y el desarrollo no son fases distintas de la vida, sino más bien que el envejecimiento es la etapa final del desarrollo y que aun cuando no es un fenómeno genéticamente programado ocurre por la influencia del EO en el programa genético⁽⁸⁾. La esencia de esta teoría radica en que las células aeróbicas, al captar la molécula oxígeno (O₂) imprescindible para la viabilidad celular por su papel como aceptor final de la cadena transportadora de electrones (CTE) en la respiración mitocondrial, producen una reducción parcial de este oxígeno y además de originar agua (H₂O) como producto final, se generan RL y ERO. Un exceso de RL rompe el equilibrio celular dando lugar al inicio de una serie de reacciones químicas que pueden conducir a la aparición de graves desórdenes fisiológicos y la agudización de la enfermedad o incluso alterar el desempeño físico o psíquico de una persona supuestamente sana. No obstante, ciertos autores consideran que esto ocurre exactamente al revés; es decir, que el EO conduce a la aparición de la enfermedad y es la causa de las alteraciones que se observan después en sistemas biológicos.^(9,10)

En opinión de los autores, consideramos que para la mejor comprensión de las reacciones que originan estos RL dentro de las células y en especial en la mitocondria, como compartimiento celular principal que propicia su aparición, es necesario la conceptualización de algunos términos. En bioquímica se considera oxidación a todo proceso en el que ocurre pérdida de electrones (e⁻), captación de oxígeno o una cesión de hidrógeno (deshidrogenación) y reducción a aquel otro en el cual se captan electrones o se pierden oxígenos. Todo proceso de oxidación va siempre acompañado de otro de reducción. Son reacción de óxido-reducción o reacciones redox entre pares conjugados. El proceso de reducción desde el punto de vista clásico podría resumirse en la siguiente reacción: O₂ + 4e⁻ + 4H⁺ ---> 2H₂O H⁺ (iones hidrógeno)

Esta reacción global es la que se produce por acción del complejo citocromo-oxidasa o IV (citocromo a + a₃) de la CTE en la membrana interna mitocondrial, siendo el O₂ el aceptor final de los electrones reduciéndose a agua como demuestra la ecuación de la reacción; esta vía es la que utiliza la mayor parte del oxígeno del organismo humano, con el objetivo de producir un gradiente electroquímico de iones H⁺ que atravesará posteriormente la membrana interna mitocondrial por el complejo V o ATP sintetasa generando la energía necesaria para la síntesis de adenosina trifosfato o ATP.⁽¹¹⁾

Ahora bien, desde el punto de vista químico el O₂ es fundamentalmente birradical, ya que tiene 2 electrones no apareados en su orbital externo, ambos con el mismo giro paralelo, impidiendo que capte 2 electrones simultáneamente en las reacciones que interviene, esto traduce que el oxígeno solo puede intervenir en reacciones univalente y aceptar los electrones de uno en uno. Por lo tanto la reacción antes escrita ocurrirá en

cuatro pasos univalentes: $O_2 + 1e^- \rightarrow O_2^-$, O_2^- (radical anión superóxido); $O_2 + 1e^- + 2H^+ \rightarrow H_2O_2$, H_2O_2 (peróxido de Hidrógeno); $H_2O_2 + 1e^- + H^+ \rightarrow OH^* + H_2O$, OH^* (radical hidroxilo); $OH^* + H_2O + 1e^- + H^+ \rightarrow 2H_2O$. Como se puede observar cada reacción capta $1e^-$ y cuando realizamos la sumatoria de las cuatro ecuaciones obtenemos la reacción global descrita anteriormente. Estos intermediarios señalados (O_2^- , H_2O_2 , OH^*) quedan unidos al sitio activo de la citocromo-oxidasa y no difunden al resto de la célula en condiciones normales. ⁽⁹⁾

La mayoría de las sustancias presentes en el organismo contienen sólo electrones apareados y suelen ser, por tanto, químicamente estables. Sin embargo los radicales libres son especies químicas que contienen electrones desapareados en su orbital más externo. Estos electrones desapareados les confieren una enorme reactividad química que los conducirá a interactuar rápidamente con otras moléculas produciendo cambios en la composición química o en la estructura de los elementos celulares que los hace incompatibles con la vida, además son altamente inestables y de vida efímera. El RL puede, en este caso, cederle su electrón desapareado, tomar uno de esta molécula para aparear su electrón (oxidándola), o unirse a ella. En cualquiera de los tres casos la situación resultante es la génesis de otro radical químicamente agresivo. ⁽¹²⁾

Entre los ERO inorgánicas debemos destacar al radical anión superóxido, al radical hidroxilo, al peróxido de hidrógeno (el cual no es estrictamente un RL pero su capacidad para generar radicales hidroxilo en presencia de metales como el hierro, se le incorpora como tal) y el oxígeno singlete o molecular (O_2^*) y los RL orgánicos el radical peroxilo (ROO^*), el hidro-peróxido orgánico ($ROOH$) y los lípidos peroxidados. Otros de los radicales que resulta una especie muy tóxica son el peroxinitrito ($ONOO$) y el ácido hipocloroso ($HOCL$). ^(9,13)

La fuente biológica fundamental de estos RL, como ya se ha descrito, es la mitocondria, como consecuencia directa del proceso de respiración celular, alrededor del 5% del oxígeno que consumimos siguen la vía univalente originando metabolitos intermediarios parcialmente reducidos o con diferente grado de oxidación los cuales constituyen RL, por tanto el metabolismo normal que ocurre en la célula es fuente de estas especies nocivas. ⁽¹³⁾ La segunda fuente de radicales libres es también endógena y está constituida por el metabolismo de los fagocitos (neutrófilos y macrófagos). Éstos están dotados de diversas enzimas líticas (proteasas, lipasas, nucleasas), así como de vías metabólicas (mieloperoxidasa en el caso de neutrófilos) que generan diversas especies químicas agresivas como O_2^- , H_2O_2 , OH^* . Los leucocitos poseen en sus membranas la enzima NADPH oxidasa generadora de O_2^- , el cual en presencia de hierro se transforma en el altamente tóxico OH^* . Esta situación se da particularmente en los procesos inflamatorios. La xantina oxidasa (enzima responsable de la conversión de hipoxantina en ácido úrico) también genera radicales libres, específicamente aniones superóxido. Otras fuentes son los peroxisomas, organelos del citosol muy ricos en enzimas oxidasas y que generan H_2O_2 , el cual es depurado por enzimas específicas (catalasas) y transformado en agua. ^(14,15)

Los oxidantes pueden proceder del exterior, ya sea directamente o como consecuencia del metabolismo de ciertas sustancias. De las fuentes exógenas de radicales libres, el tabaquismo es una de las más importantes. El humo del tabaco es una mezcla de sustancias entre las cuales destacan los óxidos de nitrógeno y de azufre. Otros componentes del humo del tabaco pueden interactuar con el citocromo P450 y con el

catabolismo del ácido araquidónico y de las flavonas. El ozono (O₃) es una ERO dotada de un extraordinario poder oxidante. Puede proceder de la acción fotoquímica de las radiaciones electromagnéticas sobre el oxígeno, de los campos eléctricos o de la combustión de los carburantes. Su toxicidad se manifiesta tras exposiciones de pocas horas a concentración de tan sólo 3 o 4 partes por millón (ppm). El O₃ puede oxidar grupos (-SH, -NH₂, -OH y -COH), y en los fosfolípidos de las membranas celulares induce la peroxidación lipídica. ⁽¹⁶⁾

La evidencia funcional de que el daño producido por las ERO tiene relación con el envejecimiento viene dado por su mecanismo de acción, el cual puede conducir a un estrés oxidativo crónico. Las sustancias oxidantes pueden actuar sobre cualquier molécula, aunque algunas parecen ser más susceptibles que otras a la acción de los antioxidantes. Especialmente sensibles resultan los carbohidratos, ácidos nucleicos, las proteínas y los fosfolípidos presentes en todas las membranas celulares, incluyendo sus posibles derivados. La interacción de los oxidantes con estas moléculas producirá en ellas una modificación estructural, que se traducirá en una alteración funcional. ⁽¹⁷⁾

Si se trata de los lípidos (ácidos grasos polinsaturados), se dañan las estructuras ricas en ellas como las membranas celulares y las lipoproteínas. En las primeras se altera la permeabilidad conduciendo al edema y la muerte celular y en la segunda, la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y conduce a la génesis de la placa ateromatosa. Esta oxidación lipídica consta de reacciones en cadena que al oxidar un ácido graso lo convierte en un radical de ácido graso con capacidad de oxidar otra molécula vecina. Este proceso es conocido como peroxidación lipídica, genera numerosos subproductos, muchos de ellos como el malondialdehído (MDA), cuya determinación en tejidos, plasma u orina es uno de los métodos de evaluar el estrés oxidativo. ⁽¹⁸⁾ De las proteínas se oxidan preferentemente los aminoácidos (fenilalanina, tirosina, triptófano, histidina y metionina) y como consecuencia se forman entrecruzamientos de cadenas peptídicas, fragmentación de la proteína y formación de grupos carbonilos e impiden el normal desarrollo de sus funciones (transportadores iónicos de membranas, receptores y mensajeros celulares, enzimas que regulan el metabolismo celular, etc.) ^(18, 19)

El daño a los ácidos nucleicos, específicamente los ácidos desoxirribonucleicos (DNA) produce bases modificadas, lo que tiene serias consecuencias en el desarrollo de mutaciones y carcinogénesis por una parte, o la pérdida de expresión por daño al gen específico. Las enzimas reparadores del ADN son capaces de eliminar la mayoría de las lesiones oxidativas, pero no todas. Estas lesiones se acumulan con la edad y la mayoría se originan en el ADN mitocondrial, no en el ADN nuclear. Se ha demostrado que la oxidación del ADN mitocondrial se asocia con la oxidación del glutatión mitocondrial. Como consecuencia de esto la actividad respiratoria global de las mitocondrias disminuye con la edad en hígado, músculo esquelético y cerebro. ^(19,20)

La utilización de oxígeno no es el único aspecto del uso de combustibles que puede tener consecuencias lesivas. La glucosa, al igual que otros azúcares reductores, puede reaccionar, sin necesidad de catalización por enzimas, con el grupo amino de las proteínas, produciéndose una base de Schiff, que se convierte espontáneamente en producto de Amadori. Sucesivas reacciones de los productos de Amadori y sus derivados con grupos amino de distintas proteínas producen los llamados productos de Maillard, más conocidos como productos terminales de glicosilación avanzada (PTGAs).

Una evidencia del papel de los PTGAs en el envejecimiento lo demuestra el hecho de que en la diabetes, en la cual aumenta la concentración de los PTGAs, los síntomas de envejecimiento (cambios en la elasticidad de las arterias, pulmones y articulaciones, aumento de la anchura de las membranas basales de los capilares, disminución de la solubilidad del colágeno y del cristalino), aparecen más precozmente. Además, la diabetes mellitus también favorece la aparición de patologías como cataratas, arteriosclerosis, artritis, enfisema y disminución de la función del sistema inmune, asociados normalmente a la edad. Por lo tanto, la glicosilación puede ser un factor involucrado en los cambios genómicos asociados al envejecimiento ^(19,20).

Se ha propuesto que la acumulación de macromoléculas dañadas producidas por algunas de las reacciones químicas anteriormente propuestas pudiera ser un factor que contribuye al envejecimiento celular. Por ejemplo, se ha observado que en distintos tipos celulares en cultivo, en los lisosomas secundarios se va acumulando lipofuscina de una forma proporcional al número de divisiones de estas células. La lipofuscina es un producto de la glicosilación no enzimática de proteínas de vida media larga y del DNA. Los radicales glucosídicos se oxidan y forman enlaces masivos entre proteínas, lípidos y ácidos nucleicos. ⁽²⁰⁾ Existen otros estudios científicos realizados en animales, los cuales contribuyen a verificar la teoría de los RL. Entre las evidencias encontradas tenemos: la acumulación de ERO en organismos de animales envejecidos, b) la acumulación de macromoléculas con alteraciones estructurales inducidas por los ERO, como peróxidos lipídicos, y el hecho de que en la *Drosophila Melanogaster* se contienen copias extras del gen de la superóxido dismutasa y catalasa, por lo que esta mosca de la fruta tiene una mayor vida media que las cepas sin tales mutaciones. ⁽¹⁸⁾

El estado redox a nivel subcelular, de las células, los tejidos y los organismos es una realidad compleja que no se puede medir ni definir con un solo parámetro aislado. No hay métodos estandarizados para medir el estatus de estrés oxidativo (OSS) en humanos o sea ninguno de los llamados biomarcadores del estrés oxidativo (BOSS) consiguen de forma aislada una valoración precisa y definitiva del estrés oxidativo que pueda ser directamente aplicado a la clínica humana. A causa de lo anteriormente expuesto no puede resultar extraño que se hayan utilizado una gran diversidad de métodos en la aproximación a esta realidad del estado redox en el organismo humano. Dentro de los métodos de evaluación del estrés oxidativo más importantes tenemos: Técnicas espectroscópicas; Voltimetría; Medir las concentraciones de MDA; Resonancia magnética (NMR); Niveles de sustancias antioxidantes en plasma, orina o tejidos (vitaminas E, betacaroteno, coenzima Q o ubiquinol, glutatión y vitamina C); Productos de oxidación de las LDL; etc. ⁽²⁰⁾

Lo nocivo no es que se generen radicales libres en el organismo, fenómeno que ocurre en situaciones normales, sino que exista un desequilibrio entre su producción y su eliminación, que es lo que determina que aparezca o no la enfermedad. En este proceso juegan un importante papel los **mecanismos antioxidantes**, encargados de la eliminación de estos RL en su gran mayoría. El primer nivel de esta batería múltiple de defensa consiste en evitar la reducción univalente del oxígeno mediante sistemas enzimáticos capaces de efectuar la reducción tetravalente consecutiva sin liberar los intermediarios parcialmente reducidos. Esto lo logra con gran eficiencia el sistema citocromo-oxidasa de la cadena respiratoria mitocondrial responsable de más del 90 % de la reducción del oxígeno en el organismo humano. ⁽²¹⁾

El sistema antioxidante defensivo está formado en segunda instancia por sustancias que son de naturaleza enzimática. De estos mecanismos enzimáticos, algunos actúan en el interior de las células, mientras que otros parecen ser más eficaces en el medio extracelular. Formando parte de este grupo de antioxidantes tenemos a la catalasa, enzima que forma parte de los peroxisomas y que destruye el peróxido de hidrógeno (H_2O_2), transformándolo en H_2O y O_2 . La principal función de la superóxido dismutasa (SOD) parece ser la de eliminar específicamente el anión superóxido, esta enzima se sintetiza principalmente en los epitelios, particularmente el alveolar, y en los endotelios vasculares. El glutatión-peroxidasa (GSH), enzima citoplasmática que contiene selenio y es el elemento central de muchos sistemas detoxificadores. Contiene un grupo sulfhidrilo (-SH), que lo hace idóneo para atenuar el efecto de los radicales libres formando como producto un glutatión oxidado (GSSH) y agua. El glutatión es un antioxidante endógeno fundamental. La senescencia está asociada a un descenso del glutatión reducido y a un aumento del glutatión oxidado. El glutatión mitocondrial es crítico y se oxida en mayor medida que el citosólico, provocando así la oxidación del ADN mitocondrial. Otras enzimas a destacar son las peroxidasa, la glucosa fosfato deshidrogenasa y los mecanismos enzimáticos de reparación, que permiten restablecer la información genética de la cadena de DNA, pues los RL son capaces de provocar rupturas y mutagénesis. ^(21,22)

Dentro de los componentes no enzimáticos del sistema antioxidante encontramos diferentes sustancias y algunas como la vitamina A, C, el betacaroteno y los flavonoides son de fuente exógena, los cuales podemos suministrar en la dieta. Los carotenos, sustancias muy relacionadas con la vitamina A, debido a su gran liposolubilidad actúan prioritariamente en los compartimentos más hidrofóbicos, en los que penetran con gran facilidad. El licopeno (una sustancia de tipo carotenoide) es el mejor agente neutralizador del oxígeno singlete que se conoce, además, realizando esta función se encuentran los betacarotenos. La albúmina o ciertos ácidos grasos pueden actuar de manera no específica amortiguando el efecto oxidativo de los radicales libres. Los tocoferoles presentes en el suero y en las membranas de los hematíes protegen la integridad de las membranas celulares y pueden neutralizar al O_2^* . El ácido ascórbico (vitamina C) tiene un efecto similar al de la catalasa, desdoblando el peróxido de hidrógeno en agua y oxígeno. También funcionan como antioxidantes circulantes la nicotinamida y el ADP. El ácido úrico es otra molécula con capacidad antioxidante que neutraliza eficazmente al radical hidroxilo. Un aminoácido como la taurina, presente tanto en el medio intracelular como el extracelular, es también un buen antioxidante, siendo su concentración más elevada en aquellas células que soportan más carga oxidativa.⁽³⁸⁾ La vitamina E o alfa-tocoferol, la cual neutraliza el OH^* en el ciclo de Haber-Weiss y que por su hidrofobicidad se encuentra en las membranas biológicas donde su protección es particularmente importante, también actúa sobre el oxígeno singlete, neutraliza peróxidos y captura anión superóxido. ^(22,23)

Recientemente, se han descubierto en algunos alimentos otros antioxidantes no nutrientes, los compuestos fenólicos. Algunas fuentes son los frijoles (isoflavonas), cítricos (flavonoides), cebolla (quercetina) y polifenoles (aceitunas). También se encuentran algunos antioxidantes fenólicos en el café, vino tinto y té. Un producto con contenido importante en polifenoles es el vino, componente esencial de la dieta mediterránea y que puede ser uno de los factores responsables de la baja incidencia de enfermedad coronaria en las poblaciones mediterráneas. ⁽¹³⁾ Claramente el consumo moderado y regular de vino tinto previene el daño oxidativo al ADN, inducido por una

dieta rica en grasas, y confiere protección adicional una dieta rica en frutas y verduras. Estos resultados concuerdan con evidencias epidemiológicas que muestran el rol protector de frutas, verduras y vino en la reducción de ciertos tipos de cáncer producto del EO. ⁽²³⁾ Existen, por último, antioxidantes artificiales que ya se han comenzado a emplear en medicina; entre ellos cabe destacar la N-acetilcisteína, el dimetilsulfóxido (DMSO), la etildimetiltiurea y el etanol. Los tres últimos pueden neutralizar el efecto del pernicioso radical hidroxilo. Asimismo, el carvedilol y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. ^(22, 24)

El envejecimiento celular surge entonces de manera natural, como característica propia de todo lo vivo, reflejando el desorden molecular ocasionado por los RL, los cuales independientemente de su origen, causan la disfuncionalidad y los trastornos estructurales propios de esta última etapa del desarrollo. Nuestro organismo cuenta con defensas contra estas especies reactivas, disminuyendo así la incidencia de estas últimas y propiciando el mantenimiento del equilibrio interno. Sin embargo, al paso del tiempo se hace inevitable la ruptura de esta homeostasia, los RL superan los mecanismos antioxidantes, aparece el estrés oxidativo agudo y crónico que condiciona, en menor o mayor medida, la muerte celular.

Conclusiones

El estrés oxidativo es producto del daño ocasionado por los radicales libres y las especies reactivas del oxígeno, los cuales causan modificaciones en las distintas biomoléculas como lípidos, proteínas y en el ADN impidiendo su correcto funcionamiento y ocasionando trastornos en la permeabilidad de la membrana, aparición de placas de ateroma, fragmentación proteica, glicosilaciones, ARN inmaduros, etc. Estas afectaciones, principalmente la del ADN, provocan a largo plazo la senescencia celular y la aparición de enfermedades cardiovasculares, neurológicas y neoplásicas. El oxígeno, molécula imprescindible para los seres vivos, muestra toxicidad porque da lugar a la formación de un alto porcentaje de radicales libres, constituyendo esta su fuente biológica primordial, sin embargo existen fuentes exógenas como es el caso del humo del tabaco y el ozono. Para evitar el exceso de radicales libres han aparecido una serie de defensas antioxidantes. Unas son endógenas, como el glutatión y las enzimas antioxidantes, y otras son exógenas, como las vitaminas E, C y los carotenoides. Asimismo, la administración de antioxidantes o de precursores del glutatión es muy importante para prevenir el envejecimiento.

Referencias Bibliográficas:

1. Galicia-Moreno M, Gutiérrez-Reyes G. Papel del estrés oxidativo en el desarrollo de la enfermedad hepática alcohólica. *Revista de Gastroenterología de México* [Internet]. 2014 [citado 20 Mar 2017]; 79(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0375090614000329/1-s2.0-S0375090614000329-main.pdf?tid=5db91c8e-a9e2-11e7-9867-00000aacb361&acdnat=1507217716_4fa98b57c365378f8cd0779b698f59cb
2. Carvajal Carvajal C. *Biología molecular de la enfermedad de Alzheimer*. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2016 Dic [citado 20 Mar 2017];33(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200104
3. Lara Terán J. Estrés oxidativo, disfunción endotelial y aterosclerosis. *An Fac Med* [Internet]. 2014 [citado 20 Mar 2017]; 74(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en:

- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832014000400011&script=sci_arttext&lng=en
4. Ribera Casado JM, Milán Vegas A, Ruiz Ruiz M. Conceptos esenciales del envejecimiento. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2006 [citado 1 Abr 2017]; 9(62): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211344906743697>
 5. Serra JA, Marschoff ER, Domínguez R. Estrés oxidativo en la enfermedad neurológica. ¿Es causa, consecuencia o induce una forma crónica progresiva? *Neurología* [Internet]. 2016 [citado 1 Abr 2017]; 31 (6): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314002540?via%3Dihub>
 6. Santa-González GA, Camargo M. Protección celular antioxidante y respuesta adaptativa inducida por estímulos oxidativos crónicos. *Actu Biol* [Internet]. 2016 Jun [citado 11 Sep 2017]; 38(104): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0304-35842016000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 7. Naranjo Hernández Y, Figueroa Linares M, Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2015 Dic [citado 12 Dic 2016]; 17(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2012000100003&script=sci_arttext&tlng=pt
 8. Rodríguez Graña T, Peña González M, Gómez Trujillo N, Santisteban Lozano Y, Hernández Tamayo M. Estrés oxidativo: genética, dieta y desarrollo de enfermedades. *CCM* [Internet]. 2015 Dic [citado 11 Sep 2017]; 19(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832014000400011&script=sci_art
 9. Gioscia-Ryan RA, La Rocca TJ, Sindler AL, Melanie AL, Zigler MC, Murphy MP, et al. Mitochondria-targeted antioxidant (MitoQ) ameliorates age-related arterial endothelial dysfunction in mice. *J Physiol* [Internet]. 2014 [citado 27 Ene 2017]; 592(12): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1113/jphysiol.2013.268680/full>
 10. Uriarte Arciniega JD. Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* [Internet]. 2014 [citado 2 Sep 2017]; 4(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2247524>
 11. Romero Cabrera Á, Amores Hernández L. El envejecimiento oxidativo inflamatorio: una nueva teoría con implicaciones prácticas. *Medisur* [Internet]. 2016 Oct [citado 22 Sep 2017]; 14(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000500017&lng=es
 12. De Armas Sáez M, Ballesteros Hernández M. Fisiología del envejecimiento: contenido de estudio imprescindible en la formación del médico cubano. *EDUMECENTRO* [Internet]. 2017 Sep [citado 2 Sep 2017]; 9(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000300021&lng=es
 13. Flores-Alvarado LJ, Gabriel-Ortiz G, Pacheco-Moisés FP, Bitzer-Quintero OK. Mecanismos patogénicos en el desarrollo de la esclerosis múltiple: ambiente,

- genes, sistema inmune y estrés oxidativo. Investigación Clínica [Internet]. 2015 [citado 2 Sep 2017]; 56: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372940823008>
14. Goto S, Radak Z. Implications of oxidative damage to proteins and DNA in aging and its intervention by caloric restriction and exercise. Journal of Sport and Health Science [Internet]. 2013 [citado 2 Sep 2017]; 2: [aprox. 6 p.]. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S2095254613000264/1-s2.0-S2095254613000264-main.pdf?_tid=41e9c060-b371-11e7-925c-00000aacb360&acdnat=1508268648_f6269c027ad564ad38bd93892b6e6f64
 15. González Bernal J, De la Fuente Anunciabay R. Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. INFAD Revista de Psicología [Internet]. 2014 [citado 2 Sep 2017]; 7(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/783/72>
 16. Lara Terán J. Estrés oxidativo, disfunción endotelial y aterosclerosis. An Fac med [Internet]. 2015 [citado 11 Mar 2017]; 75(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000400011&script
 17. Hernández Triana M. Envejecimiento. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 Dic [citado 2 Sep 2017]; 40(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400011&lng=es
 18. Elejalde Guerra JI. Estrés oxidativo, enfermedades y tratamientos antioxidantes. An Med Int [Internet]. 2013 [citado 2 Feb 2017]; 18(6): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212
 19. Elejalde Guerra JI. Oxidación, entre la vida y la enfermedad. An Med Int [Internet]. 2014 [citado 2 feb 2017]; 18(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=71992001000100001&lng=en
 20. Juránek I, Bezek S. Controversy of free radical hypothesis: reactive oxygen species--cause or consequence of tissue injury? Gen Physiol Biophys. 2005 Sep; 24(3):263-78. Review. PubMed PMID: 16308423.
 21. Núñez Sellés AJ. Terapia antioxidante, estrés oxidativo y productos antioxidantes: retos y oportunidades. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 27 Ene 2017]; 37 (5): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37_05_11/spu13511.htm
 22. Manucha W. Mitochondria and oxidative stress participation in renal inflammatory process. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2014 Jun [citado 2 Sep 2017]; 74(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802014000300018&lng=es
 23. Viada Pupo E, Gómez Robles L, Campaña Marrero IR. Estrés oxidativo. CCM [Internet]. 2017 Mar [citado 2 Sep 2017]; 21(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100014&lng=es.
 24. Jeddí S, Zaman J, Ghasemi A. Effects of Ischemic Postconditioning on the Hemodynamic Parameters and Heart Nitric Oxide Levels of Hypothyroid Rats. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2015 [citado 2 Sep 2017]; 104(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n2/0066-782X-abc-20140181.pdf>

Título: La Toxocariosis y sus complicaciones en el ser humano. Revisión bibliográfica.

Autora:

Lic. Antonia Yásmen Colina Fernández, bclinico7426@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cuba, Asistente, Lic Dargy Regla González Alonso bclinico7404@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cuba, Asistente Master en Educación, Lic Mabel Collazo Díaz mabelcd@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cuba, Master en Educación Médica, Asistente, Lic Josefina I. Vázquez Martínez bclinico7433@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cuba, Master en Bioseguridad, Asistente, Lic Miladys Cedeño Borges bclinico7403@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cuba, Master en Bioseguridad, Asistente, Lic Bárbara S. Rojas Rivero jdbioanalisis@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cuba, Jefe de Departamento de Bioanálisis clínico, Asistente.

RESUMEN

La toxocariosis humana, caracterizada por los síndromes de Larva Migrans Visceral y Larva Migrans Ocular, es una de las zoonosis más extendidas a escala mundial, incluida también en nuestro país, en el cual cada vez es mayor el número de casos sospechosos, sobre todo en la población infantil. Como cada zoonosis, la toxocariosis no siempre es bien conocida, es de difícil diagnóstico y carece de un tratamiento efectivo.

Con el fin de explorar los conocimientos sobre toxocariosis humana, se realizó una búsqueda actualizada del contenido sobre el tema relacionado. Actualizando los conocimientos sobre la etiología, morfología, ciclo de vida, patogenia, control y profilaxis; entre otros sobre la toxocariosis humana.

Palabras claves:

Conocimientos, toxocariosis, zoonosis.

Introducción:

La toxocariosis es una enfermedad parasitaria zoonótica, producida por especies del género *Toxocara* (*T. canis* y *T. cati*), cuyos hospederos definitivos son perros y gatos respectivamente, los que se caracterizan por causar trastornos de tipo digestivo, respiratorio y nervioso en los mismos.

En el ser humano producen síndromes de larva migrans visceral (LMV) y larva migrans ocular (LMO).^{1, 2}

Las zoonosis parasitarias poseen gran importancia en el campo de la salud. Muchos sitios públicos entre los que podemos encontrar parques, jardines, calles, aceras y patios son contaminados a partir de heces de perros y gatos parasitados, pues habitualmente son frecuentados por las mascotas, que al defecar liberan gran cantidad de huevos de *Toxocara* spp y *Ancylostoma* spp, convirtiendo estos sitios en focos de contaminación, que bajo condiciones ambientales favorables permanecen viables y poseen la capacidad de ser transmisibles a las personas. La convivencia con animales domésticos facilita la transmisión de parasitosis causada por estos helmintos, que son responsables de los síndromes de la larva migrans visceral u ocular (LMV y LMO), especialmente en niños de 1 a 5 años que constituyen el grupo de mayor riesgo.²⁵

Una zoonosis puede transmitirse de animales a seres humanos de varias maneras, dependiendo del ciclo vital del parásito, de la clase de anfitriones y de la distribución geográfica de la especie.⁵

La infección humana, ocasionada casi siempre por *Toxocara canis* o *Toxocara cati*, se produce cuando los huevos presentes en el suelo son ingeridos accidentalmente⁶, por lo que la contaminación medioambiental con huevos, larvas, o quistes o quistes infectivos de parásitos caninos representan un riesgo significativo para la salud pública.⁷ El hombre al ingerir huevos embrionados, estos eclosionan y liberan sus larvas en el intestino, atraviesa la pared intestinal y por los canales vasculares alcanzan cualquier tejido u órgano.⁸

En el mundo se realizan continuamente estudios sobre la prevalencia de la infección por este parásito en cánidos y humanos así como del grado de contaminación de los suelos.

En América Latina, por ejemplo, estas enfermedades parasitarias están altamente ubicadas dentro de las enfermedades diagnosticadas. Aunque ninguna de ellas es causante de mortalidad, pueden interactuar con otras causas de morbilidad, por lo que tienen una gran importancia en términos de enfermedad humana.⁹

En los estudios realizados en Cuba Duménigo y Lau (1994) reportaron una prevalencia de 17,9 % en perros caseros en Ciudad de La Habana y en 1995 Duménigo y Gálvez encontraron que 42,2 % de 45 muestras de suelo examinadas estaban contaminadas con huevos de *T. canis*, siendo larvados el 38,5 % de estos. Laird y col (2000), reportaron el 68 % respectivamente, de suelos contaminados en parques de la capital de Cuba.²⁵

El grupo de Inmunoprotección y Zoonosis del departamento de Parasitología de Medicina Tropical "Pedro Kouri" a partir del año 2002, realizó el diagnóstico por ELISA a 61 pacientes procedentes del hospital Pando Ferrer y otras instituciones hospitalarias del país con diagnóstico presuntivo de LMO y se detectó que el 75,9 % presentaba anticuerpos anti-*Toxocara*, confirmándose así el

diagnóstico presuntivo, lo que hace que la toxocariosis se haya convertido en un problema de salud en nuestro país.²⁵

Por todo lo anteriormente explicado nos preguntamos ¿Existe el conocimiento por parte de la población sobre el riesgo que puede ocasionar las mascotas domésticas; específicamente los gatos y perros? Con la presente investigación nos motivamos para realizar esta búsqueda bibliográfica, con el objetivo de argumentar sobre la influencia del riesgo al contagiarse de la toxoplasmosis en la población y específicamente explicar la etiología, morfología, ciclo de vida, epidemiología, prevalencia, patogenia, diagnóstico, control y profilaxis de la toxoplasmosis humana para actualizar a la población, estudiantes y profesores sobre el tema de la toxocariosis; ya que en nuestras casas poseemos estos animales como mascotas y como trabajadores del sector de la salud pública es nuestro deber prevenir enfermedades relacionados con la transmisión de enfermedades y realizar charlas educativas sobre las medidas de prevención de la toxocariosis como objetivo fundamental.

Desarrollo:

Etiología.

Se han caracterizado alrededor de 200 zoonosis, algunas de ellas con amplia distribución geográfica, los principales agentes causales de esta enfermedad son las larvas de segundo estadio (L2), de ascarídeos intestinales, principalmente del perro (*Toxocara canis*) y el gato (*Toxocara cati*), reconocida como las principales causas de toxocariosis.

El síndrome de Larva Migrans Visceral (LMV), lo descubrieron y denominaron Beaver y colaboradores, en Nueva Orleans, en 1952.¹³

En 1981 Glickman y Schantz ¹⁴, afirmaron que había publicados más de 1.900 casos de toxocariosis, observadas en todo el mundo y en todas las regiones de Estados Unidos.

Los ascaridatos de los carnívoros poseen especificidad hospedadora de edad, sus invasiones son fundamentalmente patógenas para los animales recién nacidos y los jóvenes.¹

Morfología.

Las especies del género *Toxocara* pueden ser distinguidas entre sí teniendo como base la morfología de los labios, las aletas cervicales, longitud de las espículas y las características del aparato reproductor femenino.^{15,16}

Morfológicamente los huevos son similares a los de *Ascaris suum* pero un poco mayores de tamaño, miden 85 micras de diámetro, son subglobulosos y presentan una cubierta irregular; el protoplasma se aprecia con un aspecto granuloso y no están embrionados cuando salen a través de las heces de los cánidos infectados.²

Las larvas de *T. canis* miden aproximadamente 0,4 mm (400 micras) de longitud por 0,015 - 0,021mm (20 micras) de diámetro y son fácilmente distinguibles de las larvas de otras especies. En el medio externo siempre se encuentran en el interior de los huevos.^{15,16,17} La forma infectante se presenta en la larva de segundo estadio, características morfológicas propias de la especie, que permiten identificarlas en el examen parasitológico y en los cortes histológicos.

El adulto macho mide de 4 a 8 cm. y la hembra es mayor, llegan a alcanzar de 8 a 14 cm. Aunque Acha PN, y colaboradores en 1989, en su reporte de OMS para las Américas, plantea que el adulto macho puede llegar hasta 10 cm y la hembra hasta 18 cm .¹⁸ En la región cervical de ambos sexos existen aletas que son mucho más largas que anchas, miden de 2 a 4 mm por 0,2 mm. El esófago alcanza alrededor de 5 mm de largo incluyendo el ventrículo, el cual mide 0,5 mm. de longitud.

En la hembra la vulva se encuentra situada entre la quinta y sexta partes anteriores del cuerpo del verme.^{15,19,20}

Ciclo de vida.

El nemátodo *T. canis* está bien adaptado para garantizar su supervivencia y transmisión a sucesivas generaciones en sus hospedadores definitivos, que lo constituyen el perro y otros cánidos salvajes.

En el perro, como huésped definitivo de *T. canis*, se reconocen dos tipos de ciclos que son:

El que se hace a partir de los huevos eliminados en las materias fecales. Estos huevos en condiciones favorables depositados en el suelo se embrionan entre 2 a 6 semanas, constituyendo la forma infectante para el perro y otros hospedadores, incluido el hombre que las pueden adquirir por vía oral a través de sus manos, aguas contaminadas y alimentos mal lavados, tales como frutas y verduras.²¹

También debe ser considerada la ingestión de L2 infectivas en los tejidos de una presa enferma en el caso de perros jíbaros y otros cánidos.²

En el hombre, el ciclo de vida se inicia al ingerir huevos embrionados de *T. canis o cati*, los cuales liberan larvas en el intestino; estos llegan a la vía sanguínea y linfocítica donde las L2 emprenden la migración hística hasta los órganos principalmente el hígado, los pulmones, el cerebro y los ojos.¹⁰ Estas larvas no se desarrollan a parásitos adultos en el hombre.⁸

En cuanto a la entrada de L2 al ojo humano desde el exterior del cuerpo es poco probable que la larva arribe a la parte anterior del ojo, esto pudiera ocurrir a través de la saliva o gotas de expectoración procedentes de animales infectados o desde las manos contaminadas, lo cual es difícil, la realidad es que las lesiones no afectan usualmente a la parte anterior del ojo. Es más probable la infección interna del ojo ya que la larva tiene la habilidad de atravesar la pared de los

vasos cuando estos se hacen demasiados angostos; horadando o a través de la circulación izquierda o derecha es que las larvas alcanzan las partes del cuerpo. Existen evidencias histológicas de que es más probable que las larvas de *Toxocara* alcancen el ojo viajando por vía sanguínea, el mayor abastecimiento de sangre al ojo llega por su parte posterior y es en esta donde son más frecuentes las lesiones oculares.¹²

Epidemiología.

El *T. canis* y el *T. cati* figuran entre los helmintos parásitos más frecuentes de perros y gatos. Ambas especies tienen una distribución cosmopolita, aunque en algunas zonas, sobre todo las más septentrionales, es más común en perros y gatos o especies similares.²³ Por lo que el estudio epidemiológico es complejo y por su importancia, la prevalencia de *T. canis* es ampliamente estudiada en todo el mundo.

El riesgo de contraer la enfermedad es, en principio, común a toda la población, pero tiene una especial trascendencia en niños, personas inmunodeprimidas y en personas cuya actividad laboral se desarrolla con animales y/o productos derivados de los mismos.

La transmisión de la toxocariosis al hombre se produce accidentalmente, la población infantil está más expuesta a adquirir esta parasitosis, ya que tanto el perro como el gato viven en hogares donde expulsan a diario y durante muchos meses cantidades enormes de huevos en las heces; aunque estas heces se eliminan en un plazo corto, los huevos parasitarios que contienen se acumulan en el entorno. Cuando están protegidos de la luz solar directa y la desecación, los huevos se desarrollan hasta alcanzar el estadio infectivo en unas 3 semanas a temperaturas estivales y persisten en el suelo muchos meses. Además, por la acción de la lluvia, es posible que los huevos se transporten a lugares bastantes distantes y alcancen grandes concentraciones en algunos puntos.²⁴ Se ha investigado la tenencia de mascotas como factor de riesgo de la infección. Los principales factores de riesgos en orden de importancia son la geofagia y el contacto estrecho con suelos contaminados con huevos viables, consumo de alimentos contaminados con huevos larvados.

Aunque se pensó que el contacto directo con perros infectados juega un papel secundario en la transmisión ya que se necesita un período de incubación extrínseca de los huevos antes de que sean infectantes.⁴⁸

Edad de manifestación.

La edad de manifestación reportada de la Toxocariosis ocular en humanos parte de la experiencia de Wilder, 1950 en EUA que estudió los ojos y tomó como referencia la edad en el momento de la enucleación, en la mayoría de los casos el diagnóstico preoperatorio fue retinoblastoma y la

enucleación tuvo lugar poco tiempo después de la presentación, pero no existe idea del intervalo de tiempo entre la infección y la presentación al médico. La mayoría de los ojos examinados que presentaban larvas fueron de niños de entre 3 y 13 años de edad.²³

Es interesante el trabajo de Yoshida *et al.*, 1999¹⁷ donde el 89 % de los 38 pacientes con TO eran mayores de 20 años. Sin embargo en EUA, Lampariello y Primo, 1999¹⁸ reportaron 1 caso de 17 años con TO. En Corea, Park *et al* en el propio año⁵⁹ reportaron 1 caso de 28 años. En el 2000 en EUA, Amin *et al* reportaron 10 casos positivos en un rango de 2 a 33 años¹⁰ y en Italia Lalosevic *et al.*, 2001⁶¹ reportaron 1 caso de 6 años.

En general, la mayoría de los casos de síndrome de LMO en humanos son unilaterales y los bilaterales son infrecuentes. Por ejemplo Gillespie *et al.*, 1993²⁴ no reportaron qué ojo fue afectado en demasía pero concluyeron que la Toxocariosis ocular es una importante causa prevenible de pérdida de visión unilateral, lo que sugiere que no encontraron casos de toxocariosis ocular bilateral. Dos estudios realizados en Irlanda no hallaron casos de LMO bilateral.^{21,22}

Patogenia.

Los perros pueden adquirir la enfermedad por transmisión transuterina y oral (a través de leche materna, hospedadores paraténicos, suelos y alimentos contaminados); el hombre accidentalmente puede adquirir esta parasitosis cuando las migraciones larvales provocan daños fundamentalmente al nivel de aquellos órganos o tejidos donde se pueden asentar.¹

La eliminación de mudas y líquidos de mudas (según proceda) y de otras secreciones o excreciones por parte de las larvas ejercen acción antigénica que puede causar respuesta inmunopositiva, efectos anafilácticos y alérgicos. Producto de esto aparece pequeños granulomas que contienen numerosos eosinófilos y cristales de Charcot-Leyden donde los parásitos pueden reconocerse o no, estas lesiones tienen un área central necrótica e infiltrado inflamatorio mixto con numerosos eosinófilos y un número variable de neutrófilos, linfocitos, histiocitos epitelioides y células gigantes.²⁸

Además hay acción traumática y expoliatriz hematófaga e histófaga aunque se plantea que esta no es la causa de la anemia que se puede presentar. Se desarrolla acción mecánica obstructiva en el pulmón y el hígado que puede o no ser manifiesta.¹⁶

La enfermedad se caracteriza por bronquitis, asma, hepatomegalia, miocarditis, encefalitis, eosinofilia y con alguna frecuencia endoftalmía, causada por la penetración de larvas del parásito en el globo ocular con pérdida de la visión en el ojo afectado.^{6, 13}

Diagnóstico.

El diagnóstico etiológico de la enfermedad debe hacerse a partir de la historia epidemiológica (convivencia con perros y gatos; y hábitos de geofagia) signos y manifestaciones clínicas, exámenes histológicos, pruebas serológicas y otras que aunque no son de certeza se han utilizado como complementarios para la búsqueda de indicios de la presencia de la infección.

En los seres humanos el diagnóstico de observación directa de larvas de segundo estadio en el material histológico obtenido por biopsia está unido al riesgo de la vida del paciente constituyendo en ocasiones desventajas en el diagnóstico de la toxocariosis humana²⁴ ya que la biopsia por aguja no suele coincidir con el punto donde hay un granuloma hepático y, por lo general no está indicada.¹⁵

Las pruebas serológicas se usan para la búsqueda de anticuerpos específicos en el suero, lo que suele ayudar a confirmar el diagnóstico, aunque, como es conocido, no es de certeza. Se han utilizado: Hemaglutinación Indirecta (HAI), inmunofluorescencia y el inmunoensayo enzimático en fase sólida (ELISA). Esta última técnica es la más utilizada, se realiza empleando antígenos de excreción-secreción de larvas de *Toxocara*, y es específica y útil para confirmar el diagnóstico clínico.⁹² Permanece positivo por 4 años o más después de la resolución de la enfermedad y puede realizarse utilizando suero o humor vítreo.¹³

La medición de los antígenos de excreción-secreción puede ser más útil que las pruebas de anticuerpos al estimar la duración de la enfermedad ya que proviene de las larvas activas, además, la variación de estos antígenos en el suero o en el fluido intraocular, acompañado de los datos clínicos, ayuda a la valoración del tratamiento. Se ha empleado la prueba ELISA “sandwich” mediante el uso de un anticuerpo monoclonal que reacciona con la proteína soluble de secreción-excreción de 120 kDa, esta prueba confiere ventajas como la disminución de las reacciones falso positivos.¹⁴

En esta infección, la eosinofilia y la leucocitosis en sangre periférica puede o no estar presente, aunque los eosinófilos son el componente más abundante en el infiltrado celular o granuloma, su papel en la liquidación de las larvas de *Toxocara* es menos conocido que en otras parasitosis, probablemente debido al extendido periodo de invasión y también al desarrollo de mecanismos de evasión específicos por las larvas de *Toxocara* contra el ataque eosinofílico.⁹⁵ La eosinofilia en pacientes seropositivos refleja la actividad del proceso patológico y esto juega un papel importante en decidir el tratamiento subsiguiente.

En personas con signos cutáneos de alergia relacionados con *Toxocara*, los niveles totales de IgE altos son más frecuentes que la eosinofilia.^{16,17}

En el diagnóstico de LMV debe hacerse diagnóstico diferencial con otras enfermedades como: paludismo, Kala-azar, la etapa aguda de fasciolosis, capilariosis hepática, triquinosis y otras infecciones helmínticas que afectan las vísceras.^{9,25}

Control y profilaxis.

El control y la prevención de la toxocariosis requiere de la adopción de medidas para la prevención de parasitosis, encaminadas a bloquear la transmisión entre los animales y de estos al hombre, donde juega un papel importante el control de la contaminación ambiental con huevos de este parásito.¹⁰

Las reinfecciones en la toxocariosis humana, que es común en ambientes contaminados principalmente vía geofagia, tienen un impacto decisivo en el proceso patológico. Esto es esencial para educar a los pacientes con toxocariosis, sintomática o no, tratada o no, en como se adquiere la infección y las razones por las que las reinfecciones necesitan ser evitadas.

La prevención de la toxocariosis es factible y efectiva por:

- Deshelmintización regular de perros y gatos desde las 3 semanas de edad repitiéndose tres veces con intervalos de 2 semanas y cada 6 meses.
- Prevenir la contaminación del suelo por heces de perros y gatos de las áreas adyacentes a las casas y en las áreas de juego de los niños.
- Prevenir que los niños no lleven objetos sucios a la boca, implementar el lavado de las manos después del juego con perros o en el suelo y antes de consumir alimentos así como controlar la geofagia.¹⁸
- La convivencia con las mascotas aporta grandes beneficios pero también conlleva algunos riesgos. Esta convivencia es frecuente incluso en pacientes en mayor riesgo de adquirir infecciones como son los pacientes inmunocomprometidos.
- Educar a la población para una tenencia responsable de mascotas, es una prioridad. Se debe promover el control de los animales con médico veterinario y su vacunación contra aquellos agentes que son inmunoprevenibles, lo que permite disfrutar de los beneficios de tener mascotas minimizando los riesgos.¹⁷

Conclusiones:

Con el presente trabajo llegamos a las siguientes conclusiones:

- Caracterización de 200 zoonosis y algunas de ellas con amplia distribución geográfica, los principales agentes causales de esta enfermedad son las larvas de segundo estadio

- Las especies del género *Toxocara* pueden ser distinguidas entre sí teniendo como base la morfología de los labios, las aletas cervicales, longitud de las espículas y las características del aparato reproductor femenino.
- El *T. canis* y el *T. cati* figuran entre los helmintos parásitos más frecuentes de perros y gatos. Ambas especies tienen una distribución cosmopolita, aunque en algunas zonas, sobre todo las más septentrionales, es más común en perros y gatos o especies similares
- La edad de los pacientes con síndrome de LMO está condicionada por ser mayor que la de pacientes con LMV pero esto parece ir relacionado con la edad de presentación.
- El control y la prevención de la toxocariosis requiere de la adopción de medidas para la prevención de parasitosis, encaminadas a bloquear la transmisión entre los animales y de estos al hombre, donde juega un papel importante el control de la contaminación ambiental con huevos de este parásito.

Bibliografía consultada:

- 1- Gillespie SH. The epidemiology of *Toxocara canis*. Parasitol Today 1988; 4:180-2.
- 2- Beneson AS. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Washington, DC: OPS; 1985. Publicaciones Científicas; No. 442.
- 3- Botero D, Restrepo M. Parasitosis humana. 2a.ed. Medellín: Colombia; 1994.
- 4- Laird Pérez RM, Carballo D, Reyes EM, García R, Prieto V. *Toxocara* sp en parques y zonas públicas de Ciudad de La Habana, 1995. Rev Cubana Hig Epidemiol 2000; 38:112-6..
- 5- Nestor J, Pasamonte L, Marinconz R, De Marzi M, Cajal S, Malchiodi E. Parasitosis zoonóticas transmitidas por perros en el Chaco Salteño. Medicina (Buenos Aires) 2000; 60:217-20.
- 6- Duménigo BE, Lau N. Prevalencia de *Toxocara canis* en perros caseros de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Med Trop 1994;46:99-102
- 8- Duménigo BE, Gálvez D. Contaminación de suelos en Ciudad de La Habana con huevos de *Toxocara canis*. Rev Cubana Med Trop 1995; 47:178 - 80.
- 9-Beaver PC, Snyder CH, Carrera GM. Chronic eosinophilia due to visceral *Larva migrans*. Pediatrics 1952;9:7-19.
- 10- Warren G. Two new species of *Toxocara* from viverrid hosts. Parasitology 1972;65:179-87.

- 11- Nichols RL. The etiology of visceral *Larva migrans*. II. Comparative larval morphology. *J Parasitol* 1956;42:363-99.
- 12- Araújo P. Observacoes pertinentes a primeiras ecdise de larvas a *Ascaris lumbricoides*, *A. suum* e *Toxocara canis*. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1979;14:33-90.
- 13- Kaplan KJ, Goodman ZD, Ishak KG. Eosinophilic granuloma of the liver. A characteristic lesion with relationship to Visceral Larva Migrans. *Am J Surg Pathol* 2001;25:1316-21.
- 14- Acha PN, Szyfres B. Zoonoses et maladies transmissibles communes á l'homme et aux animaux. 10a. ed. Paris : Office Internacional Epistote ; 1989.
- 15- Lapage G. Parasitología veterinaria. 2ª. ed. México DF: Compañía Editorial Continental; 1971.
- 16- Schafer JF. A contribution to the life history and larvae morphology of *Toxocara canis*. *J Parasitol* 1979;43:599-612.
- 17- Huapaya H Pedro, Espinoza Yrma, Roldán William, Jiménez Susana. Toxocariosis humana: ¿problema de salud pública?. *An. Fac. med.* [Internet]. 2009 Dic [citado 2018 Abr 19] ; 70(4): 283-290
- 18-<http://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-manifestaciones-cardiovasculares-toxocariosis-humana-S1405994013000049>
- 19- Beaver PC, Clifton R, Wayne E. Parasitología clínica. 2da. ed. Salvat; 1986.
- 20- Schantz PM, Weis PE, Pollard ZF, White MC. Risk factors for toxocaral ocular larva migrans: a case-control study. *Am J Public Health* 1980;70:1269-72.
- 21- Hamidou MA, Fradet G, Kadi AM, Robin A, Moreau A, Magnaval JF. Systemic vasculitis with lymphocytic temporal arteritis and *Toxocara canis* infection. *Arch Intern Med* 2002;162:1521
- 22- Wolfe A, Wright IP. Human toxocariosis and direct contact with dogs. *Vet Rec* 2003;152:419-22.
- 23- Quiroz H. Parasitología y enfermedades parasitarias de los animales domésticos. México, DF: Limusa; 1984.
- 24- Schantz PM, Glickman LT. Ascáridos de perros y gatos: un problema de salud pública y de medicina veterinaria. *Bol Ofic Sanit Panam* 1987;94:570-85.
- 25- Jiménez-Suárez M, Duménigo-Ripoll B. Evaluación de los conocimientos sobre la toxocariosis humana del personal médico del municipio de Cienfuegos.. **Medisur** [revista en Internet]. 2008 [citado 2018 Abr 19]; 6(2):[aprox. 6 p.].

LA TUTORÍA EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ECUADOR. ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL MISMO.

Autores: Dr. Rubén Darío García Núñez, Dra. María Aurelia San Juan Bosch.

Resumen

Fundamento: La función tutorial es parte integrante de la práctica docente y factor de calidad de la educación en el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivo: Realizar reflexión acerca de la tutoría en servicio que se lleva a cabo en el posgrado de Medicina Familiar y comunitaria en Ecuador. **Método:** se realizó una revisión bibliográfica sobre la tutoría. Se utilizaron los métodos teóricos de análisis-síntesis e inducción-deducción. **Resultados:** Se revisaron los aspectos más actuales de la tutoría en servicio, así como las funciones del tutor, pudiendo constatar que aún es largo el trecho a recorrer para lograr una correcta tutoría en servicio que permita una formación integral de los posgradistas. **Conclusiones:** se ha identificado claramente la falta de concordancia entre el valor que “en teoría” se otorga a la tutoría y la “práctica” de la misma, caracterizada por su subordinación a la asistencia, la escasez de recursos y la falta de reconocimiento hacia ella lo que determina que se trace una estrategia de formación para llevar a cabo la misma.

DeCS: tutoría, tutor, Medicina familiar y comunitaria, Educación de posgrado.

Parte I: La tutoría. Conceptos, tipos. Funciones.

Concepto:

La tutoría es un proceso para proporcionar orientación y apoyo que se da entre docentes y estudiantes durante el periodo de formación de los estudiantes. Este apoyo se concreta mediante la atención personalizada a un alumno o a un grupo reducido de ellos por parte de docentes, cuya finalidad es la de mejorar el aprovechamiento de los tutorados y promover su desarrollo integral. (1)

Tipos de tutorías.

Existen varias clasificaciones posibles de los tipos de tutoría. Si atendemos al número de personas que incluyen, podemos hablar de tutorías individuales o grupales. Sin embargo, si clasificamos en función del medio a través del cual se realiza la tutoría, podemos hablar de tutoría presencial, cuando el orientador y el alumno están compartiendo espacio, o a distancia, en caso contrario.(2) (3)

Tutoría Individual

- El alumno recibe una atención total y personalizada por parte del orientador.
- En este tipo de tutoría el alumno ofrece información al orientador y, entre ambos deben verificarla, intercambiar ideas o puntos de vista, con el objeto de que el alumno pueda tomar buenas decisiones.
- En una tutoría individual se puede buscar la solución a un problema y establecer el plan de trabajo para solucionarlo

Tutoría Grupal

- El orientador interactúa con un grupo de estudiantes.
- Requiere más gestión.
- Promueve las actitudes sociales como los trabajos colaborativos o las exposiciones en público.

- Una tutoría grupal es una buena herramienta para intentar que varios alumnos de un mismo grupo se ayuden en la resolución de dudas. En estos casos el orientador actúa sólo si se plantean problemas que provoquen enfrentamientos.

Tutoría Presencial

- La interacción se produce cara a cara.
- En ella el estudiante obtiene orientación sobre cómo realizar una mejor gestión de sus horas de estudio y de su rendimiento académico en general.
- El estudiante se somete a un pequeño seguimiento de los pasos previamente establecidos.

El principal propósito de la tutoría es contribuir a que los tutorados reciban una formación integral; es decir, que se desarrollen en los diversos ámbitos de su vida: académico, profesional, personal, etcétera.

Ámbitos de la tutoría

✓ **Académico**

Comprende las intervenciones del tutor que inciden en el desempeño académico de los tutorados. Implica:

- la identificación de estilos de aprendizaje para el desarrollo de estrategias enfocadas en las habilidades y potencialidades de cada estudiante,
- el establecimiento de metas de aprendizaje, considerando los programas académicos que el estudiante esté cursando y sus expectativas,
- el reconocimiento de dificultades de aprendizaje y obstáculos que el alumno enfrenta a lo largo de su vida académica,
- la valoración objetiva del rendimiento escolar del alumno, así como la promoción de la autoevaluación.

✓ **Profesional**

Se refiere a extender los horizontes de los tutorados para que tengan en cuenta las posibilidades de desarrollo profesional y laboral.

✓ **Personal**

En este ámbito, se orienta al tutorado con respecto a sus relaciones interpersonales más que académicas, considerando sus vínculos afectivos, situaciones familiares, intereses particulares, hobbies, etcétera. En este caso, es indispensable que el tutor valore su formación para hacer frente a estas situaciones, o bien, la pertinencia de canalizar a instancias especializadas (instituciones, otras áreas o profesionales).

Parte II: El tutor. Concepto. Funciones.

Concepto: Es la persona capacitada y con cualidades ético, morales y espirituales capaz de sintonizar con los alumnos y acompañarlos y guiarlos hacia el desarrollo y práctica de valores y actitudes positivas que fortalezcan su vida personal y social futura. (4) (5)

Requisitos para ser un buen tutor:

- Tener voluntad y compromiso de estar cerca a los estudiantes que necesitan un espacio en que alguien pueda escucharlos y en quien puedan confiar. Para ello debe realizarse una serie de interrogantes como son: (6) (7) (8) (9)
- ✓ ¿Cómo será el proceso?
- ✓ ¿Qué voy a hacer?

- ✓ ¿Cómo serán los estudiantes?
- ✓ ¿Qué problemas y necesidades tendrán?
- ✓ ¿Cómo manejaré sus dificultades?
- Establecer un vínculo especial entre tutor y tutoreado, es una relación afectiva que va más allá de la labor académica, un vínculo que abre un nuevo espacio en el que se va a conocer al alumno en otras dimensiones, incluso orientarlo en su vida personal, por lo que se requiere confianza, comunicación, la comprensión y el respeto de ambas partes. Pero el tutor debe tratar siempre de diferenciar su vida de la de sus alumnos a pesar de que tengan experiencias similares de vida, evitar comentar sus problemas personales.

La labor como tutores debe abocarse a:

- Conocer las inquietudes, preocupaciones, temores, interés y gustos de nuestros estudiantes.
- Comprender que cada estudiante es una persona independiente y autónoma.
- Ayudar a que tomen sus mejores decisiones.
- No pretender cambiarle la vida.
- Ser sinceros con él., incluso cuando lo que tenga que decirle sea duro y difícil de aceptar.

Cualidades del Tutor. Este rol suele aprenderse, aunque supone predisposiciones personales, entre las que se encuentran:

- Interesarse por los seres humanos y atender su problemática.
- Reconocer y respetar a cada ser humano como único y distintivo.
- Establecer empatía con el estudiante.
- Aceptar el conflicto individual, grupal e institucional como aspectos integrantes del aprendizaje.
- Capacidad de diálogo y relaciones humanas.
- Equilibrio emocional.
- Coherencia entre actitudes y principios.
- Cooperación y participación.

Capacidades requeridas por el Tutor para cumplir sus funciones.

1. Asertividad
2. Autoconocimiento.
3. Consensualidad.
4. Liderazgo.
5. Empatía
6. Proactividad.

Capacidades respecto a sus alumnos.

1. Realizar el seguimiento del desempeño y evolución personal y académica.
2. Registrar en los documentos oficiales la evolución, cuidando su confidencialidad.
3. Estar alerta para intervenir frente a problemáticas grupales o individuales que pudieran surgir.

Técnicas e instrumentos utilizados en orientación de los estudiantes.

- La observación: constituye un fenómeno espontáneo de la actividad humana que se convierte en técnica científica en la medida en que su cumplen una serie de condiciones tales como: que tenga un objetivo definido, que sea planificada sistemáticamente y esté sujeta a comprobaciones y control de validez y confiabilidad.

Elementos de la observación:

1. El observador: Es el tutor como elemento activo, competente y conocedor del educando y siempre dispuesto a registrar cualquier hecho significativo de la conducta de este.
2. El sujeto observado; es el estudiante en las diversas situaciones de su vida profesional y familiar.
3. La situación observada: son las ocasiones y momentos en que se realiza la observación. No corresponde a incidentes aislados, sino a un conjunto de acciones correspondientes como parte del desarrollo continuado del estudiante.

Objetivos de la observación

1. Procurar un medio de constatación elemental de los principales indicadores de desarrollo del educando.
2. Ofrecer esta constatación para una labor continuada de seguimiento a través del diálogo y la entrevista.

Tipos de observación.

1. Libre o esporádica.
2. Observación dirigida.
3. Observación científica. Consiste en examinar directamente algún hecho o fenómeno, teniendo un propósito expreso conforme a un plan determinado y recopilando datos de una forma sistemática, En el caso de las ciencias médicas nos referimos a la utilización del método científico o método clínico.

III. Tutoría en servicio en Medicina Familiar y Comunitaria.

El proceso de tutoría se considera la forma superior de enseñanza en la educación superior, de ahí la importancia que esta tiene para lograr un proceso docente educativo de calidad y por tanto la formación de profesionales con alto nivel científico y humanístico. Existen algunas universidades que no consideran a la tutoría una estrategia docente, por lo que debemos demostrar la importancia que tiene la misma para que sea considerada como tal. (10) (11)

Proceso de autoaprendizaje.

Se debe trabajar en una consulta tutorizada de la atención primaria como lo hacemos habitualmente, pues es una oportunidad única para que un profesional aprenda a desarrollar una labor de autoformación continua. Identificar las necesidades formativas, ser capaz de representar formalmente sus lagunas de conocimientos en forma de preguntas y posteriormente solucionarlas.

Las preguntas que se formula un posgradista de primer año son habitualmente de carácter general o “de fondo” (*background*), dirigidas a intentar explicar lo que le sucede al paciente, p.e. etiología más probable, epidemiología del proceso:

prevalencia, incidencia...

Van dirigidas a la enfermedad, en sus aspectos generales y contienen dos componentes:

1. Una cuestión (quién, cómo, dónde, cuándo, por qué) ligada a un verbo.
2. Una enfermedad (o una parcela de la misma).

Cuando aumenta la experiencia profesional surgen preguntas de “primer plano” (*foreground*) dirigidas a pacientes: cómo diagnosticar, establecer el pronóstico o tratar pacientes. Se formulan con 3 o 4 componentes:

1. El paciente o problema de interés.
2. La intervención principal (diagnóstica, terapéutica...)
3. Una intervención con la que comparar –opcional-.
4. El objetivo clínico por valorar.

Conforme aumenta la experiencia profesional van disminuyendo las preguntas de fondo, pasando a ser relevantes las preguntas de primer plano. Así el final del posgrado podría equipararse a lo que sucederá a lo largo de la trayectoria del médico de familia

En el primer contacto de tutorización, en el primer año del posgrado, el esfuerzo como tutor debe ir dirigido hacia la presentación del medio y, como ayuda a su periplo de formación en el hospital, facilitarle bases bibliográficas que le permitan abordar sus preguntas background desde una visión próxima a la atención primaria. En este punto resulta especialmente positivo la rotación hospitalaria que se encuentra incluida en sus diferentes años de formación.

Al llegar a su periodo final de rotación, de R3, el estudio personal realizado ha debido permitir una formación de fondo importante, en ocasiones superando en profundidad y actualidad a la que posee el propio tutor. En términos pedagógicos se torna intenso el proceso de la resonancia cognitiva: cuando se enfrentan a una situación clínica que controlan, se produce una respuesta mental y emocional de refuerzo, que permite tomar rápidas decisiones.

Pero en el escenario de consultas de atención primaria es muy frecuente que, ante la menor especificidad de la clínica, el mayor nivel de incertidumbre, favorecido por una menor disponibilidad de métodos diagnósticos, se produce el fenómeno contrario: la disonancia cognitiva: el paciente nos reclama una formación que no poseemos. Esta respuesta emocional puede ser un poderosísimo agente motivador. Es el paso previo a cambiar los huecos de conocimientos en espacios positivos, mediante preguntas bien construidas. Y en ese momento se inicia el proceso de encontrar sus respuestas. El papel principal del tutor es ayudar a formular la pregunta (tarea nada sencilla), ayudarle a encontrar la información, evaluarla y redactar una conclusión.

En la actualidad el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información están cambiando de forma muy rápida el escenario de atención clínica y muy especialmente el ámbito de gestión del conocimiento. Durante el posgrado será

responsabilidad de la tutoría potenciar la utilización de las herramientas de gestión clínica de las que dispondremos. Así mismo colaborar en el proceso de resolución de las preguntas: búsqueda de bibliografía, revisión de evidencias..., poniendo el mayor énfasis en valorar si todo este trabajo ha mejorado finalmente nuestra competencia profesional. Para ello utilizaremos también soporte web de materiales formativos y de búsqueda bibliográfica.

Elementos no asistenciales.

El año que un posgradista comparte con un tutor es lo suficientemente largo para que la toma progresiva de responsabilidad en el manejo de la consulta no sea contenido suficiente ni para tutor no para residente.

Resulta crucial que el residente integre en su modo de trabajo la labor en equipo, que busque y encuentre en este contacto el elemento diferenciador de una atención primaria con capacidad resolutive. Debe descubrir como existen papeles complementarios entre sus distintos miembros, siendo partícipe también de los obstáculos reales que también existen.

Tanto tutor como residente han de intentar colaborar en potenciar la **capacidad investigadora** y también de generación de publicaciones de la unidad docente. Este trabajo como muchos otros han de plantearse en el seno del equipo de atención primaria. Difícilmente pueden ser resultado de iniciativas individuales. En este sentido es necesario trabajar en el mantenimiento de líneas de investigación estables, soportadas en parte por la liberación parcial de tutores y/o residentes con el apoyo continuado de la estructura docente de la unidad: coordinador y técnico de salud.

Evaluación del proceso formativo

El proceso de evaluación de un residente es muy complejo, siempre con un alto contenido subjetivo. Una de los pocos elementos objetivos que se puede aportar es la evaluación de las visitas que semanalmente se realizan sobre las que hay que soportar parte de las actividades de autoformación. En estas se recoge también otro de los elementos críticos del proceso de evaluación: la autovaloración.

Esta actividad será paralela a la que la coordinación docente proponga como metodología de evaluación periódica, en la que la opinión de los distintos tutores es muy importante.

Creemos que el mejor bagaje que puede aportarse a un posgradista es habilitarle en su capacidad de autoformarse. A este objetivo debe dirigirse fundamentalmente el proceso de tutorización.

Para finalizar quisiera compartir con ustedes, este Decálogo del tutor que proponen algunas escuelas y que se relaciona muy bien con lo que queremos lograr:

1. Completa en la tutoría lo que a la instrucción le falta.
2. No estés ni delante ni detrás del estudiante, a su lado.
3. Al tutelado dale lo que necesita y le conviene, no lo que él pida.
4. En tutoría, la burocracia y la oficialidad, a veces, son necesarias, suficientes nunca.
5. En el grupo de tutelados: suma sus posibilidades, resta las limitaciones y multiplica los esfuerzos.
6. La oración gramatical del grupo debe ser: Sujeto: nosotros, Verbo: colaboramos, Complementos: siempre, en todo y con agrado.
7. La verdadera autoridad ante el grupo no es la que nos han dado, ni la que uno ejerce, sino la que realmente merece.
8. En educación no sirven las recetas de eficacia total, escaso costo y corta duración.
9. No exijas frutos a la semilla que acabas de plantar, espera con ilusión a que crezca.
10. Esforzarse siempre por mejorar las relaciones humanas.

Bibliografía consultada

1. Gómez Gascón T, Fuentes Goñi C, Casado Vicente, V, Luque Hernández MJ, Marco García T, Martínez Pérez JA, y cols. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2004.
2. Rodríguez Salvador JJ, y cols. Anexos al Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Consejo Nacional de Especialidades Médicas, 1996.
3. Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Sánchez E. Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. FMC 2006; 13(8): 435-446.
4. La declaración de Edimburgo.
5. Diccionario de las Ciencias de la Educación, Santillana, S.A. 1983 Madrid.
6. Molina Durán F. La docencia en la práctica clínica. SemFYC. Barcelona. 1998.
7. Lizán Tudela L. La motivación en la docencia: sistemas de participación. Tribuna Docente 2004; Suplemento: 27-35.
8. Prados Torres D, Leiva Fernández F, Rosa López E, Gómez Gascón T, Viana Zulaica C, Ganoso Diz P, López Verde F, Santos de Unamuno C. Manual de aplicación del programa docente de la especialidad de MF y C. SemFYC. Barcelona. 1997.
9. Gálvez Ibáñez M, Saura Llamas J, Monreal Hajar A. Formación y docencia. En: Casado Vicente V, y cols. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Semfyc ediciones. Barcelona 2007. Págs. 29-60.
10. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? BMJ 1999; 318: 1276-1279.
11. Forés García D. ¿Son válidos los criterios actuales de acreditación docente de los centros y tutores de la especialidad de medicina de familia y comunitaria? FMC 1996; 3(6): 383-390.

LA TUTORÍA EN EL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR. ALGUNAS CONSIDERACIONES ACTUALES.

Autores: Dra. María Aurelia San Juan Bosch, vra@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Vicerrectora Académica, MSc. en Educación Superior.

Dr. Rubén Darío García Núñez, rubengn@jaqua.cfg.sld.cu, facultad de ciencias médicas de Cienfuegos, Cuba, MSc. en Educación Médica Superior.

Resumen

Fundamento: La función tutorial es parte integrante de la práctica docente y factor de calidad de la educación en el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivo: Realizar una revisión actualizada acerca de la tutoría en servicio que se lleva a cabo en el posgrado de Medicina Familiar. **Método:** se realizó una revisión bibliográfica sobre la tutoría. Se utilizaron los métodos teóricos de análisis-síntesis e inducción-deducción.

Resultados: Se revisaron los aspectos más actuales de la tutoría en servicio, así como las funciones del tutor, pudiendo constatar que aún es largo el trecho a recorrer para lograr una correcta tutoría en servicio que permita una formación integral de los posgradistas. **Conclusiones:** se ha identificado claramente la falta de concordancia entre el valor que “en teoría” se otorga a la tutoría y la “práctica” de la misma, caracterizada por su subordinación a la asistencia, la escasez de recursos y la falta de reconocimiento hacia ella lo que determinará que se trace una estrategia de formación para llevar a cabo la misma.

DeCS: tutoría, tutor, Medicina familiar y comunitaria, Educación de posgrado.

Introducción:

La tutoría es un proceso para proporcionar orientación y apoyo que se da entre docentes y estudiantes durante el periodo de formación de los estudiantes. Este apoyo se concreta mediante la atención personalizada a un alumno o a un grupo reducido de ellos por parte de docentes, cuya finalidad es la de mejorar el aprovechamiento de los tutorados y promover su desarrollo integral. (1)

La función tutorial es el ejercicio de las tareas de orientación educativa que el profesor realiza respecto a sus estudiantes. Se trata del nivel básico sobre el que vierten, fundamentalmente, las funciones de los otros niveles institucionales.

Corresponde al tutor desempeñar una serie de funciones que se traducen en un conjunto de actividades que ha de desarrollar con sus tutorados (en este caso, los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria).

El posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria que se desarrolla en el Ecuador, cuenta con la colaboración de especialistas cubanos, los cuales desempeñan el papel de tutores en los servicios por lo que la revisión de los aspectos fundamentales de este permitirán la mejoría de la tutoría por ellos realizada.

Objetivo: Realizar una revisión actualizada acerca de la tutoría en el posgrado de Medicina Familiar.

Desarrollo

I. La tutoría. Tipos de tutorías.

Existen varias clasificaciones posibles de los tipos de tutoría. Si atendemos al número de personas que incluyen, podemos hablar de tutorías individuales o grupales. Sin embargo, si clasificamos en función del medio a través del cual se realiza la tutoría, podemos hablar de tutoría presencial, cuando el orientador y el alumno están compartiendo espacio, o a distancia, en caso contrario.(2) (3)

Tutoría Individual

- El alumno recibe una atención total y personalizada por parte del orientador.
- En este tipo de tutoría el alumno ofrece información al orientador y, entre ambos deben verificarla, intercambiar ideas o puntos de vista, con el objeto de que el alumno pueda tomar buenas decisiones.
- En una tutoría individual se puede buscar la solución a un problema y establecer el plan de trabajo para solucionarlo

Tutoría Grupal

- El orientador interactúa con un grupo de estudiantes.
- Requiere más gestión.
- Promueve las actitudes sociales como los trabajos colaborativos o las exposiciones en público.
- Una tutoría grupal es una buena herramienta para intentar que varios alumnos de un mismo grupo se ayuden en la resolución de dudas. En estos casos el orientador actúa sólo si se plantean problemas que provoquen enfrentamientos.

Tutoría Presencial

- La interacción se produce cara a cara.
- En ella el estudiante obtiene orientación sobre cómo realizar una mejor gestión de sus horas de estudio y de su rendimiento académico en general.

- El estudiante se somete a un pequeño seguimiento de los pasos previamente establecidos.

El principal propósito de la tutoría es contribuir a que los tutorados reciban una formación integral; es decir, que se desarrollen en los diversos ámbitos de su vida: académico, profesional, personal, etcétera.

Ámbitos de la tutoría

✓ **Académico**

Comprende las intervenciones del tutor que inciden en el desempeño académico de los tutorados. Implica:

- la identificación de estilos de aprendizaje para el desarrollo de estrategias enfocadas en las habilidades y potencialidades de cada estudiante,
- el establecimiento de metas de aprendizaje, considerando los programas académicos que el estudiante esté cursando y sus expectativas,
- el reconocimiento de dificultades de aprendizaje y obstáculos que el alumno enfrenta a lo largo de su vida académica,
- la valoración objetiva del rendimiento escolar del alumno, así como la promoción de la autoevaluación.

Profesional

Se refiere a extender los horizontes de los tutorados para que tengan en cuenta las posibilidades de desarrollo profesional y laboral.

✓ **Personal**

En este ámbito, se orienta al tutorado con respecto a sus relaciones interpersonales más que académicas, considerando sus vínculos afectivos, situaciones familiares, intereses particulares, hobbies, etcétera. En este caso, es indispensable que el tutor valore su formación para hacer frente a estas situaciones, o bien, la pertinencia de canalizar a instancias especializadas (instituciones, otras áreas o profesionales).

II. El tutor. Concepto. Funciones.

Concepto: Es la persona capacitada y con cualidades ético, morales y espirituales capaz de sintonizar con los alumnos y acompañarlos y guiarlos hacia el desarrollo y práctica de valores y actitudes positivas que fortalezcan su vida personal y social futura. (4) (5)

Requisitos para ser un buen tutor:

- Tener voluntad y compromiso de estar cerca a los estudiantes que necesitan un espacio en que alguien pueda escucharlos y en quien puedan confiar. Para ello debe realizarse una serie de interrogantes como son: (6) (7) (8) (9)
- ✓ ¿Cómo será el proceso?
- ✓ ¿Qué voy a hacer?
- ✓ ¿Cómo serán los estudiantes?
- ✓ ¿Qué problemas y necesidades tendrán?
- ✓ ¿Cómo manejaré sus dificultades?
- Establecer un vínculo especial entre tutor y tutoreado, es una relación afectiva que va más allá de la labor académica, un vínculo que abre un nuevo espacio en el que se va a conocer al alumno en otras dimensiones, incluso orientarlo en su vida personal, por lo que se requiere confianza, comunicación, la comprensión y el respeto de ambas partes. Pero el tutor debe tratar siempre de diferenciar su

vida de la de sus alumnos a pesar de que tengan experiencias similares de vida, evitar comentar sus problemas personales.

La labor como tutores debe abocarse a:

- Conocer las inquietudes, preocupaciones, temores, interés y gustos de nuestros estudiantes.
- Comprender que cada estudiante es una persona independiente y autónoma.
- Ayudar a que tomen sus mejores decisiones.
- No pretender cambiarle la vida.
- Ser sinceros con él., incluso cuando lo que tenga que decirle sea duro y difícil de aceptar.

Cualidades del Tutor. Este rol suele aprenderse, aunque supone predisposiciones personales, entre las que se encuentran:

- Interesarse por los seres humanos y atender su problemática.
- Reconocer y respetar a cada ser humano como único y distintivo.
- Establecer empatía con el estudiante.
- Aceptar el conflicto individual, grupal e institucional como aspectos integrantes del aprendizaje.
- Capacidad de diálogo y relaciones humanas.
- Equilibrio emocional.
- Coherencia entre actitudes y principios.
- Cooperación y participación.

Capacidades requeridas por el Tutor para cumplir sus funciones.

1. Asertividad
2. Autoconocimiento.
3. Consensualidad.
4. Liderazgo.
5. Empatía
6. Proactividad.

Capacidades respecto a sus alumnos.

1. Realizar el seguimiento del desempeño y evolución personal y académica.
2. Registrar en los documentos oficiales la evolución, cuidando su confidencialidad.
3. Estar alerta para intervenir frente a problemáticas grupales o individuales que pudieran surgir.

Técnicas e instrumentos utilizados en orientación de los estudiantes.

- La observación: constituye un fenómeno espontáneo de la actividad humana que se convierte en técnica científica en la medida en que su cumplen una serie de condiciones tales como: que tenga un objetivo definido, que sea planificada sistemáticamente y esté sujeta a comprobaciones y control de validez y confiabilidad.

Elementos de la observación:

1. El observador: Es el tutor como elemento activo, competente y conocedor del educando y siempre dispuesto a registrar cualquier hecho significativo de la conducta de este.
2. El sujeto observado; es el estudiante en las diversas situaciones de su vida profesional y familiar.
3. La situación observada: son las ocasiones y momentos en que se realiza la observación. No corresponde a incidentes aislados, sino a un conjunto de acciones correspondientes como parte del desarrollo continuado del estudiante.

Objetivos de la observación

1. Procurar un medio de constatación elemental de los principales indicadores de desarrollo del educando.
2. Ofrecer esta constatación para una labor continuada de seguimiento a través del diálogo y la entrevista.

Tipos de observación.

1. Libre o esporádica.
2. Observación dirigida.
3. Observación científica. Consiste en examinar directamente algún hecho o fenómeno, teniendo un propósito expreso conforme a un plan determinado y recopilando datos de una forma sistemática, En el caso de las ciencias médicas nos referimos a la utilización del método científico o método clínico.

Tutoría en servicio en Medicina Familiar y Comunitaria.

El proceso de tutoría se considera la forma superior de enseñanza en la educación superior, de ahí la importancia que esta tiene para lograr un proceso docente educativo de calidad y por tanto la formación de profesionales con alto nivel científico y humanístico. Existen algunas universidades que no consideran a la tutoría una estrategia docente, por lo que debemos demostrar la importancia que tiene la misma para que sea considerada como tal. (10) (11)

Proceso de autoaprendizaje.

Se debe trabajar en una consulta tutorizada de la atención primaria como lo hacemos habitualmente, pues es una oportunidad única para que un profesional aprenda a desarrollar una labor de autoformación continua. Identificar las necesidades formativas, ser capaz de representar formalmente sus lagunas de conocimientos en forma de preguntas y posteriormente solucionarlas.

Las preguntas que se formula un posgradista de primer año son habitualmente de carácter general o “de fondo” (*background*), dirigidas a intentar explicar lo que le sucede al paciente, p.e. etiología más probable, epidemiología del proceso: prevalencia, incidencia, entre otros.

Van dirigidas a la enfermedad, en sus aspectos generales y contienen dos componentes:

1. Una cuestión (quién, cómo, dónde, cuándo, por qué) ligada a un verbo.
2. Una enfermedad (o una parcela de la misma).

Cuando aumenta la experiencia profesional surgen preguntas de “primer plano” (*foreground*) dirigidas a pacientes: cómo diagnosticar, establecer el pronóstico o tratar

pacientes. Se formulan con 3 o 4 componentes:

1. El paciente o problema de interés.
2. La intervención principal (diagnóstica, terapéutica...)
3. Una intervención con la que comparar –opcional-.
4. El objetivo clínico por valorar.

Conforme aumenta la experiencia profesional van disminuyendo las preguntas de fondo, pasando a ser relevantes las preguntas de primer plano. Así el final del posgrado podría equipararse a lo que sucederá a lo largo de la trayectoria del médico de familia

En el primer contacto de tutorización, en el primer año del posgrado, el esfuerzo como tutor debe ir dirigido hacia la presentación del medio y, como ayuda a su periplo de formación en el hospital, facilitarle bases bibliográficas que le permitan abordar sus preguntas background desde una visión próxima a la atención primaria. En este punto resulta especialmente positivo la rotación hospitalaria que se encuentra incluida en sus diferentes años de formación.

Al llegar a su periodo final de rotación, de R3, el estudio personal realizado ha debido permitir una formación de fondo importante, en ocasiones superando en profundidad y actualidad a la que posee el propio tutor. En términos pedagógicos se torna intenso el proceso de la resonancia cognitiva: cuando se enfrentan a una situación clínica que controlan, se produce una respuesta mental y emocional de refuerzo, que permite tomar rápidas decisiones.

Pero en el escenario de consultas de atención primaria es muy frecuente que, ante la menor especificidad de la clínica, el mayor nivel de incertidumbre, favorecido por una menor disponibilidad de métodos diagnósticos, se produce el fenómeno contrario: la disonancia cognitiva: el paciente nos reclama una formación que no poseemos. Esta respuesta emocional puede ser un poderosísimo agente motivador. Es el paso previo a cambiar los huecos de conocimientos en espacios positivos, mediante preguntas bien construidas. Y en ese momento se inicia el proceso de encontrar sus respuestas. El papel principal del tutor es ayudar a formular la pregunta (tarea nada sencilla), ayudarle a encontrar la información, evaluarla y redactar una conclusión.

En la actualidad el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información están cambiando de forma muy rápida el escenario de atención clínica y muy especialmente el ámbito de gestión del conocimiento. Durante el posgrado será responsabilidad de la tutoría potenciar la utilización de las herramientas de gestión clínica de las que dispondremos. Así mismo colaborar en el proceso de resolución de las preguntas: búsqueda de bibliografía, revisión de evidencias..., poniendo el mayor énfasis en valorar si todo este trabajo ha mejorado finalmente nuestra competencia profesional. Para ello utilizaremos también soporte web de materiales formativos y de búsqueda bibliográfica.

Elementos no asistenciales.

El año que un posgradista comparte con un tutor es lo suficientemente largo para que la toma progresiva de responsabilidad en el manejo de la consulta no sea contenido suficiente ni para tutor no para residente.

Resulta crucial que el residente integre en su modo de trabajo la labor en equipo, que busque y encuentre en este contacto el elemento diferenciador de una atención

primaria con capacidad resolutive. Debe descubrir como existen papeles complementarios entre sus distintos miembros, siendo partícipe también de los obstáculos reales que también existen.

Tanto tutor como residente han de intentar colaborar en potenciar la **capacidad investigadora** y también de generación de publicaciones de la unidad docente. Este trabajo como muchos otros han de plantearse en el seno del equipo de atención primaria. Difícilmente pueden ser resultado de iniciativas individuales. En este sentido es necesario trabajar en el mantenimiento de líneas de investigación estables, soportadas en parte por la liberación parcial de tutores y/o residentes con el apoyo continuado de la estructura docente de la unidad: coordinador y técnico de salud.

Evaluación del proceso formativo

El proceso de evaluación de un residente es muy complejo, siempre con un alto contenido subjetivo. Una de los pocos elementos objetivos que se puede aportar es la evaluación de las visitas que semanalmente se realizan sobre las que hay que soportar parte de las actividades de autoformación. En estas se recoge también otro de los elementos críticos del proceso de evaluación: la autovaloración.

Esta actividad será paralela a la que la coordinación docente proponga como metodología de evaluación periódica, en la que la opinión de los distintos tutores es muy importante.

Creemos que el mejor bagaje que puede aportarse a un posgradista es habilitarle en su capacidad de autoformarse. A este objetivo debe dirigirse fundamentalmente el proceso de tutorización.

Para finalizar quisiera compartir con ustedes, este Decálogo del tutor que proponen algunas escuelas y que se relaciona muy bien con lo que queremos lograr:

1. Completa en la tutoría lo que a la instrucción le falta.
2. No estés ni delante ni detrás del estudiante, a su lado.
3. Al tutelado dale lo que necesita y le conviene, no lo que él pida.
4. En tutoría, la burocracia y la oficialidad, a veces, son necesarias, suficientes nunca.
5. En el grupo de tutelados: suma sus posibilidades, resta las limitaciones y multiplica los esfuerzos.
6. La oración gramatical del grupo debe ser: Sujeto: nosotros, Verbo: colaboramos, Complementos: siempre, en todo y con agrado.
7. La verdadera autoridad ante el grupo no es la que nos han dado, ni la que uno ejerce, sino la que realmente merece.
8. En educación no sirven las recetas de eficacia total, escaso costo y corta duración.
9. No exijas frutos a la semilla que acabas de plantar, espera con ilusión a que crezca.
10. Esforzarse siempre por mejorar las relaciones humanas.

Conclusiones:

Se ha identificado claramente la falta de concordancia entre el valor que “en teoría” se otorga a la tutoría y la “práctica” de la misma, caracterizada por su subordinación a la asistencia, la escasez de recursos y la falta de reconocimiento hacia ella lo que determinará que se trace una estrategia de formación para llevar a cabo la misma.

Bibliografía consultada

1. Gómez Gascón T, Fuentes Goñi C, Casado Vicente, V, Luque Hernández MJ, Marco García T, Martínez Pérez JA, y cols. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2004.
2. Rodríguez Salvador JJ, y cols. Anexos al Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Consejo Nacional de Especialidades Médicas, 1996.
3. Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Sánchez E. Modelos formativos que pueden utilizar los tutores para formar residentes. FMC 2006; 13(8): 435-446.
4. La declaración de Edimburgo.
5. Diccionario de las Ciencias de la Educación, Santillana, S.A. 1983 Madrid.
6. Molina Durán F. La docencia en la práctica clínica. SemFYC. Barcelona. 1998.
7. Lizán Tudela L. La motivación en la docencia: sistemas de participación. Tribuna Docente 2004; Suplemento: 27-35.
8. Prados Torres D, Leiva Fernández F, Rosa López E, Gómez Gascón T, Viana Zulaica C, Ganso Diz P, López Verde F, Santos de Unamuno C. Manual de aplicación del programa docente de la especialidad de MF y C. SemFYC. Barcelona. 1997.
9. Gálvez Ibáñez M, Saura Llamas J, Monreal Hajar A. Formación y docencia. En: Casado Vicente V, y cols. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Semfyc ediciones. Barcelona 2007. Págs. 29-60.
10. Cantillon P, Jones R. Doescontinuing medical education in general practicemake a differentia? BMJ 1999; 318: 1276-1279.
11. Forés García D. ¿Son válidos los criterios actuales de acreditación docente de los centros y tutores de la especialidad de medicina de familia y comunitaria? FMC 1996; 3(6): 383-390.

Título: Leptospirosis a propósito de un caso. Provincia Cienfuegos.

Title: Leptospirosis in relation to a case. Cienfuegos Province

Idalmis Reyes Rodríguez^{1*}, Sahily de la Caridad Ortega Medina ², Maydel Llull Díaz³, Yoelvis Castro Bruzon⁴.

^{1*}Hospital Provincial Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba .E-mail: idalmis.reyes@gal.sld.cu

²Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba.

³ Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba.

⁴ Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba .

RESUMEN

La leptospirosis es una zoonosis, de distribución mundial, considerada como una enfermedad reemergente en nuestro país, que afecta fundamentalmente hombres jóvenes que viven o trabajan en ambientes favorecedores, en contacto con los animales que son reserva de este patógeno y se enferman en forma accidental. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, van desde formas leves a formas graves. El diagnóstico se basa en la sospecha, confirmándose con los estudios serológicos. El tratamiento es sintomático, fisiopatológico, con antibióticos y la prevención, es esencial. Presentamos un caso clínico sin duda, la fiebre en este paciente con elementos epidemiológicos compatibles, hicieron plantear la leptospirosis. Nuestro paciente presentó una leptospirosis complicada se le planteo una nefritis túbulo intersticial aguda, con insuficiencia renal aguda, elevación de los azoados y disminución del filtrado glomerular. Permaneciendo en la Unidad de Cuidados Intensivos con evolución favorable a pesar de su mal pronóstico y complicaciones. No basta solamente con que contemos con un Programa de Control de la enfermedad cuando realmente la prevención es la mejor forma de tratar esta enfermedad.

PALABRAS CLAVES: Diagnóstico, Leptospirosis, Control de foco, Prevención.

ABSTRACTS

Leptospirosis is a zoonosis, worldwide distributed, considered as a re-emerging disease in our country, which mainly affects young men who live or work in favorable environments, in contact with animals that are reservoir of this pathogen and fall ill accidentally. The clinical manifestations are nonspecific, ranging from mild to severe forms. The diagnosis is based on suspicion, confirmed by serological studies. The treatment is symptomatic, pathophysiological, with antibiotics, and prevention is essential. We present a clinical case without doubt, the fever in this patient with compatible epidemiological elements, made raise the leptospirosis. Our patient presented a complicated leptospirosis; acute interstitial tubuloephritis nephritis was presented, with acute renal failure, elevated azoteles and decreased glomerular filtration rate. He remained in the Intensive Care Unit with favorable evolution despite his poor prognosis and complications. It is not enough just to have a disease control program when prevention is really the best way to treat this disease.

Keywords: Diagnosis, Leptospirosis, Focus control, Prevention.

INTRODUCCIÓN

La Leptospirosis es una zoonosis, enfermedad bacteriana que afecta a los humanos y los animales. Es causada por la bacteria del género *Leptospira* de distribución mundial tanto en áreas urbanas como rurales. Este padecimiento es subregistrado en muchos países debido a la dificultad del diagnóstico clínico y la carencia de diagnóstico de laboratorio. Se estima globalmente que 10 millones se infectan de Leptospirosis cada año y es difícil estimar exactamente cuántos de ellos mueren por este padecimiento, en gran medida por que los decesos ocurren en países donde las muertes no son sujetas a notificación rutinaria ¹.

Es principalmente endémica en países con clima tropical y subtropical con amplio potencial epidémico. Se presenta frecuentemente con picos estacionales, algunas veces en brotes y está asociada con cambios climáticos principalmente inundaciones, inadecuadas condiciones de higiene y la ocupación o actividades recreativas ².

La Leptospirosis presenta una frecuencia estacional, incrementándose con el aumento de lluvia y con ocurrencias de epidemias asociadas con cambios en el comportamiento humano, contaminación del agua con animales o aguas residuales, cambios en la densidad de los reservorios animales, o a partir de un desastre natural como ciclones o inundaciones causada por una bacteria llamada leptospira. *Leptospira interrogans* es patogénica para los hombres y los animales, con más de 200 variedades serológicas o serovariedades ³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasifica como enfermedad tropical desatendida, estimando una incidencia de 5.1 casos/100 000 personas en áreas endémicas y 14 casos/100 000 personas en epidemias ³.

En Cuba la leptospirosis humana tiene un comportamiento endemo-epidémico por ubicarse en el área tropical, existen factores como el clima, el relieve, los diferentes fluviales naturales y artificiales, las extensas áreas agrícolas, los regímenes lluviosos en determinadas épocas del año, la crianza de animales domésticos, el fomento del perfil agropecuario, el número de trabajadores incorporados de forma temporal y permanente a estas tareas, la deficiente higiene ambiental imperante, dada la inestabilidad en la recogida de los desechos sólidos, los cambios climáticos que afectan a la isla como parte del ecosistema que han favorecido la propagación de la leptospirosis en el hombre y los animales ⁴.

. En el presente trabajo hacemos la presentación de un caso con clínica y epidemiología remitido de su área de salud al hospital provincial Gustavo Aldereguia Lima en nuestra provincia de Cienfuegos.

CASO CLINICO

Paciente de, 50 años de edad, masculino, blanco, procedente del municipio de Cienfuegos, área urbana, con antecedentes de salud aparente que llega remitido de su área de salud, por presentar fiebre elevada de 39 C de 5 horas de evolución, acompañada de escalofríos, dolor muscular intenso y mantenido, se recoge al interrogatorio que se dedica a limpiar patios donde lo llamen. Refiere dolor abdominal. No síntomas de la esfera respiratoria. No cefaleas, excepto durante el ascenso de temperatura. Se sospecha una leptospirosis, se realizan complementarios urgentes y se ingresa en la UCIP el día 16 de octubre del 2017.

EXAMEN FÍSICO:

Lúcido, dolorido.

Piel y mucosas .Húmedas e Ictéricas. Dolor a la palpación de masas musculares.

A. Respiratorio. Murmullo vesicular conservado. No estertores. Fr 17X´.

ACV. Ruidos cardiacos rítmicos y taquicardia.

Abdomen. Suave, depresible, doloroso a la palpación en región epigástrica.

SNC: Consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos ni de focalización neurológica.

TCS. No infiltrado.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

Hemograma Hb 11,5gr/dl 12. Leucocitos 12.96×10^9 , st 0,00 segmentados 0,94, eosinófilos 0,00, monocitos 0,00 linf 0,06, eritrosedimentación 60 ,glicemia 6,1 mmol/l. Creatinina 354 TGP .32, TGO 106, GGT 84 ,FAL .187, Amilasa 506, lamina periférica Normocromia, Normocitosis, leucocitosis moderada con neutrofilia, gránulos tóxicos, vacuolas citoplasmáticas. Desviación a la izquierda (stab juveniles) Trombocitopenia marcada, Acido úrico 342, Urea 22,70. Ionograma: Na 130 miliEq/l K 4 miliEq/l Cl 105 miliEq/l. Proteína C reactiva cualitativa positiva, Test de Leptospira 1er suero (fecha) 16/10/2017_ 2do suero (fecha)_ 27/10/2017. Negativo.

Permanece en la UCI con sepsis grave ,con insuficiencia renal aguda, hemoptisis, se realiza medulocultivo sin crecimiento bacteriano, Ultrasonido abdominal negativo , Orina proteinuria y cilindros hialinos y granulosos, se cierra el caso como una leptospirosis complicada, se le plantea una nefritis túbulo intersticial aguda, con insuficiencia renal aguda, elevación de los azoados y disminución del filtrado glomerular, por debajo de 15ml /min/1,73m². Fueron 14 días de estadía en

la UCIP con tratamiento antimicrobiano Meropenem (1g) EV, diuréticos y después trasladado a la sala de nefrología se agregó al tratamiento con Alupurinol 100 mg cada 8 horas, con una hiperuricemia importante aun con 20 días de evolución hasta su egreso día 8 de noviembre del 2017 con seguimiento por consulta de enfermedad Renal crónica avanzada. Felizmente a pesar de las complicaciones el paciente evoluciono favorablemente y fue salva su vida.

DISCUSION.

La leptospirosis se presenta en todo el mundo, es más común en zonas de clima tropical o subtropical.

Aproximadamente el 90 % de los casos de enfermedad sintomática se presenta como una enfermedad no específica aguda y febril, mientras que cerca del 10 % de los casos evoluciona a una enfermedad grave y potencialmente mortal, con disfunción multiorgánica. La enfermedad puede ser bifásica: el paciente se recupera brevemente de un caso leve, pero luego presenta una enfermedad más grave. Los síntomas pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, mialgia (típicamente en las pantorrillas y la parte baja de la espalda), sufusión conjuntival, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, tos y, a veces, sarpullido. Los síntomas graves pueden incluir ictericia, insuficiencia renal, hemorragia (especialmente pulmonar), meningitis aséptica, arritmias cardiacas, insuficiencia pulmonar y colapso hemodinámico. La insuficiencia renal y hepática combinada, asociada a la leptospirosis, se conoce como enfermedad de Weil. La leptospirosis durante el embarazo puede causar complicaciones fetales, incluso la muerte del feto o un aborto espontáneo. La tasa de mortalidad entre los casos de leptospirosis diagnosticados es aproximadamente del 5 al 15 % entre los pacientes con enfermedad grave. En los pacientes con síndrome pulmonar hemorrágico grave, la tasa de mortalidad entre los casos diagnosticados puede superar el 50 %.^{5,6}

En este caso el daño renal, se asocia a la migración de leptospiras a través del riñón y está presente en un 40% de las formas graves como esta descrito en la literatura. Los elementos hemorrágicos que estuvieron presentes son frecuentes en cualquiera de las formas clínicas y se evidencia trombocitopenia como es nuestro caso, en el 50 % o más de las veces, asociada a una forma grave de la enfermedad con fallo renal.

Las manifestaciones clínicas de la Leptospirosis son consecuencia de los daños provocados en la capa endotelial de pequeños vasos sanguíneos por mecanismos poco entendidos todavía. Todos los órganos internos pueden ser afectados, lo que explica el amplio rango de manifestaciones clínicas, por ejemplo: nefritis intersticial, tubular, lesiones glomerulares y vasculares en riñones que determinan la uremia y la oliguria/anuria; daño vascular de capilares hepáticos, en ausencia de necrosis hepato celular, causando la ictericia, inflamación de las meninges causando dolor de cabeza, cuello rígido, confusión, psicosis, delirio, formando todo esto parte de la patogenia de la enfermedad⁷. Presentes en nuestro paciente solo que no existió toma a nivel de meninges ni SNC.

Es importante tener claro que cualquier serovar puede causar enfermedad leve o grave dependiendo del huésped y también de la dosis infectante. Para un diagnóstico correcto deben utilizarse los elementos clínicos, epidemiológicos y paraclínicos, recordando que el laboratorio es un apoyo para la confirmación de la sospecha. Los hallazgos de laboratorio en las muestras de este paciente hospitalizado mostraron tasas elevadas de sedimentación eritrocítica, trombocitopenia, leucocitosis, hiperbilirrubinemia y niveles elevados de creatinina sérica, creatinina quinasa y amilasa sérica.⁸

En los pacientes sospechosos, se sugiere realizar los exámenes para confirmar o no estas alteraciones a lo que se debe agregar un examen de orina que frecuentemente muestra hematuria, proteinuria y cilindros hialinos y granulados, aún en ausencia de otros paraclínicos de insuficiencia renal como azoemia y creatinina. Es frecuente la hiperuricemia.

Estas formas graves de la leptospirosis, requieren hospitalización y tratamiento especializado, generalmente en servicios de Cuidados Intensivos, pues estos pacientes necesitan monitorización continua del equilibrio ácido básico e hidroelectrolítico y otros tratamientos de sostén, como son la hemoperfusión, Hemodiálisis, plasmaféresis, ventilación mecánica, drogas vasoactivas, y hemoderivados, además de antibióticoterapia. Se ha señalado que el tratamiento con antimicrobianos es más eficaz si se comienza antes del quinto día a partir del inicio de los síntomas, pues coincide con la fase leptospirémica de la enfermedad.⁹

El pronóstico de la leptospirosis generalmente es bueno. La edad avanzada y la presencia de ictericia, trombocitopenia con manifestaciones hemorrágicas e insuficiencia renal son datos de mal pronóstico. La mortalidad varía, según las series, entre el 2,2 y el 9,7%. La enfermedad puede tener un curso agudo, subagudo y crónico. Una vez superada la enfermedad, en general no quedan lesiones residuales, ni siquiera en los pacientes con insuficiencia renal.¹⁰

En la leptospirosis las medidas de control sobre el medio ambiente son de gran valor como la higienización y desratización, el control de la calidad del agua de las piscinas que se obtienen de ríos y embalses, control de los perros abandonados, drenajes de terrenos bajos, prohibir la natación en ríos, arroyos o embalses de agua dulce que puedan estar contaminados con residuales pecuarios.¹¹ El actual deterioro de las condiciones higiénico sanitarias debido a la difícil situación socioeconómica, unido a la tenencia y crianza de los animales en zonas urbanas y suburbanas sin cultura para estos cuidados, han constituido condiciones favorables para la incidencia de la enfermedad. Es sobre esta situación donde se deben centrar todas las acciones educativas, la despenalización y aplicación de la inmunización antileptospirósica para intervenir y modificar el cuadro epidemiológico.¹²

CONTROL DE FOCO

- Se le informa cuando el paciente es ingresado a la UMHE, IMV del caso sospechoso
- Se comienza la pesquisa activa en toda la Manzana 451 del Área III, Municipio Cienfuegos
- Se realiza la Encuesta Epidemiológica a nivel del área de salud.
- Quimioprofilaxis: 3 paciente intradomiciliario (esposa, dos hijos mayores de 13 años)
- Se realiza saneamiento canino (15 caninos) en toda el Consejo Popular Juanita II
- Saneamiento ambiental
- Desratización de 48 viviendas
- Audiencia Sanitaria por el EBS en el Centro de Trabajo y con la población del CMF # 6: 15 participantes
- No tiene animales en la casa.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas de prevención están dirigidas a proteger por un lado al hombre de la infección y por otro a los animales.¹³

Se llena encuesta epidemiológica. (Anexo 1). En el área urbana se recomiendan acciones para controlar los roedores que son la principal fuente de infección. Correcta disposición, colecta y eliminación de residuos, drenajes de cursos de agua que puedan provocar inundaciones, agua por cañería. Eliminación adecuada de residuos líquidos y agua de lluvia, limpieza de los domicilios que se inundan con hipoclorito, vacunación de los perros. Educación sobre las formas de adquirir la enfermedad y como evitarla. Vigilancia de las poblaciones de riesgo (asentamientos, recolectores de basura, hurgadores, sanitarios, veterinarios).¹⁴

La labor que realiza el médico de la atención primaria con la identificación de los grupos de riesgo ya sea por exposición mantenida por la labor que realizan o por exposición eventual, es de gran valor para actuar en la prevención de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La leptospirosis es una zoonosis, endémica, reemergente en nuestro país, que afecta fundamentalmente hombres jóvenes que viven o trabajan en ambientes favorecedores, en contacto con los animales que son reserva de este patógeno y se enferman en forma accidental. Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, tienen un inicio clínico similar e inespecífico como fiebre, cefaleas, mialgias, erupción y ocasionalmente hemorragia pueden corresponder a múltiples afecciones tales como leptospirosis, hantavirus, fiebre amarilla, dengue, entre otras y se agrupan bajo la denominación de síndrome febril, definiendo como tal, la fiebre igual o mayor a 38°C de menos de 7 días de duración, sin otro foco aparente.¹⁵

Sin duda, la fiebre en un paciente con elementos epidemiológicos compatibles, debe hacer plantear la leptospirosis, realizar la denuncia de sospecha, los exámenes para confirmar la presencia de anticuerpos con la técnica de ELISA y si es posible el serovar responsable de la enfermedad con MAT(prueba de aglutinación microscópica) y aquellos que nos permitan valorar el compromiso a nivel hematológico y de diferentes órganos, e iniciar el tratamiento sintomático, de apoyo de funciones vitales cuando sea necesario y antibióticos betalactámicos¹⁶.

No basta solamente con que contemos con un Programa de Control de la enfermedad y que se trabaje con los grupos riesgo con una dispensarización y orientación sobre las medidas de prevención de la enfermedad, sino que también se debe actuar sobre el medio, ese que hoy está siendo más afectado por el accionar inconsciente del propio hombre¹⁷. La prevención es la mejor forma de tratar esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Leptospirosis [Internet]. 2013 [citado 15 Mar 2017] Disponible en: www.dgepi.salud.gob.mx

2-Hamond C, Martins G, Lawson Ferreira R, Medeiros MA, Lilenbaum W. The role of horses in the transmission of leptospirosis in an urban tropical area. *Epidemiol Infect.* 2013; 141(1): 33-5.

3- Fernández Pedroso MC, Arencibia Zamora DL, Rodríguez Fernández M. Nivel de información sobre leptospirosis de la población del consejo popular "Osvaldo Herrera" de Santa Clara. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2013 [citado 15 Mar 2016]; 17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000200006

4-Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Leptospirosis humana: guía para el diagnóstico, vigilancia y control. Washington DC: OMS/OPS; 2008 [citado 15 Mar 2016]. Disponible en: www.med.monash.edu.au/microbiology/staff/adler/guia-esp.pdf

5-Organización Panamericana de la Salud. Leptospirosis Notas Descriptivas; Abril 2017. Disponible en: <http://leptospirosis/Leptospirosis-hoja-informativa-abril-2017.pdf>

6-LEPTOSPIROSIS. Hoja informativa para médicos [Internet]; Enero 2018 [citado 20 Mar 2018]. Disponible en : <https://www.cdc.gov/leptospirosis/pdf/fs-leptospirosis-clinicians-esp-us-508.pdf>

7-. World Health Organization. Report of the second meeting of the Leptospirosis Burden Epidemiology Reference Group. 2011 [citado 2 Mar 2018] . Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501521_eng.pdf.

8. Verdasquera Corcho D. Leptospirosis humana: un abordaje de su epidemiología en Cuba [tesis]. La Habana: IPK; 2011 [citado 2 Oct 2016]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/315/1/denis_verdasquera.pdf

9. Yocelyn Guerrero M.I. LEPTOSPIROSIS: REVISIÓN DEL TEMA A PROPÓSITO DE DOS CASOS. UTESA; 2012

10- Organización Mundial de la Salud .Leptospirosis ; 2012 [citado 2 Oct 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7377%3A2012-leptospirosis-informacion-detallada&catid=4784%3ALeptospirosis-contents&Itemid=39617&lang=es

11 -El gobierno inicia esfuerzo educativo para prevenir la leptospirosis. ELNUEVODIA [Internet]. Abril 2017 [citado 2 Mar 2018]. Disponible en :<https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/elgobiernoiniciaesfuerzoeducativoparaprevenirlaleptospirosis-2365041>

12- Reyes González ME. [Reporta Fiji 166 casos de leptospirosis en cuatro meses](http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2016/05/08/reporta-fiji-166-casos-de-leptospirosis-en-cuatro-meses/). Boletín de Prensa Latina [Internet]. 8 mayo 2016 [citado 2 Mar 2018]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2016/05/08/reporta-fiji-166-casos-de-leptospirosis-en-cuatro-meses/>

13-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de la Leptospirosis Humana [Internet]. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1997 [citado 22 Nov 2013]. Disponible en: <http://file.sld.cu/sida/file2012/01/programa-leptospirosis.pdf>

14- Castell Florit P. La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública [Internet]. La Habana: ENSAP; 2003 [citado 6 Oct 2015]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

15 Suárez Conejero AM, Otero Morales JM, Cruillas Miranda S, Otero Suárez M. Prevención de leptospirosis humana en la comunidad. Rev Cubana Med Mil. 2015 [citado 15 Mar 2016]; 44(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000100010

16-Obregón Fuentes AM, Rodríguez Y. IV Curso- Taller Internacional. espiroquetasHaban 2016. rev cubana med tropical .2017:69

17- Artigas Pérez E, Ramos Rodríguez AE, Vargas Rodríguez H. La participación comunitaria en la conservación del medioambiente: clave para el desarrollo local sostenible. Rev DELOS: Desarrollo Local Sostenible [Internet]. 2014 [citado 3 Oct 2015];(21):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/delos/21/Conservación.html>

HUMAN LEPTOSPIROSIS: AN EPIDEMIOLOGIC APPROACH FROM ENVIRONMENTAL FACTOR

LEPTOSPIROSIS HUMANA UN ABORDAJE EPIDEMIOLOGICO DESDE LOS FACTORES AMBIENTALES

Sahily de la Caridad Orterga Medina^{1*}, MaydelLlul Diaz², Idalmis Reyes Rodriguez³, Yoelvis Castro Bruzon⁴, Yaneisi Rodriguez Cabrera⁵

^{1*}Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba. E-mail: sahilyom661017@jagua.cfg.sld.cu

^{2*}Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba.

³.Hospital Provincial Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

⁴.Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba. Cienfuegos, Cuba.

⁵.Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba. Cienfuegos, Cuba.

ABSTRACTS

Introduction: The human leptospirosis is zoonotic disease with worldwide distribution, frequently present a difficult diagnosis because have a wide spectrum of clinical manifestations. The way the human being can become sick is related to the natural environment and its quality.

Objective: To describe epidemiological aspects of leptospirosis and the influence of environmental factors on the disease incidence.

Methods: A bibliographic review was carried out considering the disease's clinical forms, diagnosis and preventive treatment, as well as the influence of environmental factors on the disease incidence

Conclusions: At present the diagnosis of the human leptospirosis continues being a challenge, your characteristic common clinics with other illnesses does what in occasion pasen inadvertent, still when the physician of attendance suspects it the confirmation of the laboratorio it is difficult above all if the techniques of diagnosis it is not employed in the opportune moment. So ancient methods as the cross-examination and the physical examination is indispensable to establish the opportune diagnosis of the leptospirosis, of this depends the appropriate handling of the patient and in many cases your life. It what is important

the physician of attendance it masters the availability for service of diagnostic media and the appropriate moment to employ them.

Key words: leptospirosis; environment; environmental factors; susceptible host.

RESUMEN

La leptospirosis humana es una enfermedad zoonótica de distribución mundial, con frecuencia subdiagnosticada por presentar un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La vía por la que el hombre puede enfermar está relacionada con el medio natural y su calidad.

Objetivo: Describir aspectos epidemiológicos de la leptospirosis y la influencia de los factores ambientales en la incidencia de la enfermedad.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica relacionada con las formas clínicas de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento preventivo, así como la influencia de los factores ambientales en la incidencia de la enfermedad

Conclusiones :En la actualidad el diagnóstico de la leptospirosis humana continúa siendo un reto, sus características clínicas comunes con otras enfermedades hacen que en ocasiones pase inadvertida; aun cuando el médico de asistencia la sospeche, la confirmación de laboratorio es difícil, sobre todo si las técnicas de diagnóstico no se emplean en el momento oportuno. Métodos tan antiguos como el interrogatorio y el examen físico son imprescindibles para establecer el diagnóstico oportuno de la leptospirosis, de esto depende el manejo adecuado del paciente y en muchos casos su vida. Es importante que el médico de asistencia domine la disponibilidad de medios diagnósticos y el momento adecuado para emplearlos.

Palabras clave: leptospirosis; medio ambiente; factores ambientales; huésped susceptible.

INTRODUCCIÓN

La leptospirosis es una enfermedad zoonótica de distribución mundial, a menudo subdiagnosticada por presentar un cuadro clínico inespecífico con un amplio espectro de manifestaciones clínicas que oscilan desde una infección inaparente hasta una enfermedad fulminante y mortal conocida como síndrome de Weil, constituye una de las zoonosis más diseminadas en el mundo.¹ El hombre la puede adquirir usualmente al entrar en contacto la piel lesionada o las mucosas, con aguas contaminadas con la orina de animales portadores, principalmente roedores.¹

Louis Landouzy, en 1883, fue el primero en reconocer y describir la leptospirosis humana como una entidad clínica distinta; tres años más tarde *Adolf Weil* observó en trabajadores agrícolas, fiebre, ictericia, hemorragia, insuficiencia hepática y renal y posteriormente, en 1888 se le llamó Enfermedad de *Weil* en honor a tan destacado investigador, quien la caracterizó como una enfermedad grave de alta mortalidad.²

En la historia de la humanidad se describen numerosas enfermedades que han influido negativamente sobre la supervivencia del hombre. Dentro de ellas, merece especial mención la leptospirosis, considerada históricamente la zoonosis de mayor difusión internacional y que mayores daños ha provocado desde el punto de vista económico y social.²

La leptospirosis ocurre mundialmente pero es endémica principalmente en países con climas húmedos subtropicales y tropicales. Estimaciones indican que hay más de 500,000 casos mundiales de leptospirosis anualmente. Es una enfermedad de potencial epidémico, principalmente después de lluvias fuertes o inundaciones. Se han registrados brotes en Brasil, Nicaragua, Guyana y en varios otros países de América Latina; aunque se han descrito casos en la mayoría de los países de las Américas. La mayoría de casos registrados tienen una manifestación severa, por lo cual mortalidad es mayor de 10%.³

En Cuba la leptospirosis humana tiene un comportamiento endemo-epidémico por ubicarse en el área tropical, existen factores como el clima, el relieve, los diferentes fluviales naturales y artificiales, las extensas áreas agrícolas, los regímenes lluviosos en determinadas épocas del año, la crianza de animales domésticos, el fomento del perfil agropecuario, el número de trabajadores incorporados de forma temporal y permanente a estas tareas, la deficiente higiene ambiental imperante, dada la inestabilidad en la recogida de los desechos sólidos, los cambios climáticos que afectan a la isla como parte del ecosistema que han favorecido la propagación de la leptospirosis en el hombre y los animales⁴.

El médico y la enfermera de la familia, tienen una amplia participación en las actividades del Programa Nacional de Prevención y Control de la leptospirosis,

que se resumen en ingreso domiciliario de los casos leves, identificación de nuevos grupos de riesgo, dispensarización del personal expuesto, control (quimioprofilaxis con doxiciclina, revitalización de la vacunación antileptospirosica, desratización y control de animales domésticos), además de la capacitación del personal médico y paramédico, la atención médica oportuna y con calidad de los casos sospechosos y la educación sanitaria.⁵

OBJETIVO

Describir aspectos epidemiológicos de la leptospirosis y la influencia del entorno en la incidencia de la enfermedad.

MÉTODOS

Para su diseño se ejecutó una revisión bibliográfica y documental de artículos, libros, resoluciones, normas y procedimientos sobre los aspectos epidemiológicos de la leptospirosis, abordando las formas clínicas de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento preventivo, así como la influencia de las determinantes del estado de salud en la incidencia de la enfermedad basadas precisamente en la existencia de los factores ambientales y el modo y estilo de vida de los individuos expuestos y no expuestos al riesgo de contraer la enfermedad .

DESARROLLO

Aspectos epidemiológicos de la leptospirosis

La leptospirosis es una enfermedad infecciosa que forma parte del grupo de enfermedades zoonóticas, es de amplia distribución mundial; sin embargo, la mayor cantidad de serogrupos se encuentran en regiones tropicales y subtropicales. Es conocida también como: enfermedad de Weil, fiebre icterohemorrágica, fiebre de cieno, meningitis de los porqueros, fiebre canícola, enfermedad de Stuttgart, leptospirosis porcina, fiebre de los sembradores de arroz, fiebre de los sembradores de pangola y otros nombres locales.⁶

La leptospirosis es una enfermedad causada por bacterias espiroquetas del género *Leptospira*. Hay 10 especies patógenas y más de 250 serotipos patógenos. Aunque la leptospirosis se presenta en todo el mundo, es más común en zonas de clima tropical o subtropical. Se estima que anualmente se producen más de 1 millón de casos a nivel mundial, incluidas casi 60 000 muertes. En los Estados Unidos, se reportan aproximadamente entre 100 y 150 casos de leptospirosis al año. Puerto Rico reporta la mayoría de los casos, seguido de Hawái. Los brotes de leptospirosis tienden a producirse después de lluvias torrenciales o

inundaciones en áreas endémicas, especialmente en zonas con malas condiciones sanitarias y de vivienda. ⁷Las leptospiras se propagan a través de la orina de animales infectados (roedores, perros, ganado, cerdos, caballos, animales silvestres). Estas bacterias pueden sobrevivir desde semanas hasta meses en el agua y la tierra contaminadas con orina. Las personas se pueden infectar a través de lo siguiente: » Contacto directo con la orina o los líquidos del aparato reproductor de animales infectados. » Contacto con agua contaminada con orina (agua de inundación, ríos, arroyos, agua de alcantarilla) y tierra mojada. » Ingestión de alimentos o agua contaminados por orina o por agua contaminada con orina. La transmisión ocurre a través de las membranas mucosas, la conjuntiva y cortes o abrasiones en la piel.

Se consideran grupos de riesgos al personal que trabaja con animales o sus productos y a los que laboran en un medio ambiente contaminado como: ganaderos, veterinarios, trabajadores del matadero y de cochiqueras, procesadores de pescado y de aves, trabajadores agrícolas, especialmente los cañeros y de los arrozales, los que laboran en las canteras, mineros, espeléologos, constructores, trabajadores del alcantarillado y de las pisciculturas, servicios comunales y temporalmente expuestos a riesgo los militares en campaña y las movilizaciones agrícolas. En condiciones accidentales bañistas y excursionistas expuestos a fuentes de agua dulce naturales o artificiales ⁸

Manifestaciones clínicas

El periodo de incubación es de 2 a 30 días; la mayoría de los casos de enfermedad se producen 5 a 14 días después de la exposición. Se cree que la mayoría de las infecciones son asintomáticas. Aproximadamente el 90 % de los casos de enfermedad sintomática se presenta como una enfermedad no específica aguda y febril, mientras que cerca del 10 % de los casos evoluciona a una enfermedad grave y potencialmente mortal, con disfunción multiorgánica infectadas. ^{8,9,10}

La Leptospirosis es considerada típicamente una enfermedad bifásica, con una fase inicial, septicémica o leptóspirémica de 7 a 10 días de duración, en la cual se aíslan las leptospiras en la sangre y el LCR, una segunda fase, inmune o leptospiúrica, en la que se aísla el microorganismo en la orina, y desaparece la leptospira del organismo, con la excepción de la cámara anterior del ojo y del riñón. Se detectan los anticuerpos a partir del día 5 y puede prolongarse durante meses. Sin embargo, su comportamiento clínico suele ser monofásico, bien porque en las formas leves la segunda fase sea clínicamente breve o inexistente, o bien porque en las formas graves las fases se funden, en una expresión continua de los diferentes síntomas y signos. ^{11,12}

La enfermedad puede tener un curso agudo, subagudo y crónico.

Diagnóstico clínico:

Generalmente, la enfermedad se presenta en cuatro categorías clínicas amplias:

- I. Una enfermedad leve con los síntomas de tipo gripal;
- II. Síndrome de Weil caracterizado por ictericia, falla renal, hemorragia y miocarditis con arritmias;
- III. Meningitis/meningo encefalitis;
- IV. Hemorragia pulmonar con falla respiratoria.

Características clínicas más frecuentes: Fiebre; dolor de cabeza, mialgia (en particular en el músculo de la pantorrilla), infección conjuntival, ictericia; mal estar general entre otros síntomas/signos. Período de incubación: 5-14 días, con un rango de 2-30 días; o Fácilmente confundido con otras enfermedades comunes en los trópicos, como el dengue y otras fiebres hemorrágicas.¹³ El diagnóstico de la leptospirosis debe ser considerado en cualquier paciente que presente fiebre súbita, escalofríos, inyección conjuntival, dolor de cabeza, mialgia e ictericia; o Historia de exposición ocupacional o recreacional a animales infectados o a un ambiente posiblemente contaminado con orina de animales.⁴

El diagnóstico es generalmente basado en la serología junto con una presentación clínica y datos epidemiológicos (antecedentes de posible exposición, presencia de factores de riesgo). La prueba de aglutinación microscópica (MAT por su sigla en inglés) y el inmunoensayo enzimático o enzimoimmunoanálisis (ELISA) son dos pruebas serológicas utilizadas para el diagnóstico de laboratorio de leptospirosis. Por su alta sensibilidad y bajo costo se recomienda el uso de la IgM-ELISA, la cual detecta la IgM incluso antes que la prueba MAT.¹⁴

La labor que realiza el médico de la atención primaria con la identificación de los grupos de riesgo ya sea por exposición mantenida por la labor que realizan o por exposición eventual, es de gran valor para actuar en la prevención de la enfermedad. Las medidas se toman sobre los tres elementos que forman parte de la cadena de transmisión; agente y reservorio (enfermos y portadores), vía de transmisión y huésped susceptible. Los médicos y personal vinculado a los servicios de salud deben ser informados sobre los síntomas de la leptospirosis, factores de riesgo, pruebas diagnósticas y estrategias terapéuticas

Una educación generalizada de la comunidad puede ayudar en gran medida para la identificación de factores de riesgo, la prevención de la enfermedad, la reducción de la duración de la enfermedad y su severidad a través del reconocimiento temprano de los síntomas sospechosos¹⁵

Los factores ambientales que influyen en la incidencia de la enfermedad

Existe un consenso entre todos los estudiosos de este tema al afirmar que los determinantes de la salud de las poblaciones son un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y las comunidades.

Los factores ambientales o del entorno, y más concretamente los físicos y sociales, según plantean los expertos, tiene una influencia clave en la salud, tal es el caso de los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo, calidad del aire y del agua).¹⁶ Esto se debe a que la interrelación dinámica de los factores ambientales con el individuo, bien sean generados por factores naturales o antropogénicos pueden influir de forma negativa favoreciendo las condiciones para la aparición de enfermedades infecciosas. El nexo entre la salud humana y el ambiente ha sido reconocido desde hace mucho tiempo. Sin lugar a dudas, la salud humana depende de la voluntad y la capacidad de una sociedad para mejorar la interacción entre la actividad humana y el ambiente químico, físico y biológico. Esto debe hacerse de manera que promueva la salud humana y prevenga la enfermedad, manteniendo el equilibrio y la integridad de los ecosistemas, y evitando comprometer el bienestar de las futuras generaciones.¹⁷

Para que se constituya un foco de leptospirosis es necesario que, además de los animales portadores, existan condiciones ambientales idóneas para la supervivencia del agente causal en el medio exterior. Entre estos factores podemos citar un alto grado de humedad ambiental, pH neutro o ligeramente alcalino, una temperatura elevada, la composición fisicoquímica y biológica del suelo (población microbiana), precipitaciones abundantes, así como también terrenos bajos, anegadizos, receptáculos naturales o artificiales de agua dulce (arroyo, lagunas, embalses y otros) que son favorables para que prolifere la contaminación; el agua salina, sin embargo, le resulta deletérea. Todo esto contribuye a que el hombre se pueda enfermar y las regiones tropicales sean áreas endémicas de leptospirosis.¹⁸ La ecología de la leptospirosis involucra una compleja interacción entre los seres humanos, los reservorios animales, el agente etiológico y el medioambiente donde coexisten;. En la leptospirosis las medidas de control sobre el medio ambiente son de gran valor como la higienización y desratización, el control de la calidad del agua de las piscinas que se obtienen de ríos y embalses, control de los perros abandonados, drenajes de terrenos bajos, prohibir la natación en ríos, arroyos o embalses de agua dulce que puedan estar contaminados con residuales pecuarios.

El actual deterioro de las condiciones higiénico sanitarias debido a la difícil situación socioeconómica, unido a la tenencia y crianza de los animales en zonas urbanas y suburbanas sin cultura para estos cuidados, han constituido condiciones favorables para la incidencia de la enfermedad. Es sobre esta situación donde se deben centrar todas las acciones educativas, la despenalización y aplicación de la inmunización antileptospirósica para intervenir y modificar el cuadro epidemiológico.¹⁹ No basta solamente con que contemos con un Programa de Control de la enfermedad y que se trabaje con los grupos riesgo con una dispensarización y orientación sobre las medidas de prevención de la enfermedad, sino que también se debe actuar sobre el medio, ese que hoy está siendo más afectado por el accionar inconsciente del propio hombre.

CONCLUSIONES:

En la actualidad el diagnóstico de la leptospirosis humana continúa siendo un reto, sus características clínicas comunes con otras enfermedades hacen que en ocasiones pase inadvertida; aun cuando el médico de asistencia la sospeche, la confirmación de laboratorio es difícil, sobre todo si las técnicas de diagnóstico no se emplean en el momento oportuno. Métodos tan antiguos como el interrogatorio y el examen físico son imprescindibles para establecer el diagnóstico oportuno de la leptospirosis, de esto depende el manejo adecuado del paciente y en muchos casos su vida. Es importante que el médico de asistencia domine la disponibilidad de medios diagnósticos y el momento adecuado para emplearlos así como tomar medidas de prevención relacionadas con la enfermedad, debido a que el agente causal utiliza el medio ambiente natural o creado por el hombre con condiciones favorables para sobrevivir y pasar al hospedero.

La Leptospirosis en la actualidad, constituye un problema de salud mundial y nacional, por lo que debemos aunar esfuerzos, en aras de disminuir su morbilidad y mortalidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Verdasquera Corcho D. Factores climáticos y transmisión de la leptospirosis en Cuba. *RevBiomed*. 2007;18(1):77.
- 2 Ansdell V. *Leptospirosis*. En: Jong, E; Stevens, D, eds. *Netter's Infectious Diseases*. New York: Saunders Elsevier; 2012: 425-429.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Leptospirosis Humana: Guía para el Diagnóstico, Vigilancia y Control [Internet]; 2008. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/WHO-Guia-Lepto-2003-Spa.pdf>
- 4 Organización Panamericana de la Salud. Leptospirosis Notas Descriptivas; Abril 2017. Disponible en: <http://leptospira/Leptospirosis-hoja-informativa-abril-2017.pdf>
- 5 Watt G. *Leptospirosis*. En: McGill A, Ryan , Hill D, Solomon T, eds. *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases*. 9th ed. New York: Saunders Elsevier; 2013: 597-601.
- 6 Verdasquera Corcho D. Leptospirosis humana: un abordaje de su epidemiología en Cuba [tesis]. La Habana: IPK; 2011 [citado 2 Oct 2016]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/315/1/denis_verdasquera.pdf
- 7 LEPTOSPIROSIS Hoja informativa para médicos [Internet]. 2018 ene [citado 20 Mar 2018]Disponible en : <https://www.cdc.gov/leptospirosis/pdf/fs-leptospirosis-clinicians-esp-us-508.pdf>
- 8 Ansdell V. *Leptospirosis*. En: Jon, E, Stevens D, eds. *Netter's Infectious Diseases*. New York: Saunders Elsevier; 2012: 425-429.
- 9 Wertheim H, Horby P, Woodall J, eds. *Atlas of Human Infectious Diseases*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012. 273.
- 10 Obregón Fuentes AM, Rodríguez Y. IV Curso- Taller Internacional. espiroquetas Haban 2016. *rev cubana med tropical* .2017:69
- 11 Costa F, Martínez-Silveira MS, Hagan JE, Hartskeerl RA, Reis MG, Ko AI. Surveillance for leptospirosis in the Americas, 1996–2005: a review of data from ministries of health. *RevPanam Salud Publica* [Internet]. 2012 [citado 20 Mar 2015];32(3):[about 8 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23183556>.
- 12 . Cuba. Dirección Nacional de Epidemiología. BoL IPK [Internet]. 2014 [citado 20 Mar 2015];24(14):[aprox.105 p.]. Disponible en: <http://instituciones.sld.cu>

- 13 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de la Leptospirosis Humana [Internet]. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1997 [citado 22 Nov 2013]. Disponible en: <http://file.sld.cu/sida/file2012/01/programa-leptospirosis.pdf>
- 14 Ruiz-Gimenez JL. Participación comunitaria: Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español [Internet]. España: Sistema Nacional de Salud; 2008 [citado 20 ene 2016]. Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>
- 15 OPS: Tratamiento de las Enfermedades Infecciosas 2011-2012, 5ª ed. Washington, DC. OPS. 2011.
- 16 Artigas Pérez E, Ramos Rodríguez AE, Vargas Rodríguez H. La participación comunitaria en la conservación del medioambiente: clave para el desarrollo local sostenible. Rev DELOS: Desarrollo Local Sostenible [Internet]. 2014 [citado 3 Oct 2015];(21):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/delos/21/Conservación.html>
- 17 Sanabria Ramos G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cubana Sal Púb [Internet]. Jul-Sep 2004 [citado 6 Dic 2015];30(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>
- 18 Torres Hernández M, Ravelo Elvirez M. Estrategias educativas para la prevención de lesiones no intencionales. En: Prevención de lesiones no intencionales: experiencias con adolescentes. La Habana: Editorial Lazo Adentro; 2013.
- 19 Castell Florit P. La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública [Internet]. La Habana: ENSAP; 2003 [citado 6 Oct 2015]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

LESIÓN ENDOPERIODONTAL Y TRATAMIENTO INTEGRADO PARA REGENERACIÓN ÓSEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

ENDOPERIODONTAL INJURY AND INTEGRATED TREATMENT FOR BONE REGENERATION. PRESENTATION OF A CASE.

Lisamary López Ortega¹, Arlette Fernández Valero², Gismery Bermúdez Ferrer³, Pedro José Muñoz Sánchez⁴.

¹ E-mail: sahilyom661017@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrado”, Cuba, estudiante de 4to año Estomatología.

² E-mail: estafv960616@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrado”, Cuba, estudiante de 4to año Estomatología.

³ E-mail: gis79@nauta.cu, Clínica Docente Leonardo Fernández, Cuba, Especialista de Primer grado en Estomatología General Integral.

⁴ E-mail: peterms@nauta.cu, Clínica Docente Leonardo Fernández, Cuba, Especialista de Primer grado en Estomatología General Integral.

RESUMEN

Introducción: Las periodontopatías, los estados pulpares reversibles o irreversibles, el trauma oclusal y las iatrogenias tienen una acción directa en la aparición y evolución de las lesiones endoperiodontales. La estrategia de tratamiento deberá enfocarse primero a la infección pulpar, realizando el tratamiento de conductos, debido a que algunas veces las lesiones periodontales mejoran después de un exitoso tratamiento endodóntico. La aplicación de láser estimula el trofismo del periodonto, activa la fagocitosis y asegura la regeneración, de la estructura ósea y del cemento. **Objetivo:** Explicar el tratamiento integrado para regeneración ósea de una lesión endoperiodontal. **Datos principales del caso:** Paciente de 18 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de salud aparente, refiere dolor localizado de intensidad moderada en zona de 22. A la inspección se observa cambio de color, ligera linguoversión y fístula oral activa. A la palpación apreciamos movilidad grado 2 y dolor a la percusión. Se detecta, además, falsa vía en la exploración inicial del conducto radicular. Se diagnostica como Lesión endodóntica con compromiso periodontal y se decidió realizar endodoncia y cirugía periapical del 22, aplicación de láser de baja potencia y restauración de la corona con carilla estética, previo tratamiento inicial. **Conclusiones:** La terapia combinada periodontal y endodóntica trajo consigo la restauración de la salud del diente, así mismo la cirugía periapical permitió el cierre retrógrado de la falsa vía y la aplicación de láser de baja potencia estimuló la regeneración ósea.

Palabras claves: LESIÓN ENDOPERIODONTAL, REGENERACION OSEA.

ABSTRACT

Introduction: Periodontal diseases, reversible or irreversible pulp states, occlusal trauma and iatrogenias have a direct action on the appearance and evolution of endoperiodontal lesions. The treatment strategy should focus first on the pulpal infection, performing the root canal treatment, because sometimes the periodontal lesions improve after a successful endodontic treatment. The laser application stimulates the trophism of the periodontium, activates phagocytosis and ensures regeneration of the bone structure and cement. **Objective:** To explain the integrated treatment for bone regeneration of an endoperiodontal lesion. **Main data of the case:** Patient of 18 years of age, male sex, with apparent health history, refers to localized pain of moderate intensity in the area of 22. Inspection shows color change, slight linguoversion and active oral fistula. Upon palpation we appreciate grade 2 mobility and percussion pain. It also detects a false path in the initial exploration of the root canal. It was diagnosed as an endodontic lesion with periodontal compromise and it was decided to perform endodontics and periapical surgery of the 22, application of low power laser and restoration of the crown with aesthetic face, after initial treatment. **Conclusions:** Periodontal and endodontic combined therapy brought about the restoration of tooth health, likewise periapical surgery allowed the retrograde closure of the false path and the application of low power laser stimulated bone regeneration.

Key Words: ENDOPERIODONTAL INJURY, BONE REGENERATION.

INTRODUCCIÓN

Las periodontopatías, los estados pulpares reversibles o irreversibles, el trauma oclusal y las iatrogenias tienen una acción directa en la aparición y evolución de las lesiones endoperiodontales. Pueden tener lugar algunos síntomas y signos comunes, que aparecen de manera aislada o combinada, debido a esto diagnosticar las lesiones endoperiodontales puede resultar en ocasiones difícil, por lo que realizar una correcta anamnesis, la radiografía y la aplicación de pruebas diagnósticas de vitalidad pulpar resulta determinante en el diagnóstico de este tipo de lesiones.¹

Es importante comprender que clínicamente no es posible determinar hasta qué grado uno u otro de los trastornos ha afectado los tejidos de sostén, por eso la estrategia de tratamiento deberá enfocarse primero a la infección pulpar, realizando de esta forma el tratamiento de conductos respectivos, debido a que algunas veces las lesiones periodontales mejoran después de un exitoso tratamiento endodóntico.^{2,3}

El desarrollo de nuevas técnicas ha dado lugar a una mejor comprensión de la anatomía del sistema de conductos radiculares, aumento de las tasas de éxito y respuestas biológicas más favorables. Ejemplos de desarrollo se refieren al uso de instrumentación rotatoria, mejores materiales para irrigación y obturación del sistema de conductos radiculares, además del uso de técnicas microscópicas. Los dientes que anteriormente estaban condenados a la exodoncia, actualmente pueden ser tratados y mantenidos en la cavidad oral.^{4,5}

En cuanto, a la laserterapia está siendo usada con mucho suceso en la clínica odontológica y actualmente representa una excelente opción disponible en el área de la salud. En los procesos crónicos, la aplicación de láser estimula el trofismo del periodonto, activa la fagocitosis, asegura la regeneración, y el restablecimiento de la estructura ósea y el cemento, llevando la región a la normalidad. Los laser de alta potencia, emiten grandes intensidades luminosas, causando modificaciones estructurales en los tejidos.^{2,6,7}

Las lesiones endoperiodontales son bastantes comunes en la práctica diaria, por lo que no son raras las situaciones en las que sus características clínicas aparecen solapadas. Esto hace que los tratamientos adecuados para cada caso sean muy diferentes siendo un verdadero reto para todo estomatólogo hacer un correcto diagnóstico diferencial y establecer un plan de tratamiento eficiente, por lo que se ha decidido realizar la presentación de este caso con el objetivo de explicar el tratamiento integrado para regeneración ósea de una lesión endoperiodontal, de modo que sirva de guía e instrumento de revisión tanto para estudiantes como profesionales que buscan ampliar sus conocimientos en el tema.

DESARROLLO

Caso clínico: Paciente que acude a la Clínica Docente Leonardo Fernández.

Motivo de consulta: Dolor localizado en un diente.

Tratamientos recibidos anteriormente: El paciente refiere haber comenzado un tratamiento radicular de conductos hace 7 meses, donde ocurrió un accidente en la apertura cameral y extirpación de la pulpa radicular, provocándose una falsa vía y hace un mes se encuentra abierto.

Historia de la enfermedad actual (HEA): Paciente de 18 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de salud aparente, refiere dolor localizado de intensidad moderada en zona de 22.

Antecedentes patológicos: No refiere

Antecedentes Familiares: Madre y padre vivos y sanos.

Antecedentes Alérgicos: No refiere

Antecedentes hemorrágicos: No refiere.

Hábitos: Cepillado incorrecto 2 veces al día de forma mixta.

Datos positivos al examen oral: A la inspección se observa cambio de color y ligera linguoversión, fístula oral activa. La percusión horizontal y vertical positiva en 22. A la palpación y exploración del conducto, apreciamos movilidad grado 2 y en la exploración inicial del conducto radicular detectamos una falsa vía. **(Figura 1y2)**

Diagnóstico: Lesión endodóntica con compromiso periodontal secundario.

Tratamiento inmediato.

-Ibuprofeno 1 tableta de 400mg cada 8 horas por 7 días.

-Laserterapia de baja potencia con un parámetro antiinflamatorio y analgésico.

-Se aplicaron parámetros antiinflamatorios y analgésicos (30mW en 40 segundos), 5 veces en sesiones diarias.

-Fenoximetilpenicilina 1 cápsula de 500mg cada 6 horas por 7 días y Metronidazol 1 tableta de 250 mg cada 8 horas por 7 días.

Tratamiento integrado:

Ante la complejidad del caso y el pronóstico desfavorable del 22 se decidió establecer un plan de tratamiento dividido en tres etapas.

Primera etapa. Endodoncia y cirugía periapical del 22 (apicectomía, cierre retrógrado de la falsa vía y relleno del defecto óseo)

Segunda etapa. Regeneración ósea, mediante tratamiento con terapia láser de baja potencia.

Tercera etapa. Carilla estética y restauración de la corona de 22.

Fase de la endodoncia: Se realiza la instrumentación del conducto mediante una técnica cérvico apical utilizando escariadores y limas hasta la número 80, no se realiza conductometría ya que a continuación se realizará tratamiento quirúrgico en la misma sesión. Se obtura con cono de gutapercha número 70 y pasta de obturación de conductos Grossfar®.

Fase quirúrgica: Previo examen del servicio de hematología, para evaluar la función plaquetaria. Se realizó extracción de sangre del paciente para preparación de fases de plasma, luego se realizó la asepsia y antisepsia, colocación de paño hendido, anestesia local troncular e infiltrativa, incisión de Newman (marginal compuesta) de mesial del 22 hasta distal del 23, decolado del mucoperiostio, cureteado de la cavidad quística y enucleación del mismo, apicectomía por debajo de la falsa vía. **(Figura3y4)**

Obturación retrógrada de la falsa vía, utilizando conos de gutapercha y pasta de obturación de conductos. La caja de obturación se preparó con generador de ultrasonidos y puntas ultrasónicas diamantadas, se utilizó como material de obturación composite autopolimerizable Prime-Dent®. Cureteado y fresado de la cavidad quística con fresa redonda a baja velocidad, lavado y hemostasia. **(Figura5y6)**

Colocación de plasma, biomaterial granulado y membrana de regeneración ósea según indicaciones del fabricante. **(Figura 7y8)**

Se realiza sutura final utilizando hilo de seda 4/0 y se aplica plasma sobre los bordes de la herida. **(Figura 9)**

Se dan indicaciones post operatorias y valoración del caso a las 72 horas, se retira sutura a los 7 días, presentando una evolución satisfactoria.

Láser de baja potencia. Parámetros de regeneración ósea.

- ✓ Se realiza inicialmente Rayos X evolutivo 10 días después de la cirugía, antes de comenzar con láser de baja potencia.
- ✓ Se realizaron 20 sesiones de tratamiento en días alternos, se utilizó una técnica puntual local a 0,5 cm de distancia, con una potencia de 20 Mw durante 2 minutos por 20 sesiones.

Rayos X evolutivo a los 21 días de la cirugía. **(Figura 10)**

Estética dental, carilla y restauración estética en 22.

Pasos de la preparación de carilla estética de composites con técnica directa.

Preparación de la cara vestibular con surcos de orientación y profundización verticales y horizontales a 0.3mm en cervical e incisal y 0.4 mm en la zona central y respetando las caras interproximales. El fresado se realizó con fresas diamantadas troncocónicas y de 3 rodillos.

Se coloca aislamiento absoluto y se graba con ácido durante 1 minuto sobre la superficie vestibular preparada. Se lava la superficie con abundante agua, se seca y se aplica primer y adhesivo. Se aplican capas de Prime-Dent ® A2 para el tercio cervical y A1 para el tercio medio e incisal. Se prepara cavidad terapéutica por palatino, se restaura con capas de Prime-Dent ® A3.

Se realiza pulido final de la carilla estética y de la restauración palatina en 22 y se comprueba correcta oclusión. **(Figura 11)**

RESULTADOS:

- ✓ Recuperación funcional, estética y psicológica óptima.
- ✓ La fístula oral activa cedió y la inflamación disminuyó.
- ✓ Disminución de la movilidad y sintomatología de la paciente.
- ✓ Tras las 20 sesiones de tratamiento con laserterapia, radiográficamente se observa disminución de la lesión y regeneración ósea.

DISCUSIÓN

Según la clasificación morfológica de los dientes, los más afectados por patología pulpar y periapical, en un estudio realizado en Cuba por Bertrán, y otros autores plantean que lo molares son los más afectados, esto se debe a las características anatómicas de estos dientes, en la que la marcada presencia de fosas y fisuras proporcionan retención mecánica y un microambiente ecológico propicio para el desarrollo de la lesión cariosa y posterior repercusión pulpar, sin embargo otros autores como Jiménez , plantean un predominio del grupo incisivo, valorando otras variables. En el caso del incisivo lateral estudios estadísticos sobre la etiología de los estados pulpares irreversibles, confirman la escasa frecuencia de casos relacionados perioendodónticos exclusivamente, aunque la posibilidad de agresión a través de los túbulos dentinarios, conductos laterales y/o forámenes apicales ha sido demostrada.^{8,9}

Las lesiones endodónticas primarias con afección periodontal secundaria pueden ser el resultado de una perforación de la raíz, durante el tratamiento del conducto radicular tal como sucedió en el caso presentado donde debido a una inadecuada técnica de acceso cameral se crea una falsa vía acompañada de síntomas agudos, como dolor, tumefacción, exacerbación de pus, y movilidad del diente. También puede deberse a las roturas radiculares las que ocurren de manera características en dientes cuya raíz ha sido tratada a menudo con coronas con poste in situ. Cuando la perforación radicular está situada cerca de la cresta alveolar como en este caso puede ser posible levantar un colgajo y reparar el defecto con un material de relleno apropiado y luego restituir el colgajo apicalmente, exteriorizando así la perforación reparada y obteniéndose excelentes resultados. Otros autores plantean que en perforaciones más profundas, o en el techo de la bifurcación, tiene mejor pronóstico la reparación inmediata de la perforación que el tratamiento de una infectada.¹⁰

En las lesiones endodónticas primarias con afección periodontal secundaria cambia el tratamiento y el pronóstico del diente; ahora requiere terapéutica endodóntica y periodontal tal como ocurre en el caso presentado, si es adecuado el tratamiento endodóntico, el pronóstico depende de la gravedad del daño periodontal y de la eficacia de la terapéutica periodontal. Con el solo tratamiento endodóntico, únicamente cura

pronto parte de la afección y permanece la lesión periodontal secundaria hasta que la misma sea tratada. En el caso presentado podemos apreciar como la terapia combinada periodontal y endodóntica trae consigo la restauración de la salud del diente combinándolo con cirugía periapical (apicectomía, cierre retrógrado de la falsa vía y relleno del defecto óseo) y láser de baja potencia para estimular la regeneración ósea.

CONCLUSIONES

La terapia combinada periodontal y endodóntica trajo consigo la restauración de la salud del diente, así mismo la cirugía periapical permitió el cierre retrógrado de la falsa vía y la aplicación de láser de baja potencia estimuló la regeneración ósea. La conservación de la pieza representó para el paciente del caso presentado una necesidad estética y funcional, sin tener que someterse a tratamientos complementarios como rehabilitación por medio de implantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alemán Garibaldi N, Rojo Toledano M, Sarduy Bermúdez L. Lesión endoperiodontal combinada secundaria a un traumatismo incisal. Universidad de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. Revista Cubana Estomatología. 2015; 52(1) ISSN-1561-297X. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072015000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
2. Martínez Arróniz F. Diagnóstico y tratamiento endoperiodontal. Revista de salud pública y nutrición. RESPYN. México. 2003; Edición especial (7): [artículo en línea]. (Consultado marzo 2018). Disponible en: <http://van.mx/publicaciones/respyn/especiales/ee>
3. Rodríguez Machado TC, Parejo Maden D, Mayán, Reina G, Herrero Herrera L, Velázquez Machado C. Lesiones endoperiodontales y mortalidad dentaria. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2014; 13(4):547-560. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/48/318>
4. Velazque Rojas L, Simões-Nogueira A, Sampaio do Vale LL, Tiegui Neto V, Barreto Gonçalves AG, Sanches Gonçalves E. Enucleación de quiste periapical simultáneo a la obturación del sistema de conductos radiculares. Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de São Paulo (FOB-USP), Brasil. Cuba. Revista Cubana Estomatología. 2014; 51(2) ISSN-1561-297X. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/280/67>
5. Pulido Rozo MA, Madera Anaya MV, Tirado Amador LR. Laser vestibuloplasty. Casereport. Facultad de Odontología UNAM. Revista Odontológica Mexicana. 2014; 18(4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>
6. Lins Dantas Siqueira MB, Carneiro Lúcio PS, Pina Godoy G, Chaves de Vasconcelos Catão MH. A terapia com laser em especialidades odontológicas. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande-PB, Brasil. Revista Cubana Estomatología. 2015; 52(2) ISSN-1561-297X. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072015000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.
7. Lira De Souza Sales Rocha EA, Rodrigues Cardoso AM, Rodrigues Limeira FI, Dantas de Medeiros AC, Chaves de Vasconcelos Catão MH, Queiroga de Castro Gomes D. Irradiação a Laser de baixa intensidade sobre cepas de Candida in vitro. Universidade Estadual da Paraíba. Brasil. Revista Cubana Estomatología. 2014; 51(4) ISSN-1561-297X. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/318/85>
8. Bertrán Herrero G, Rosales Alonso JL. Lesiones pulpares y periapicales en la consulta de Urgencia Estomatológica. Clínica "Felipe Soto". 2010-2011. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2013; 13(1):94-100. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/273/221>.
9. Jiménez Enríquez FJ. Análisis de las lesiones periapicales de origen endodóncico en pacientes de la Facultad de Odontología de Tijuana, Baja California (México). Tesis Univ. Granada. Departamento de Estomatología 2011, p. 40. (Consultado 23 de marzo de 2018). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/17703>.

10. González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2013. Versión impresa ISBN 978-959-212-8262. Disponible en: http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/PDFs/Coleccion_Estomatologia/estomatologia_general_int/estomatologia_general_completo.pdf.

ANEXOS



Figura.1



Figura. 2



Figura.3



Figura.4



Figura.5



Figura.6



Figura.7



Figura.8



Figura. 9

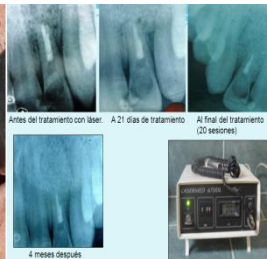


Figura. 10



Caso Inicial



Caso Final

Figura.11

TÍTULO: LESIONES NO INTENCIONALES EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS.

TÍTULO: NOT INJURE INTENTIONAL IN CHILDREN FROM 1 TO 4 YEARS.

Autores:

1. Yanet Blanco Fleites, Email: yanetbf761222@minsap.cfg.sld.cu , Dirección municipal de salud Cienfuegos, Cuba, Licenciada en Enfermería, Máster en urgencias médicas en la atención primaria, Doctorando en ciencias de la Enfermería, Profesora asistente.
2. Julia Maricela Torres Esperón, Email: maricela.torres@infomed.sld.cu, Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba, Licenciada en Enfermería, Máster en atención primaria de salud, Doctora en Ciencias de la salud, Profesora Titular.
3. Laura Magda López Angulo, Email: psicología6006@ucm.cfg.sld.cu . Departamento de Psicología. Universidad Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Licenciada en Psicología, Master en Psicología de la salud, Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora Titular y Consultante.

Resumen

Introducción: Las lesiones no intencionales representan un problema de salud mundial y constituyen la primera causa de muerte en infantes, en la mayor parte de los países y en Cuba. Es por eso que se consideran un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos, ya que afectan en mayor proporción a las poblaciones de menor edad.

Objetivo: Caracterizar las lesiones no intencionales en niños y niñas de 1 a 4 años ocurridas en la comunidad.

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en 220 familias pertenecientes a las áreas de salud V, VI y VII del municipio de Cienfuegos. El cálculo del tamaño de la muestra fue por proporción, con la ayuda del programa Epidat 3.0 y el muestreo aleatorio estratificado, donde cada CMF constituyó un estrato. El periodo de estudio fue de Enero a Junio del 2017.

Resultados: De los 220 padres y/o tutores que se les aplicó el cuestionario, 128 de sus niños/as sufrieron lesiones no intencionales y de ellos 56 no busco asistencia médica. El lugar más frecuente de ocurrencia de la lesión fue el hogar, el tipo de lesión: la caída a un mismo nivel. La vía de información más utilizada fue mediante el médico y la enfermera de la familia. En las visitas domiciliarias realizadas por las enfermeras, la observación más frecuente fue la no presencia de alfombra anti-resbalable en las bañeras.

Conclusiones: A pesar de las medidas tomadas para su prevención, las lesiones no intencionales continúan siendo un importante problema de salud.

Palabras Claves: lesiones no intencionales, accidentes, prevención de lesiones no intencionales, Heridas y Traumatismos

Palabras Claves not injure intentional, have an accident, prevention of lesions not intentional, Wounded and Traumatism

Introducción

Los accidentes representan un problema de salud mundial y constituyen la primera causa de muerte en los niños y adultos jóvenes, en la mayor parte de los países. Es por eso que se consideran un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos, ya que afectan en mayor proporción a las poblaciones de menor edad.¹

La segunda mitad del siglo pasado fue testigo de un suceso de extraordinaria magnitud y trascendencia social: **el accidente**. Estos tienen proporción directa con el desarrollo socioeconómico de un país, aunque si bien es cierto que con el desarrollo los mismos se incrementan, no podemos vincular la ocurrencia de estos a esa sola causa y debemos considerar otros factores agravantes como son la irresponsabilidad, la negligencia, las malas condiciones higiénicas y de la vivienda, el aumento de la circulación automovilística, aparición de equipos caseros más complejos, los nuevos productos químicos y medicamentos, los juegos peligrosos, y la ausencia o aplicación insuficiente de leyes y regulaciones. Todos constituyen factores predisponentes cuyo conocimiento facilitaría su profilaxis.²

Organismos internacionales de prestigio han dejado de utilizar el término "accidente" para referirse a las lesiones no intencionales. Así, una de las secciones más relevantes de la Academia Norteamericana de Pediatría está constituida por el "Consejo sobre prevención de lesiones, violencia e intoxicaciones". También el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, la agencia de salud pública del gobierno de los EE.UU., tiene una amplia sección sobre "Lesiones, Violencia y Seguridad". Revistas internacionales de prestigio como el British Medical Journal han proscrito desde hace ya años de sus páginas la palabra accidente, en el entendimiento que una conceptualización adecuada y clara contribuye a la prevención.³ Según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF, cada día mueren más de 2000 niños debido a lesiones no intencionales, y cada año ingresan decenas de millones con lesiones que a menudo los dejan discapacitados para toda la vida; se señala además, que si se adoptaran medidas preventivas de eficacia demostrada en todas partes podría salvarse la vida de al menos 1000 niños al día.⁴

Entre los objetivos de salud de la OMS del año 2000 al 2015, incluyó la disminución en un 25% de la mortalidad por accidentes. El principal escollo para tal objetivo consiste en la falta de conocimiento actual sobre la génesis de los episodios de accidente. Sin embargo los presupuestos asignados en muchos países a la investigación para la prevención de lesiones accidentales son todavía muy inferiores a los de otras patologías.⁵

Las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba hasta el año 2015, proponían reducir la mortalidad por accidentes en un 20%. Esta disminución de la mortalidad por accidentes en edades pediátricas en el país durante las últimas dos décadas es el resultado, entre otros factores, del impacto que ha causado el Programa Nacional para la Prevención de Accidentes en Menores de 20 años, el cual se encuentra vigente desde 1995.⁶

Actualmente los accidentes son una de las causas más frecuentes de mortalidad pre-escolar constituyendo un importante problema de salud pública. En el niño se calcula que por cada muerte debida a un accidente, hay más de 500 accidentes no mortales que condicionan 100 ingresos hospitalarios y un promedio de tres niños con invalidez permanente. Las lesiones no intencionales pueden ser causadas por factores personales y ambientales. Se plantea que el 95 % y más de estas son provocadas por el factor humano, y es alarmante que así suceda, pues pueden ser evitadas.⁷

Lo anteriormente citado nos motivó a la realización de este estudio, con el objetivo de caracterizar las lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años, lo que contribuirá a la aplicación de adecuadas medidas de prevención e identificar los factores de riesgos presentes en el hogar.

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en tres áreas del municipio de Cienfuegos (V, VI, VII). Se escogen estas áreas de salud de manera intencional pues en el último quinquenio son la que mayor incidencia de niños lesionados presento. El periodo de estudio fue de enero a mayo del 2017. El cálculo del tamaño de la muestra fue por proporción, con la ayuda del programa Epidat 3.0 y el muestreo aleatorio estratificado, donde cada consultorio médico de la familia (CMF) constituyó un estrato.

Instrumentos utilizados: Se diseñaron y validaron dos instrumentos (cuestionario y guía de observación) con el fin de identificar las lesiones no intencionales ocurridas en la comunidad y los factores de riesgos existentes en las viviendas. Los mismos fueron validados en contenido por expertos, estableciendo los criterios de Moriyama y el alfa de Cronbach para la consistencia interna. Se realiza una prueba piloto para detectar problemas de lenguaje o redacción de los ítems (validación lingüística), con resultados satisfactorios en padres y/o tutores.

Procedimientos y análisis: La información obtenida fue utilizada de una base de datos conformada en el programa de computación Excel. Los resultados se expresaron en forma de tabla en números absolutos y porcentos y se compararon los resultados con los de la literatura consultada tanto nacional como internacional para su discusión. Con estos datos se identificó las lesiones no intencionales ocurridas en el periodo de estudio a través del cuestionario aplicado a los padres y/o tutores de los niños(as) además los factores de riesgo que más prevalecieron en las visitas domiciliarias realizadas a cada uno.

Aspectos éticos: Los directores de las instituciones que participaron en el estudio tuvieron conocimiento y fue aprobado el consentimiento para el desarrollo de la investigación (Anexo 1). El estudio se fundamentará en información real, obtenida de los padres y/o tutores a través de un cuestionario el cual cumplió con los requisitos requeridos para el desarrollo del mismo según Declaración de Helsinki. Los factores de riesgo fueron detectados por la enfermeras de los consultorios médicos de las familias en las visitas domiciliarias realizadas cumpliendo con los principios éticos establecidos.

Resultados

Tabla 1: Distribución según variables sociodemográficas en niños(as) de 1 a 4 años. Municipio Cienfuegos.

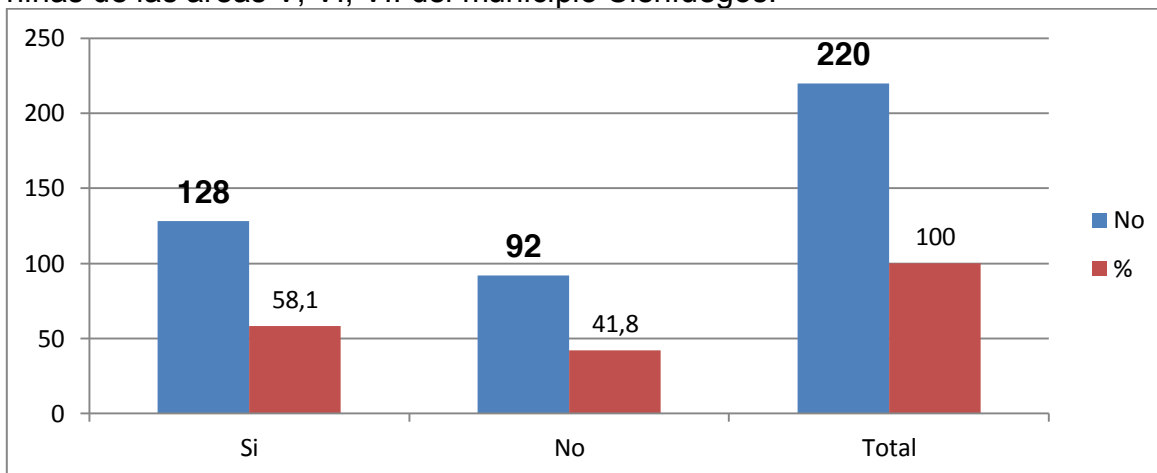
Variables sociodemográficas		
Edad		
Grupo de Edad	No.	%
1 -1año-11meses y 29 días	75	34.1
2 -2 años-11meses y 29 días	66	30
3-3años-11meses y 29 días	46	20.9
4-4 años-11meses y 29 días	33	15
Total	220	100
Sexo		
Femenino	111	50.5
Masculino	109	49.5
Total	220	100
Bajo peso al nacer		
No	182	82.7
Si	38	17.3
Total	220	100
Desarrollo psicomotor		
Bueno	200	90.9
Regular	20	9.1
Malo	0	0
Total	220	100
Tipo de Familia según ontogénesis		
Nuclear	118	53.6
Extensa	55	25
Ampliada	47	21.4
Total	220	100
Nivel de escolaridad de los padres y/o tutores		
Primario	3	1.4
Secundario	67	30.4
Pre-universitario	93	42.3
Universitario	57	25.9
Total	220	100

Fuente: Cuestionario

La Tabla 1 muestra la distribución según variables sociodemográficas. Referente a la edad de los niños(as) el grupo etario predominante fue el de 1 a 1 año a 11 meses y 29 días con el 34.1%. El sexo más representativo fue el femenino para un 50,5% del

universo estudiado y el 82.7 % no fue bajo peso al nacer. Los niños(as) estudiados tuvieron un buen desarrollo psicomotor para un 90.9 % y el 53.6 % pertenecían a familias nucleares. La tabla refleja que el 42.3 % de los padres y/o tutores tenía el nivel de escolaridad pre-universitario terminado.

Grafico 1 Distribución según las lesiones no intencionales ocurridas en niños y niñas de las áreas V, VI, VII del municipio Cienfuegos.



Fuente: Cuestionario

El grafico 1 representa las lesiones no intencionales ocurridas en niños y niñas de las áreas V, VI, VII del municipio Cienfuegos. El 58.1% de los niños y niñas sufrieron lesiones no intencionales.

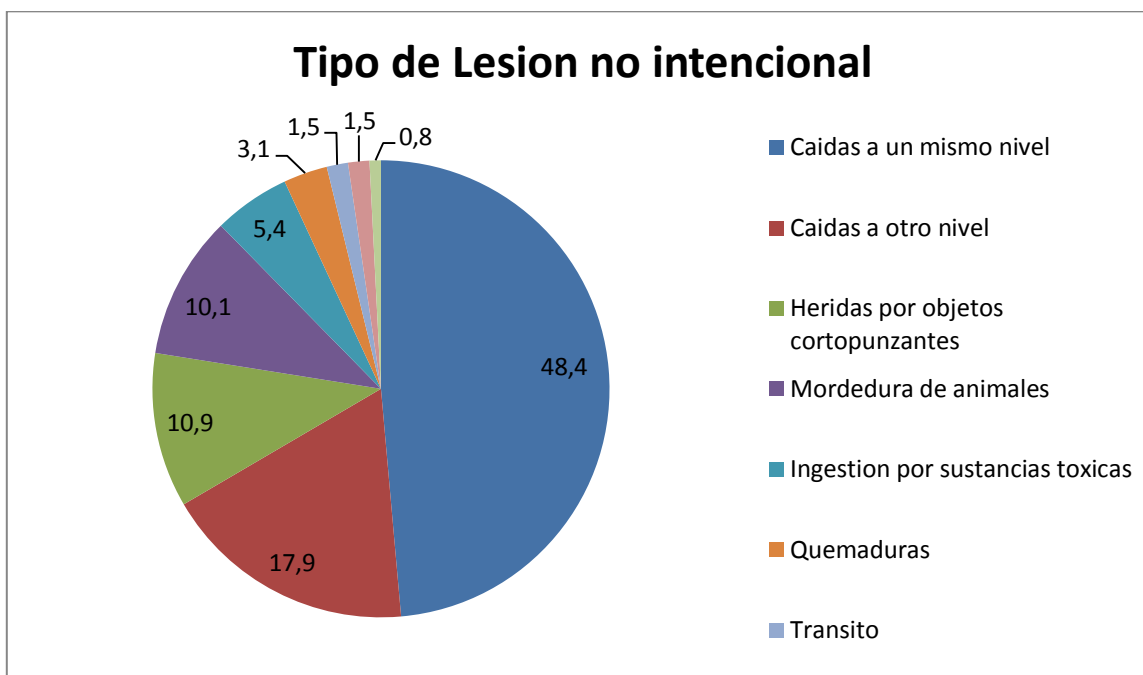
Tabla 2 Distribución según la solicitud de asistencia médica y lugar en que los padres y/o tutores de los niños y niñas recibieron atención.

Variables solicitud de asistencia médica y Lugar donde recibieron atención		
Solicitud de asistencia medica		
Solicitud de asistencia medica	No.	%
Si	72	56.3
No	56	43.7
Total	128	100
Lugar donde recibieron atención medica		
CMF	23	31.9
C. Guardia Policlínico	27	37.5
C. Guardia Hospital	22	30.6
Total	72	100

Fuente: Cuestionario

La tabla 2 expresa la cantidad de padres y/o tutores que solicitaron asistencia médica cuando ocurrió la lesión no intencional. El 56.3% asistencia médica. De los niños(as) que recibieron atención médica el 37.5% fue en el cuerpo de guardia del policlínico y el 31.9 % en los CMF demostrando la resolutivez de la atención primaria de salud y la medicina familiar.

Grafico 2 Distribución según el tipo de lesión no intencional que sufrieron las niñas y los niños de las áreas V, VI, VII del municipio Cienfuegos.



Fuente: Cuestionario

El grafico 2 muestra los accidentes más frecuentes ocurridos en los niños y niñas pertenecientes a las áreas V, VI, VII del municipio Cienfuegos donde las caídas a un mismo nivel representan el 48.4% de las lesiones no intencionales ocurridas.

Tabla 3: Distribución según el lugar donde ocurrieron las Lesiones no intencionales (LNI) en los niños(as) además de la información recibida por los padres y/o tutores y la fuente de obtención de la misma

Lugar donde ocurrió la LNI	No	%
Hogar	104	81.3
Círculo Infantil	14	10.9
Calle (no tránsito)	8	6.2
transito	2	1.6
Total	128	100,0
Información de los padres y/o tutores	No	%
Si	201	91.4
No	19	8.6
Total	220	100
Fuente de obtención de la información	No	%

EBS	176	80
Medios de difusión masiva	106	48.1
De las familias	94	42.7
Educadoras de los Círculos infantiles o del programa Educa a tu hijo	30	13.6
	n	100

Fuente: Cuestionario

La tabla 3 muestra que el 83.1 de las lesiones ocurridas fueron en el hogar. El 91.4% de los padres y/o tutores si tiene información referente a las lesiones no intencionales. La fuente de información mayor fue el equipo básico de salud de su comunidad

Tabla 4: Distribución según factores de riesgo encontrados en la visita domiciliaria.

A observar en el domicilio	Si	%
a) Presencia de escaleras /balcones/ ventanas sin protección	81	36.8
b) Tomacorrientes o cables eléctricos sin protección	79	35.9
c) Medicamentos/ sustancias tóxicas al alcance de los niños	26	11.8
d) Presencia de niños en la cocina a la hora de cocción de los alimentos	90	40.9
e) Objetos pequeños al alcance de los niños	64	29.0
f) Desniveles en los pisos	80	36.3
g) Objetos punzo cortantes al alcance del niño.	32	14.5
h) Tanques/cisternas sin tapas en patios	34	15.4
i) Viviendas en malas condiciones	60	27.2
j) Niños durmiendo con los padres en la misma cama.	59	26.8
k) Baño sin alfombra anti resbalable en la bañera	122	55.4
	n	%

Fuente: Guía de observación

En la tabla No 5 se observa los factores de riesgo presentes en el hogar cuando se realiza la visita domiciliar por la enfermera de la familia, detectando que el 55.45 de estas viviendas no tienen alfombra anti-resbalables en los baños y en un 40.9% de estos hogares hay presencia de niños a la hora de cocción de los alimentos.

Discusión de los resultados

Un accidente acontecido indica la existencia real de un riesgo, que no fue detectado anteriormente o no corregido, lo conocemos a través de sus consecuencias.⁸ En la investigación caracterizaremos las lesiones no intencionales ocurridas en la comunidad, por lo que se realizó un estudio de las variables sociodemográficas de los niños(as) y tienen una distribución porcentual por grupos de edad mostrando más distintiva la edad de 1 a 1 año-11 meses y 29 días. El resultado obtenido en la investigación es debido a los altos índices de fecundidad ocurrido en el año 2015 y de natalidad en el año 2016, con aumento de los niños en etapa transicional en el año 2017, según la dispenzarización en el municipio de Cienfuegos. Estos resultados difieren con los logrados por Román Lafont en la cual, la edad predominante es la de 2 a 3 años.⁹ Diferentes autores consideran la edad de 1 a 4 años como la de mayor riesgo^{10,11,12,13,14,15,16}. El verdadero peligro de lesionarse comienza en la edad en que el niño de sus primeros pasos. Las características personales que influyen en ello son: coordinación motora imperfecta, marcha tambaleante, curiosidad insaciable, observación fragmentaria, inhabilidad, desarrollo de independencia, interés por conocer lo que le rodea que le hace tocar, coger o llevarse a la boca lo que encuentran y además siguen sin distinguir el peligro al principio de esta etapa.¹³

En relación al sexo, en la investigación no se observan diferencias significativas aunque predomina el femenino. En el estudio realizado por Dorta Figueredo el sexo masculino es el de mayor presencia de accidentes¹⁵, lo cual es atribuible al carácter más intrépido del varón frente a la niña. Cussi plantea que el carácter intrépido no aparece en el varón de forma innata, sino que la educación y el trato familiar y social diferenciado para niños y niñas son el verdadero origen de ello¹³. Es decir se relaciona con la construcción violenta de la masculinidad.

Al respecto Dorta Figueredo señala que el varón es más vulnerable porque está más expuesto, por la creencia errónea de que al "rol de hombre" le corresponden la valentía y la audacia y se les alienta y festeja en ese sentido empujándolos de esa forma a mayores riesgos.¹⁵

En el estudio se observa que solo el 17.3% de los niños fueron bajo peso al nacer significando esta variable que las madres de los mismos fueron durante su gestación oportunamente asistidas, en cuanto a los factores de riesgo o desencadenantes del bajo peso al nacer, dando como resultados calidad en la atención prenatal. En la bibliografía consultada no se encuentra recogida esta variable por los diferentes autores que estudian el tema. Aunque existe en Cuba una tendencia al embarazo en la adolescencia lo cual constituye un factor de riesgo para el bajo peso al nacer y para la aparición de una lesión no intencional en el niño/a ya que esta madre carece de conocimientos, habilidades, orientación y recursos para ocuparse del cuidado de su hijo.¹⁷

En la investigación realizada el 90.9% de los niños(as) presentaron un buen desarrollo psicomotor acorde con la edad. Durante el estudio, el desarrollo del

habla como el palabreo tienen dificultades por lo cual se orienta ayuda profesional. El estudio de Román Lafont es similar ya que los niños(as) alcanzaron un desarrollo psicomotor adecuado y sólo un pequeño porcentaje fue regular. El mismo autor refiere: Se estima que una alimentación deficiente durante los primeros meses de la vida, repercute negativamente en el desarrollo del Sistema Nervioso Central del niño; por tanto, también afectará su aprendizaje y su comportamiento intelectual; además de convertirlo en un niño de alto riesgo en la morbilidad y mortalidad del país.⁹

Se revisa el tipo de familia según la ontogénesis que pertenece cada niño y niña que participó en la investigación, constatando el predominio de las familias nucleares, es decir, un lugar en el que por lo menos uno de los conyugues ésta presente, con uno o dos hijos. El estudio de Román Lafont no se asemeja a la investigación realizada, porque la clasificación para la familia que usa es según los miembros y su funcionalidad, siendo más frecuente la aparición de familias medianas funcionales.⁹ Los niños son a menudo las víctimas inocentes de entornos inseguros o de las conductas de los adultos y en el análisis del medio familiar y el status social en cada caso, permite determinar que en su ocurrencia casi siempre existe un ambiente familiar inadecuado que lleva implícito descuidos y negligencias de la persona que está a cargo del niño en el momento de accidentarse.³

El nivel de escolaridad de las personas que se encuentra al cuidado de los niños y niñas estudiados, habían alcanzado en la mayoría, el nivel preuniversitario. Pérez Pambi obtuvo resultados similares en su investigación.¹¹ Debemos mencionar que el bajo nivel de escolaridad de los padres y/o tutores representa un componente importante en la aparición de lesiones, ya que no tienen percepción de riesgo, ni la conciencia suficiente de la rapidez con que se puede desencadenar un hecho fatal. Valero Guzmán, refiere que siempre los accidentes en estas edades se producen por confianza excesiva del cuidador, cuidado inadecuado, conocimiento insuficiente, imprudencia o negligencia de los adultos encargados del cuidado frente a los riesgos.¹⁰ Pérez Pambi y Benavides, hacen referencia que las madres con nivel mayor de educación protegían mejor a sus hijos del riesgo.^{11, 16} Según Santacruz Domínguez la vigilancia activa es considerada el factor fundamental en la prevención de lesiones no intencionales.¹⁷

Los accidentes en los niños son un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo; así constituyen la principal causa de muerte en la niñez y adolescencia en países desarrollados. Anualmente millones de niños necesitan ser atendidos por varios tipos de traumatismos los cuales se caracterizan por la falta de intencionalidad, las consecuencias que producen, y la rapidez con que ocurren. Miles de niños sanos mueren anualmente por esta causa constituyendo un evento trágico, otros miles quedan con alguna secuela y la necesidad subsecuente de rehabilitación con un efecto importante sobre nuestro sistema de atención de salud.¹⁵

La presencia de lesiones no intencionales, ocurrió en el 58.1% de los niños y las niñas que fueron parte de la investigación. El porcentaje de lesionados en el estudio muestra que los menores están constantemente en situaciones peligrosas, y esto se debe a múltiples factores, de los que caben señalar las construcciones inadecuadas, el poco espacio para la recreación en lo correspondiente a zonas de

juego, las calles en mal estado; a todo lo antes mencionado la falta de percepción del riesgo por las personas al cuidado de los niños(as), son los desencadenantes de circunstancias lamentables. Los resultados de éste estudio se corresponden con los de Dorta Figueredo donde obtuvo el 71.73% de menores lesionados ¹⁵ y Pérez Cuellar manifiesta el 52.9% de lesionados. ¹²

La solicitud de atención médica de los pacientes que sufren lesiones no intencionales depende de muchos factores y entre estos, la severidad de la lesión juega un papel preponderante.⁴ En el estudio, el 56.3% de los casos solicitó atención médica, una cifra alta demostrando la confianza de los padres en el Sistema Nacional de Salud, éstos resultados difieren a Pérez Pambi donde señala que la mayoría de niños(as) lesionados, no buscaron asistencia médica, en gran parte porque en la mayoría de los sucesos no presentaron consecuencias o la familia no les da la debida importancia y prefirieron recibir los primeros auxilios en el hogar por sus respectivas madres.¹¹ Los padres que buscaron atención médica acudieron al cuerpo de guardia del policlínico en un 37.1%, coincidiendo con Dorta Figueredo y colaboradores, que en su estudio el 33% prefirió acudir primero al cuerpo de guardia del policlínico.¹⁵ Estos resultados pudieran estar dados porque actualmente muy pocos médicos de familia viven en la comunidad y los que viven allí se desempeñan en otras funciones ¹¹ Esto también sucede por la cercanía de la población de estudio a este centro de urgencias y a que el horario de trabajo del consultorio es de lunes a sábado y hasta las 4pm, horario en que los menores se encuentran en el círculo y al cuidado de las llamadas ``tatas`` y en ese lugar se reportan muy poco o no se reportan las lesiones, ya que el cuidado es más diferenciado para los menores y el lugar cuenta con más condiciones, es decir, son construcciones adecuadas para los niños y las niñas. No se debe olvidar que a los servicios de salud solo acuden los accidentados con lesiones de cierta importancia y, por tanto, son muchos más los accidentes que se producen, unos sin lesiones y otros atendidos fuera de las instituciones de salud ⁷ En cuanto al Tipo de lesión, las caídas a un mismo nivel representan el 48.4%, esto es atribuible a la construcción de las viviendas donde la mayor cantidad de ellas tiene pisos a desnivel formando un ambiente propicio para la ocurrencia de éstas, además durante la infancia la marcha de los niños es insegura lo cual también contribuye a su aparición. Román Lafont, Dorta Figueredo, Pérez Pambi, Pérez Cuellar, y Benavides en sus respectivos estudios presentan resultados similares a ésta investigación. ^(9,15,11,12,16)

En el transcurso de la investigación el 90.1% de los tutores de los niños habían recibido información acerca de las lesiones no intencionales por el equipo básico de salud (EBS) quien había proporcionado la información. El EBS realiza la consulta de Puericultura, y el puericultor brinda orientaciones encaminadas a la prevención de éstas lesiones en relación con la edad del niño y su desarrollo psicomotor, así como las visitas de terreno donde se pueden identificar de los diferentes factores de riesgo que pudieran estar presentes en la ocurrencia de las mismas. Otras fuentes de información lo constituyen sus propios familiares y las diferentes propagandas a través de murales, sin embargo en las conversaciones con las personas al cuidado de los menores (padres y/o tutores) refieren que a pesar de tener conocimiento acerca del tema no estaban conscientes de lo mortalmente rápidos que pueden suceder las lesiones. Cabe destacar que ya

hacia mención a esto Román Lafont en su estudio: *“ Percibir la magnitud de los accidentes como un problema de salud, depende de la conciencia que se haga del problema al individuo y a la sociedad ”*⁹.

En la ocurrencia de lesiones no intencionales interviene una compleja red de factores personales y ambientales. Para su prevención es necesario profundizar en el conocimiento de los diferentes tipos de accidentes y los factores relacionados, ya que lo accidental de estos acontecimientos solo radica en sus consecuencias. Al pensar que pueden ocurrir, también se pueden evitar.¹⁸ Actualmente, los niños crecen rodeados de fuentes de peligro que hace unas décadas no existían (aparatos eléctricos, automóviles, entre otros) y con frecuencia pasan muchos ratos solos o con escasa vigilancia. Es importante saber que del total de accidentes en la infancia, 54 % ocurren en el hogar.¹⁹ En cuanto a factores de riesgo en el hogar que llevarían a la ocurrencia de lesiones no intencionales, encontramos que la mayoría de los baños no tenían alfombra anti resbale. El baño resulta uno de los lugares más peligrosos por la presencia de superficies resbaladizas por lo cual los niños no deben bañarse solos ya que si resbalan la lesión podría ser grave. No encontramos otros autores que hablen acerca del tema.

Las quemaduras son uno de los percances más frecuentes en los niños, sobre todo en los menores de 4 años. Siete de cada diez quemaduras ocurren en el hogar, siendo el lugar más peligroso la cocina.¹⁴ Dorta Figueredo hace referencia a que las quemaduras no llegan al 2%, pero la mayoría ocurren en niños menores de cuatro años y generan muchos ingresos y secuelas.¹⁵ Alrededor del 70% de las quemaduras ocurren en el hogar, siendo el sitio más peligroso habitualmente la cocina. Esta zona por su interacción, poco espacio, gran número de utensilios riesgosos y la mayor permanencia de las amas de casa, explica por sí sola la elevada incidencia de accidentes.¹⁵ La presencia de niños en la cocina a la hora de cocción de los alimentos es un hecho muy frecuente en la investigación, debido al poco espacio que tienen las viviendas, y que la mayoría de éstas se encuentran junto al dormitorio de los menores, para evitar esa situación las medidas de prevención son muy importantes.

Conclusiones

Al caracterizar las lesiones no intencionales ocurridas en la comunidad, identificamos que siguen siendo un problema de salud de fondo psicosocial y de alta prevalencia como se demuestra en el estudio pero mediante acciones de promoción de salud y prevención de factores de riesgo con participación comunitaria y social podemos disminuir los mal llamados accidentes.

Bibliografía

1. Hernández Sánchez M. Prevención de lesiones no intencionales: experiencias con adolescentes. La Habana: Editorial Lazo Adentro; 2013
2. Hernández Sánchez M, García Roche R, Valdés Lazo F, Cortés Alfaro A, Taboada Fernández B. Mortalidad por accidentes en Cuba. 1987–2002 Rev. Cubana HigEpidemiol. [Internet]. 2003 [citado 4 marzo 2008]; 41(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol41_01_03/hie03103.htm Vega

3. Vega Franco L. Accidentes en el hogar: una responsabilidad .Rev Mexicana de Pediatría [Internet]. 2012 [citado 13/9/2017]; (5): 219-220. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp125a.pdf>
4. Peden M, Oyegbite, K, Ozanne-Smith J, Hyder A. A, Branche C, Rahman A. F. & Bartolomeos K. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. [Internet]. Ginebra: OPS; 2012 [citado 13/8/2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77761/1/9789275316566_spa.pdf
5. Yaringaño Cordova YP. Relación entre el nivel de conocimiento y prácticas preventivas de accidentes por quemaduras en madres de preescolares, centro de salud Juan Pérez Carranza [Tesis]. Lima Perú: Escuela de Enfermería de Padre Luis Tezza; 2012.
6. Esparza Olcina, MJ. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [Internet]. [Actualizado junio 2011]. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/accidentes_domesticos.htm
7. Concepción González García M, Quirós Hernández JL, Cárdenas García R. Caracterización epidemiológica de las lesiones no intencionales en Villa Clara (2001-2012). Medicent Electrón. 2015 abr.-jun.; 19 (2)
8. Román Lafont J. La negligencia como factor de riesgo en la producción de lesiones “accidentales” en niños pequeños. [Tesis]. [La Habana]: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2007.
9. OMS. Centro de prensa. Comunicado de prensa, 10 de diciembre de 2008, Ginebra. Hanoi. Disponible en: <http://http://www.who.int/ceh/risks/cehinjuries2/en/index.html>
10. Valero Guzmán L. Desarrollo de una herramienta educativa audiovisual dirigida a cuidadores de niños, para la prevención de accidentes domiciliarios en niños menores de 5 años [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014. Disponible En: <http://www.bdigital.unal.edu.co/12507/1/5599219.2014>
11. Germania Pérez Pambi M. Morbilidad por lesiones no intencionales en menores de 10 años, consultorio 14. Área V, 2013 [Tesis]. [Cienfuegos]: Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”; 2014.
12. Pérez Cuéllar Juan G. Comportamiento de los accidentes en niños menores de quince años en dos Consultorios Médicos de Familia. [Tesis]. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas de “Raúl Dorticós Torrado”; 2008.
13. Cusi Y. Característica de los accidentes domésticos [Tesis]. Cordova: Universidad Nacional de Córdoba; 2010.
14. Cordova Cango ML, Duy Tenesaca A. Prevalencia y características de los accidentes en el Hogar que presentaron los niños menores de 5 años en la parroquia “ El Valle” Cuenca 2013 [Tesis]. [Ecuador]: Cuenca; 2013.

15. Dorta Figueredo M. Morbilidad por accidentes en menores de cinco años. [Tesis]. Cienfuegos: Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara; 2009
16. Benavides M. Accidentes evitables: lesiones de los niños y sus relaciones con los entornos sociales y familiares. Espacio para la infancia. Las condiciones de vida: cómo influyen en la salud de los niños pequeños. 2012; 37: p. 29-31.
17. Santacruz Domínguez M, Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B, Ibargollen Negrin L, Campos Gonzales A. Manual didáctico para la prevención de lesiones no intencionales en hijos de madres adolescentes. 2013.
18. Colectivo de autores .Manual de manejo inicial del paciente pediátrico lesionado. La Habana. 2014. Minsap p.11-147.
19. Torres Márquez M, Fonseca Pelegrín Carmen L, Díaz Martínez María D, del Campo Mulet Orlando A, Roché Hernández R. Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. MEDISAN [Internet]. 2010 Abr [citado 2017 Sep 13]; 14(3):368. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300013&lng=es

LESIONES PERIODONTALES EN PACIENTES CON INVASIÓN DEL ESPACIO BIOLÓGICO.

Dra. Yenni Brito Losada

yennibrito@nauta.cu, Departamento de Estomatología Policlínico “Mario Muñoz Monroy”, Cienfuegos, Cuba.

Dra. Arasay Calzada Bandomo

est5907@ucm.cfg.sld.cu, Departamento de Estomatología Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Resumen

Fundamento: El reconocimiento de las estructuras anatómicas del periodonto y el respeto por las distancias biológicas garantizan la convivencia entre el periodonto saludable y las restauraciones adyacentes. **Objetivo:** Determinar las lesiones que se presentan en los tejidos periodontales por invasión del espacio biológico. **Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con los pacientes que acudieron a la consulta de Periodoncia de la Clínica Estomatológica de Especialidades del municipio Cienfuegos durante el período de Junio 2015 a Septiembre 2017, con lesiones periodontales por invasión del espacio biológico. La muestra estuvo constituida por 43 pacientes. Se estudiaron las variables: edad, sexo, localización anatómica, causas de invasión del espacio biológico, lesiones periodontales y técnica quirúrgica. **Resultados:** la mayor parte de los pacientes se encontraron entre los 35 y 59 años de edad, predominando el sexo femenino; los dientes posteriores fueron los más afectados; las restauraciones sobreextendidas constituyeron la causa más frecuente de invasión del espacio biológico; la pérdida de la cresta ósea fue la lesión periodontal que más se presentó y el colgajo periodontal con remodelado óseo fue la técnica quirúrgica más utilizada para tratar las lesiones periodontales por invasión del espacio biológico. **Conclusión:** Cuando se invade el espacio biológico se producen alteraciones en los tejidos periodontales que generalmente llevan a la aparición de una lesión periodontal con graves repercusiones tanto desde el punto de vista periodontal como restaurador.

Palabras clave: ancho biológico, alargamiento coronario, colgajo periodontal.

Introducción

La relación armoniosa entre las restauraciones dentarias y el periodonto es de suma importancia para la obtención de una alta estética, función y confort de la dentición. Si por un lado, el periodonto debe estar en buen estado para iniciar la rehabilitación del paciente, por otro, las restauraciones deben mostrar adaptación con los tejidos periodontales, para que éstos, puedan permanecer saludables por un tiempo prolongado.⁽¹⁾

Aunque la mayoría de los dentistas son conscientes de esta importante relación, persiste la incertidumbre en cuanto a conceptos específicos como espacio biológico, su mantenimiento y aplicaciones de alargamiento de corona en los casos de invasión del espacio biológico.⁽²⁾

Se denomina espacio biológico a la unión dentogingival, la que ha sido descrita como una unidad funcional, compuesta por el tejido conectivo de inserción de la encía y el epitelio de unión.⁽³⁻⁷⁾

La importancia de esta estructura, radica en las consecuencias que se pueden derivar de su invasión, que puede inducir retracción gingival, pérdida ósea, hiperplasia gingival o combinaciones de estas alteraciones; todo ello, con graves consecuencias desde el punto de vista de la salud periodontal como de la estética gingival. ⁽²⁾

Si la invasión ha causado alteraciones patológicas, las distintas opciones terapéuticas de las que se disponen van encaminadas a alargar la corona dentaria, para procurar al tejido gingival supracrestal el espacio suficiente para una correcta inserción. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

Las tendencias actuales en la odontología conservadora hacen que, con mayor frecuencia, se precisen de determinadas técnicas quirúrgicas, más o menos complejas, con el objetivo de dar a los dientes naturales, la mayor longevidad posible. Por otro lado, la estética adquiere cada vez mayor relevancia en la sociedad, pero esta no es una justificación para invadir el espacio biológico de la encía durante un procedimiento odontológico; si la caries, fractura o perforación endodóntica, presentan un cuadro de invasión del espacio biológico y la pieza es restaurable, el alargamiento de corona debe planificarse antes de la restauración, para asegurar que esta se adapte de forma adecuada. ⁽¹¹⁻¹⁸⁾

Por lo anteriormente referido y teniendo en cuenta la demanda de pacientes que acuden a consulta con alteraciones periodontales provocadas por la invasión del espacio biológico, el presente estudio tiene como objetivo determinar las lesiones que pueden aparecer en los tejidos periodontales como consecuencia de dicha invasión.

Desarrollo

I-Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal cuyo escenario fue la consulta de Periodoncia de la Clínica Estomatológica de Especialidades del municipio Cienfuegos en el período de junio del 2015 a septiembre 2017. El universo estuvo constituido por los pacientes que acudieron a consulta con alteraciones periodontales por invasión del espacio biológico en el período de estudio. Como criterio de inclusión se consideró: la edad a partir de los 12 años, ambos sexos y manifestar conformidad para participar en la investigación. Se excluyeron pacientes con alguna contraindicación médica para efectuar abordajes quirúrgicos, dientes no restaurables o con desfavorable relación corono-radicular y embarazadas. La muestra quedó integrada por 43 pacientes. Los métodos para obtener información fueron la historia clínica de atención secundaria en Periodoncia y un modelo de recolección de datos. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, localización anatómica de la lesión, causas de invasión del espacio biológico, lesiones periodontales y técnica quirúrgica periodontal.

Los pacientes con invasión del espacio biológico fueron entrevistados y examinados en consulta, se les confeccionó la historia clínica de segundo nivel de atención en Periodoncia, se estableció plan de tratamiento y técnica quirúrgica para la recuperación del espacio. La información obtenida fue recogida en el modelo para la recolección de datos. Se procesaron los datos obtenidos para dar cumplimiento a los objetivos llevando la información a una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Los textos se procesaron en Microsoft Word. Los resultados se mostraron en tablas. Para la realización de esta investigación se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes que participaron en el estudio. Toda la información relacionada con los pacientes y los resultados a obtener se trató de forma confidencial y se manejó sólo por el personal que participó en la investigación

II-Resultados

En cuanto a la distribución de los pacientes según sexo, edad y localización anatómica de la lesión, la tabla 1 muestra que de un total de 43 pacientes, el 76,7% pertenecían al sexo femenino, el mayor porcentaje de pacientes se encontraba en el grupo de 35-59 años para un 48,8% y con respecto a la localización anatómica de la lesión, el 72,1% de los pacientes presentó la lesión en los dientes posteriores y el 27,9% en los dientes anteriores.

La tabla 2 muestra las causas que provocaron la invasión del espacio biológico. Las causas más frecuentes de invasión del espacio biológico fueron las restauraciones sobreextendidas con márgenes subgingivales (51,2%), constituyendo esta la causa principal de invasión del espacio, seguida por la aparatología de ortodoncia (16,2%), la caries subgingival (9,3%) y el cementado de restauraciones (9,3%). La fractura subgingival, el tallado y la perforación cervical del diente durante la preparación endodóntica fueron las causas de menor incidencia, las que representan el 6,9%, 4,7% y 2,3% respectivamente.

La tabla 3 muestra las lesiones periodontales que se presentaron como consecuencia de la invasión del espacio biológico, donde se observa que la pérdida de la cresta ósea (53,5%) fue la alteración periodontal con mayor frecuencia en los pacientes estudiados. La inflamación gingival (25,6%) y la hiperplasia gingival localizada (20,9%) presentaron un comportamiento similar.

En relación a las técnicas quirúrgicas periodontales utilizadas para la recuperación del espacio biológico, la tabla 4 muestra que el colgajo periodontal con remodelado óseo fue el proceder quirúrgico más empleado (48,8%), seguido por el colgajo periodontal sin remodelado óseo (30,2%), la gingivectomía a bisel externo (16,3%) y la gingivectomía a bisel interno (4,7%).

III-Discusión

El presente estudio describe las lesiones que se pueden presentar por invasión del espacio biológico, los tipos de dientes afectados, las causas que provocan la invasión y las técnicas quirúrgicas empleadas para la recuperación del espacio.

Frecuentemente, la invasión del espacio biológico se provoca al forzar la ubicación del margen de la restauración por querer ganar mayor retención cuando se trabaja en dientes con coronas clínicas cortas, también por temor a que se vean los márgenes de las restauraciones, "sobre todo a nivel del grupo anterior", por desconocimiento de las bases biológicas, principalmente, del concepto de espacio biológico, además, para evitar el procedimiento quirúrgico, reducir gastos y tiempo de tratamiento.⁽⁶⁾

En la investigación un alto porcentaje de pacientes presentó la lesión en los dientes posteriores, tanto en premolares como en los molares, lo que coincide con datos reportados por otros autores. Los primeros molares son frecuentemente los más afectados, debido a que son los primeros dientes permanentes en erupcionar en la cavidad bucal y presentan mayor riesgo de desarrollar caries y de experimentar rehabilitaciones. Una posible causa de la alta incidencia en los premolares, puede ser su configuración anatómica con concavidades corona-radicales que dificulta los procedimientos restauradores.⁽⁴⁻⁵⁾

Es importante señalar que, la afectación de los dientes anteriores, especialmente los superiores, es relevante en el estudio, lo que estuvo relacionado con la colocación subgingival de los márgenes de las restauraciones por motivos estéticos, esto conlleva el riesgo latente de fracaso debido a que dificulta la higiene y potencia la aparición de una lesión.

La literatura científica resalta la importancia que tiene analizar las características de los distintos materiales usados en las restauraciones que se ponen en contacto con la encía y se plantea que la resina (usada generalmente en el sector anterior) es un material deficiente cuando se ubica dentro del surco fisiológico, puesto que no llega a presentar un pulido suficientemente bueno, su superficie es porosa y las toxinas bacterianas tienen afinidad por esta.⁽¹⁾

La principal causa de invasión del espacio biológico fueron las restauraciones sobreextendidas con márgenes subgingivales. Varios autores coinciden con estos resultados, los que plantean que, la invasión del espacio biológico suele darse en situaciones como el tallado dentario, la retracción gingival, la toma de impresiones, el cementado de restauraciones, restauraciones sobreextendidas, o darse en condiciones fisiológicas como durante la erupción pasiva de los dientes.⁽⁷⁻¹²⁾

En la literatura consultada las restauraciones defectuosas con márgenes subgingivales como causa de invasión del espacio biológico, tienen una alta incidencia, lo que reafirma la hipótesis de algunos investigadores de que persiste un alto índice de iatrogenia.^(5-13, 17-21)

Las rehabilitaciones extensas dificultan las restauraciones dentro de los patrones ideales, dado a que en muchas ocasiones la profundidad de estas preparaciones predispone asimismo a los márgenes desbordantes, por la dificultad de adaptación correcta de la banda para la matriz y la cuña, en estos casos la caries en la superficie proximal de un diente posterior, constituye el ejemplo observado con más frecuencia; además en dichas situaciones se hace muy difícil verificar la integridad marginal de la restauración.^(3, 13-23)

Diversos autores coinciden en que los márgenes subgingivales deterioran la salud de los tejidos periodontales en la mayoría de los pacientes, dado a que contribuyen al acúmulo placa, el desarrollo de gingivitis y con una posible pérdida de la inserción. Además, se han hecho estudios en los que se ha comprobado la presencia de una flora subgingival parecida a la periodontitis crónica, con un elevado número de anaerobios gram negativos y la presencia de porphyromonas gingivalis, en dientes que presentaban restauraciones desbordantes.^(3-5, 10-14, 22-25)

En cuanto a las lesiones que pueden aparecer como consecuencia de la invasión del espacio biológico, la pérdida de la cresta ósea fue la manifestación periodontal que predominó en el estudio. Varios autores señalan que cuando se produce violación de la anchura biológica durante los procedimientos restauradores, el resultado habitual es la pérdida de la cresta ósea, la migración apical del epitelio de unión y la formación de una bolsa periodontal precoz. Además, no solo la violación en sentido longitudinal, sino

también, en sentido circunferencial. Si la restauración está sobrecontorneada y el epitelio no está en contacto íntimo con el diente, se provocará inflamación, siendo esta la primera respuesta y la más común del periodonto, al daño que se provoca por invadir el espacio biológico. ⁽⁵⁻¹⁷⁾

La hiperplasia gingival localizada es el cuadro patológico con mejor pronóstico y se da en áreas de periodonto grueso (interproximal). La literatura señala que, la invasión del espacio biológico puede ocasionar alteraciones patológicas como: reabsorción de la cresta ósea, desarrollándose un bolsa infraósea, recesión gingival y pérdida ósea localizada, hiperplasia gingival localizada, con mínima pérdida ósea, y la respuesta está relacionada con la susceptibilidad del paciente frente a la enfermedad periodontal, de forma que no todos los pacientes responden de la misma manera. ⁽¹¹⁻²⁵⁾

En la literatura científica se describen muchas técnicas quirúrgicas periodontales, que pueden ser ejecutadas para restablecer el espacio biológico, pero la mejor técnica dependerá del diagnóstico que se realice, de la necesidad de remover hueso, de la cantidad de encía adherida presente y si se trata de zonas altamente estéticas, además es importante el tipo de reabsorción ósea que tenga el paciente. ⁽¹⁵⁻²⁵⁾

El colgajo periodontal con remodelado óseo y sin remodelado óseo fueron las técnicas quirúrgicas más utilizadas en el estudio para recuperar el espacio biológico, estos resultados coinciden con los de varios autores. La remodelación ósea se efectuó en los casos donde el límite cervical de la lesión (márgenes dentales, límite de caries, líneas de fracturas) invadía el espacio biológico y existían menos de 3 mm hasta la cresta ósea. En los casos donde se realizó colgajo periodontal sin remodelado óseo, el límite cervical de la lesión invadía la zona del epitelio de unión o se encontraba dentro de la bolsa periodontal y existían más de 3 mm desde el límite de la lesión hasta la cresta ósea. La gingivectomía a bisel interno, se empleó en casos de inflamación gingival, en los que se requería un mínimo alargamiento de la corona en las caras libres, sin afectación del espacio interproximal. La gingivectomía a bisel externo se aplicó solo en pacientes con hiperplasia gingival. ⁽⁴⁻⁶⁾

Las técnicas de reposición apical se basan en el desplazamiento en bloque de la encía hacia apical, permiten conservar tejido gingival queratinizado y consiguen una longitud normal o fisiológica del epitelio de unión, por lo que su resultado es más estable, es necesario siempre tener en cuenta, al momento de suturar, que no se coloque el margen del colgajo a menos de 2 mm de la cresta ósea, pues se obtendría un surco muy superficial y un espacio biológico en sus mínimas dimensiones que podría acarrear una nueva invasión de dicha estructura. ⁽⁶⁾

El resultado que se obtienen con esta técnica es poco estético, sobre todo, si se va a emplear en el frente anterior, debido a la retracción gingival que la acompaña. Lamentablemente, uno de los efectos colaterales es el aplanamiento de las papilas interdentes, con efecto de "triángulos negros" en las troneras, pues mientras más apical sea necesario cortar hueso de soporte, más amplios serán los espacios interdentes y mayor es la apariencia de papilas planas y triángulos negros. ^(6, 20-25)

Es importante señalar que el profesional debe reconocer sus errores y evaluar su quehacer diario, pero en ocasiones resulta difícil la realización de tratamientos restauradores, sobre todo cuando existe la necesidad de colocar el margen de la restauración dentro del surco para evitar su visualización y a la vez mantenerlo a una distancia apropiada de la cresta ósea con la finalidad de no violar el espacio biológico. Por lo que no se puede dejar de ver a la odontología restauradora como un factor de riesgo importante en la etiología de la enfermedad periodontal. ^(4, 7,9)

Conclusiones

Los dientes posteriores fueron los más afectados, siendo las restauraciones sobreextendidas con márgenes subgingivales la principal causa de invasión del espacio biológico. La pérdida de la cresta ósea fue la lesión periodontal que predominó y el colgajo periodontal con ostectomía fue la técnica quirúrgica más utilizada para la recuperación del espacio.

Cuando se invade el espacio biológico se producen alteraciones en los tejidos periodontales que generalmente llevan a la aparición de una lesión periodontal con graves repercusiones tanto desde el punto de vista periodontal como restaurador.

Referencias bibliográficas

1. Matta Valdivieso E, Alarcón Palacios M, Matta Morales C. Espacio biológico y prótesis fija: concepto clásico a la aplicación tecnológica. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2012 [citado 10 Jun 2017]; 22(2): [aprox. 10p.]. Disponible en: <https://www.google.com/cu/search?q=Espacio+biol%C3%B3gico+y+pr%C3%B3tesis+fija%3A+Del+concepto+cl%C3%A1sico+a+la+aplicaci%C3%B3n+tecnol%C3%B3gica&oi=psy-ab.3..0.15831.18553.0.19524.1.1.0.0.0.0.284.284.2-1.1.0....0...1.2.64.psy-ab..0.1.283....0.ztDCzuS5YcQ>
2. Canales Huarua JG. Recuperación de espacio biológico. [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2013. [citado 6 May 2016]. Disponible en: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3155/1/Canales Huarua Jo hnnny Gustavo 2013.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3155/1/Canales%20Huarua%20Gustavo%202013.pdf)
3. Hualpa Castillo JL. Cambios en los tejidos periodontales inferidos por el provisional durante el tratamiento. [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2014. [citado 6 May 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6182>
4. Machón L, Hernández M, Espinoza M, Hidalgo de Andrade L, Andrade Acevedo R. Descripción de las causas y tipos de tratamiento efectuados en dientes con invasión del espacio biológico o con necesidad de cirugía preprotésica: serie de casos. Univ Odontol

[Internet]. 2010 [citado 10 Jul 2016]; 29(63): [aprox. 8p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987338>

5. Del castillo Ayquipa A, Torres Ramos G, Watanabe Velásquez R, Rios Valeriano M. Recuperación del espacio biológico con finalidad protésica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Unidad de Postgrado de la Facultad de Odontología [Internet]. 2011 Mar-Abr [citado 10 Jun 2015]; 2(2): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://docplayer.es/11060522-Recuperacion-de-espacio-biologico-con-finalidad-protésica.html>

6. Fombellida Cortázar F. Alargamiento quirúrgico de la corona dentaria por motivos restauradores. La elongación coronaria para el práctico general. Barcelona: Instituto Lácer de Salud Buco-Dental; 1999.p.23-52

7. Matta Valdivieso EA. Importancia del espacio biológico en confección de coronas de metalo-cerámicas [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010. [citado 6 May 2014]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/EDWINARNALDOMATTAVALDIVIE SO.pdf>

8. Mateo Guarnada VH. Importancia de la salud periodontal en las terminaciones de preparaciones dentarias fijas [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2012. [citado 6 May 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/reduq/2829/1/TESIS%20TESIS.pdf>

9. Colectivo de autores. Etiología y patogenia de las enfermedades periodontales agudas y crónicas. Compendio de Periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p.116-19

10. Calefi P, Sorgini D, Borie E, Toniollo M, Barros LA, Pedrazzi LA. Tratamiento periodontal quirúrgico en rehabilitación oral estética: reporte de caso clínico. Int J Odontostomat [Internet]. 2012 [citado 18 Jul 2016]; 6(3): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v6n3/art20.pdf>

11. Zeina Majzoub AK. Crown lengthening procedures: A literatura review. Seminars in Orthodontics [Internet]. Sept 2014 [citado 18 Jul 2017]; 20(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-c6d35471-450c-301e-af62-fe335f336c38>

12. Molano Valencia PE, Yepes Ramírez B, Cuadros M. Cirugía de alargamiento coronal y toma de impresión definitiva en la misma cita: una alternativa en casos especiales. Reporte de veinte casos. Univ Odontol [Internet]. Jul-Dic 2012 [citado 18 Jul 2017]; 31(67): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

13. Villaseñor Espín C, López Buendía MC. Tratamiento interdisciplinario de paciente con sonrisa gingival: Reporte de un caso. Revista Odontológica Mexicana [Internet]. 2013 [citado 18 Jul 2017]; 17(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2013/uo131i.pdf>

14. Sánchez Palomino N. Alargamiento quirúrgico de coronas clínicas [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [citado 6 May 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5844/1/Sanchez_pn.pdf
15. Martínez Hernández R, Marín González MG. Cirugía plástica periodontal en coronas clínicamente cortas para rehabilitación protésica. Revista Odontológica Mexicana [Internet]. 2013 [citado 18 Jul 2017]; 17(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1870199X13720433/1-s2.0-S1870199X13720433-main.pdf?_tid=8f4557f8-ad21-11e7-9ac0-00000aacb35f&acdnat=1507574711_72f2700855c543fc1d5fccb36ca6feb7
16. Cacciacane O, Cacciacane M. La importancia del grosor biológico. Dental Tribune Hispanic & Latin America [Internet]. 2013 [citado 18 Jul 2017]; [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.dental-tribune.com/htdocs/uploads/printarchive/editions/5d279cbf393c3b40a14c27f21c47295d_20-23.pdf
17. Hempton T, Dominici J. Contemporary crown-lengthening therapy. A review. JADA [Internet]. 2014 [citado 18 Jul 2017]; 141(6): [aprox. 8 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/44643119_Contemporary_Crown-Lengthening_Therapy
18. Castro Rodríguez YA, Bravo Castagnola F, Grados Pomarino S. Manejo del espacio biológico - revisión de literatura. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2014 [citado 2 Jul 2016]; 52(3): [aprox. 5p.]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/3/art-23/>
19. García Briseño ME. Alargamiento de corona. Revista Mexicana de Periodontología [Internet]. 2012 [citado 20 Jul 2016]; III(2): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/periodontologia>
20. KumarGanji K, Ashok Patil V. A comparative evaluation for biologic width following surgical Crown lengthening using gingivectomy and ostectomy procedure. International Journal of Dentistry [Internet]. 2012 [citado 2 Jul 2016]; 2012(479241): [aprox. 9p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/230834203_A_Comparative_Evaluation_for_Biologic_Width_following_Surgical_Crown_Lengthening_Using_Gingivectomy_and_Ostectomy_Procedure
21. Salazar JR, Giménez X. Agresión gingival con los procedimientos restauradores. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2013 [citado 2 Jul 2016]; 47(3): [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art20.asp>
22. Juárez Membreño IA, Lagos Lagosb A, Méndez Méndezb J, Montanares Torresb H. Evaluación clínica de los tejidos periodontales después del aumento de corona clínica. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral [Internet]. 2014 [citado 2 Jul 2017]; 7(2): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v7n2/art03.pdf>

23. Ledergerber Weisson RC. Problemas Periodontales más frecuentes relacionados al Tratamiento Ortodóntico en pacientes de la Clínica de Posgrado de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. MedPre [Internet]. 2011 [citado 16 Jun 2017]; 1(1): [aprox. 5p.]. Disponible en: http://medpre.med.ec/secciones/odontologia/1%20revista/Problemas%20Periodontales_odonto_1R.pdf

24. Eley BM, Soory M, Manson JD. Relación entre los tratamientos periodontal y restaurador. Periodoncia. Barcelona: Editorial Elsevier; 2012.p.400-05

25. Ramya Nethravathy J, Santhana Krishnan V, Ashwin Varghese T. Three different surgical techniques of Crown lengthening: A comparative stuy. J Pharm Bioallied Sci [Internet]. 2013 Jun [citado 16 Jun 2017]; 5(1): [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722696/journal>

Anexos

Tabla 1: Caracterización según edad, sexo y localización anatómica de la lesión.

		No	%
Sexo	Femenino	33	76,7
	Masculino	10	23,3
Edad	12-19 años	8	18,6
	20-34 años	12	27,9
	35-59 años	21	48,8
	Más de 60 años	2	4,7
Localización	Dientes anteriores	12	27,9
	Dientes posteriores	31	72,1

Tabla 2: Causas de invasión del espacio biológico.

Causas de invasión del espacio biológico	No.	%
Durante el tallado	2	4,7
Durante la toma de impresiones	0	0
Durante la retracción gingival	0	0
Cementado de restauraciones	4	9,3
Restauraciones sobreextendidas con márgenes subgingivales	22	51,2
Caries subgingival	4	9,3
Fractura subgingival	3	6,9
Aparatología de ortodoncia	7	16,3
Perforación cervical del diente	1	2,3
Total	43	100

Tabla 3: Lesiones periodontales por invasión del espacio biológico.

Lesiones periodontales	No.	%
Inflamación gingival	11	25,6%
Pérdida de la cresta ósea	23	53,5%
Recesión gingival y pérdida ósea localizada	0	0
Hiperplasia gingival localizada	9	20,9%
Total	43	100

Tabla 4: Técnica quirúrgica periodontal.

Técnica quirúrgica periodontal	No	%
Colgajo periodontal con remodelado óseo	21	48,8
Colgajo periodontal sin remodelado óseo	13	30,2
Gingivectomía a bisel externo	7	16,3
Gingivectomía a bisel interno	2	4,7
Total	43	100

TITULO: LETALIDAD HOSPITALARIA POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD SEGÚN ANTIMICROBIANO EMPÍRICO INICIAL. CIENFUEGOS. ENERO 2016- JUNIO 2017.

AUTOR: Dra. Iris González Morales, iris.gonzalez@gal.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, Jefa del Departamento Docente y de Investigaciones, Máster en Ciencias

COAUTOR: Dr. Jorge Armando Labrada González, jorgelabrada@nauta.cu, Policlínico Docente Área V, Cuba.

Dr. Luís Alberto Corona Martínez, luis.corona@gal.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguía Lima, Doctor en Ciencias Pedagógicas.

Dra. Leticia Justafre Couto, leticia@gal.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, Jefa del Departamento de Epidemiología, Máster en Ciencias

Dr. Moises Santos Peña, moises@gal.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, Coordinador del Centro Colaborador de la OPS – OMS en Organización, Calidad y Gestión, Máster en Ciencias

1. RESUMEN

La neumonía adquirida en la comunidad constituye un problema de salud mundial. Cuba, Cienfuegos y el hospital no escapan a esa realidad. La terapéutica inicial es empírica y los pacientes sin un tratamiento adecuado generalmente evolucionan al empeoramiento y la aparición de complicaciones. Con el objetivo de determinar el comportamiento de la letalidad hospitalaria por neumonía adquirida en la comunidad según el tratamiento antimicrobiano empírico inicial se realizó un estudio descriptivo, correlacional de series de casos en los pacientes con diagnóstico coincidente ingreso-egreso de neumonía adquirida en la comunidad en el período comprendido desde Enero del 2016 hasta Junio del 2017. La cefuroxima fue el antibiótico más utilizado en los enfermos. La letalidad global de la serie fue de 25.8 %, con un comportamiento del indicador muy parejo entre los antibióticos, aunque ligeramente superior en los que recibieron ceftriaxona. La clase de riesgo más frecuente en la serie fue la II B, seguida por la III B. La letalidad según clases de riesgo resultó más alta en la clase III B, mayores de 75 años y con enfermedades crónicas. Se concluye que continúa siendo la cefuroxima el antibiótico más utilizado y relacionado con una menor letalidad por esta afección, recomendándose mantener la propuesta antimicrobiana establecida y realizar estudios con análisis multivariados.

Palabras claves: neumonía adquirida en la comunidad, letalidad, tratamiento antimicrobiano empírico inicial.

2. INTRODUCCIÓN

El nivel alcanzado por la salud pública en el país exige un trabajo encaminado a perfeccionar la calidad de la labor médica asistencial. En el centro de atención de este proceso, se encuentran los servicios asistenciales de importancia por su impacto en el cuadro de salud del país. Dentro de estos problemas se encuentran las infecciones agudas del tracto respiratorio inferior, y particularmente, la neumonía adquirida en la comunidad (NAC).¹⁻⁵

Desde el 2001 ocupa el cuarto lugar entre las causas de muerte⁶, convirtiéndose en la principal causa de muerte de origen infeccioso. En el año 2012, existieron un total de 5 495 defunciones según reportó el Ministerio de Salud Pública, lo que representa una tasa de mortalidad bruta de 48.8 por 100 000 habitantes⁶. Estas tasas son significativamente más elevadas en los grupos de individuos de mayor edad⁶. El número de defunciones ha ido en aumento en el país, desde el 2015 donde se reportaron tasas de mortalidad por 100 000 mil habitantes de 59,0 y en el 2016, 60,6 por 100 000 mil habitantes respectivamente.⁶ Esta entidad ocasionó además en este año, 2.2 años de vida potencialmente perdidos.⁶

Cienfuegos, no escapa a esta realidad y la tasa de mortalidad bruta por neumonía en el año 2016 fue de 30,9 por cada 100 000 habitantes⁶. En la institución hospitalaria, la neumonía representa el 5,6 % de los pacientes vistos en el Departamento de Urgencias, además de ser la primera causa de muerte entre todas las enfermedades, con una letalidad que oscila alrededor del 25 %.¹⁻⁷

En diciembre del año 2001, se introdujo en la institución la guía de prácticas clínicas (GPC) para la atención a pacientes con NAC, como parte de considerar a la seguridad del enfermo y al mejoramiento de la calidad de la atención, un objetivo de trabajo priorizado por el Servicio, la vicedirección y la propia institución a su más alto nivel.^{1,3,7} Esta GPC para la atención a pacientes con NAC, incluyó, como una de las acciones a desarrollar, la estratificación en el Departamento de Urgencias. Para ello utiliza el

instrumento de estratificación de la neumonía adquirida en la comunidad (IENAC).^{1,3,7} En este instrumento contextualizado y con enfoque cualitativo, la estratificación está basada en la magnitud de la afección al momento de la evaluación médica y en las probabilidades de recuperación del paciente; de lo cual se derivan importantes decisiones de conducta y manejo terapéutico.^{1,3,7} Las decisiones relacionadas con el manejo terapéutico se refieren concretamente al tratamiento con antibióticos.¹ La terapéutica inicial casi siempre es empírica y por tanto lo suficientemente amplia en cuanto a espectro, para cubrir los patógenos potenciales.^{1,3,7-10} El régimen de tratamiento debe ser ajustado si los resultados del cultivo y/o serología revelan algún germen; no obstante, el esquema terapéutico más apropiado para el paciente debe ser individualizado.^{1,3,7-15} En los pacientes que no llevan un tratamiento adecuado la enfermedad generalmente evoluciona hacia la no resolución, al empeoramiento de los síntomas, la extensión de la sepsis y la aparición de complicaciones.^{1, 3,7-16} Por otra parte, el tratamiento adecuado reduce la duración de los síntomas, el riesgo de complicaciones y la mortalidad.^{1, 3, 7,14-19} Este último indicador y los factores que afectan la evolución, han sido estudiados con amplitud.¹⁷⁻²² Mediante análisis multivariado, se ha identificado como factor independiente asociado con la mortalidad el tratamiento con antibiótico inadecuado. En el año 2000, un estudio identificó esta situación como predictor independiente de mortalidad y en el año 2008, otro estudio comprobó, que el tratamiento antimicrobiano inadecuado tiene relación con la mortalidad.^{1, 3, 7, 14,15}

Luego de estos resultados, ha comenzado a realizarse como línea investigativa, un estudio sobre la relación existente entre el tratamiento antimicrobiano empírico utilizado y la probabilidad de morir. A partir de los primeros resultados obtenidos, se realizaron propuestas a la terapéutica antibiótica recomendada al ingreso, lo que ha motivado a que se continúen realizando trabajos que evalúen esta relación.^{17,19}

A partir de los elementos hasta aquí planteados ha sido considerado como problema de investigación: Se desconoce, el comportamiento de la letalidad hospitalaria por neumonía adquirida en la comunidad según tratamiento antimicrobiano empírico inicial. Por tanto, el objetivo de este trabajo es: Determinar el comportamiento de la letalidad hospitalaria por neumonía adquirida en la comunidad según el tratamiento antimicrobiano empírico inicial.

3. DESARROLLO

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, correlacional, de series de casos, en el Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, en los Servicios de Medicina Interna, Geriátrica y en las Unidades de Cuidados Intensivos, desde Enero del 2016 hasta Junio del 2017. La población de estudio estuvo constituida por los 325 pacientes con diagnóstico al ingreso - egreso de neumonía adquirida en la comunidad. Para dar cumplimiento al objetivo se revisaron las historias clínicas de los pacientes que fueron admitidos en el momento del ingreso y durante el tiempo que demoró el mismo hasta el egreso (vivo o fallecido). Todos los datos fueron recogidos en un formulario que incluyó las variables edad, tiempo enfermo antes del ingreso, enfermedades crónicas presentes, factores pronósticos adversos, tiempo de demora en la administración de la primera dosis, clase o estrato, antibiótico utilizado, tratamiento apropiado de las comorbilidades, cumplimiento de medidas terapéuticas adicionales, encamamiento durante el ingreso, estado al egreso, y la extensión de las lesiones en Rx. Los pacientes fueron agrupados por grupos etarios. Teniendo en cuenta la cantidad de días, que se

encontraron presentes los síntomas respiratorios, se determinó el tiempo enfermo del paciente. Así mismo, se identificaron las enfermedades crónicas presentes, haciéndose énfasis en la presencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Neoplasia de pulmón, Cirrosis Hepática, Diabetes Mellitus, entre otras.

Como factores adversos pronósticos, se consideró la presencia del alcoholismo, el tabaquismo y el encamamiento previo. Se determinó igualmente la dosis aplicada del antimicrobiano empírico y el tiempo de demora para la administración del mismo. Los pacientes fueron clasificados según estratos. Se determinaron la extensión de las lesiones radiológicas, el tratamiento de las comorbilidades donde procedía y el cumplimiento de las medidas terapéuticas adicionales. Finalmente se determinó el estado al egreso de los mismos, siendo la letalidad, el indicador de resultado. Se analizó la relación existente entre los antimicrobianos más utilizados al ingreso y la letalidad; dicho análisis se realizó adicionalmente, según un grupo de variables que pudieran intervenir como confusoras, agrupadas en 3 categorías y en relación a las clases de riesgo identificadas en el IENAC. Las categorías se exponen a continuación:

- a) relacionadas con algunas condiciones del paciente
- b) relacionadas con el proceso patológico en sí
- c) relacionadas con la intervención médica

Fueron utilizados, el estadígrafo χ^2 para diferencias de proporciones, y el Test exacto de Fisher en aquellas situaciones en que no pudo ser utilizado el primero; también se utilizó la razón de productos cruzados (OR, por sus siglas en inglés) para medir la fuerza de asociación antimicrobiano-letalidad. Se aceptó un nivel de confianza de 95 % ($p < .05$). Los resultados se presentan en forma de tablas de frecuencia y de relación de variables, expresados en números y por ciento. La información fue obtenida del departamento de estadísticas del Hospital Provincial, registro de morbilidad al egreso e historias clínicas así como los protocolos de necropsias. Por las características del estudio no fue necesario realizar consideraciones bioéticas particulares. La investigación realizada no es un ensayo clínico, es un estudio efectuado en las condiciones reales de la práctica asistencial, donde los autores no influyeron en los criterios de "caso", ni en la asignación del antibiótico empleado, todo lo cual genera limitaciones en la interpretación de los resultados obtenidos. Se desconoce, además, el agente causal concretamente responsable de la neumonía en cada uno de los pacientes de la serie.

3.2 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La letalidad global de la serie fue de 25.8 % (Tabla 1), con un comportamiento de dicho indicador muy parejo entre los antibióticos, aunque ligeramente superior en los que recibieron ceftriaxona (29%) y la cefuroxima reporta la más baja con 24 %. La frecuencia en que se utilizó la cefuroxima como antibiótico empírico inicial, guarda relación con las modificaciones realizadas a las recomendaciones terapéuticas, luego que dicho antibiótico inicialmente utilizado se relacionó con una menor letalidad.¹⁷ En cuanto a la letalidad global de la serie, fue menor en relación a lo descrito por los autores de la primera investigación.¹⁷

La clase de riesgo más frecuente en la serie fue la II B, seguida por la III B. La letalidad según clases de riesgo mostró el mismo resultado en las clases II A y II B (22 %), siendo la letalidad más alta en la clase III B (50 %); no hubo fallecidos en la clase III A (Tabla 2). En la clase II A, la letalidad más baja se observó en los tratados con ceftriaxona (9 %), mientras que la más elevada estuvo en los medicados con

amoxicilina/sulbactan (44 %). En la clase II B se dio la situación contraria, pues la letalidad más baja se observó en los tratados con amoxicilina/sulbactan. La ceftriaxona mostró los niveles de letalidad más elevados en los pacientes de la clase III B (60 %), mientras que los más bajos fueron observados en los tratados con cefuroxima (41 %). Coinciden estos resultados, con los estudios anteriores,^{17,19} y las letalidades según clases de riesgo tuvieron comportamiento similar, con incrementos progresivos en todas las series desde la clase II A hasta la clase III B, como era de esperar en total correspondencia con los contextos que conforman cada estrato, a pesar de no ser el IENAC, un instrumento elaborado para pronóstico. Este resultado coincide igualmente con lo descrito por otros investigadores.¹⁷

La letalidad por neumonía se incrementó progresivamente con la edad (máxima, 36 % en los mayores de 74 años; solo de 5 % en los menores de 60 años). Obviando este último subgrupo, en los otros dos subgrupos de edades la letalidad fue bastante pareja entre los diferentes antimicrobianos, pero con valores superiores en los tratados con ceftriaxona que oscila entre el 3 y el 36 % en los de más de 75 años. (Tabla 3). Los estudios anteriores^{17,19}, mostraron resultados similares de la letalidad, la cual se fue incrementando a medida que aumentaba la edad de los enfermos y en relación con el antimicrobiano, la misma fue muy similar, al ser la cefuroxima en el grupo de 60 – 74 la que más baja letalidad.

En los pacientes con hasta 3 días de evolución antes del ingreso, la letalidad fue ligeramente superior. En ambos subgrupos de pacientes se observó un resultado muy similar al descrito en la tabla anterior: valores de letalidad muy similares entre los distintos antimicrobianos, pero siempre superiores en los que recibieron ceftriaxona (Tabla 4). Al analizar, la letalidad como indicador de resultado, en estas variables y la relación con el antimicrobiano¹⁷ se reportó que la cefuroxima, fue el antibiótico con una letalidad inferior en los enfermos de más de tres días de evolución.

La letalidad fue superior en los pacientes con enfermedades crónicas de base (28 % contra 16 %). En estos pacientes, la letalidad fue similar entre los tres antimicrobianos, pero igualmente un poco superior en los tratados con ceftriaxona (Tabla 5). En cambio, este último antibiótico mostró la letalidad más baja en el subgrupo de pacientes sin enfermedades crónicas de base. Otros estudios revelan^{17,19} que la letalidad resultó ser el doble en los pacientes con enfermedades crónicas de base y los tratados con cefuroxima reportaron las más bajas tasas, mientras que la más alta se encontraron en los tratados con cefotaxima. En el resto de los pacientes la letalidad más baja se constató en los tratados con amoxicilina/sulbactan y la más elevada en los tratados con ceftriaxona.

Prácticamente no hubo diferencias en la letalidad entre los subgrupos conformados por la presencia o no de factores condicionantes previos. En los primeros, el comportamiento de la letalidad fue casi el mismo entre los antibióticos; en los segundos, la letalidad osciló desde 0 % en los tratados con amoxicilina/sulbactan hasta 32 % en los tratados con ceftriaxona (Tabla 6). Al comparar estos resultados, los mismos coinciden con los estudios previos,⁷⁶ donde fue descrita una letalidad ostensiblemente superior en aquellos que tenían factores condicionantes previos¹⁹ y mostrando así mismo, una alta letalidad la ceftriaxona en los que no se identificaban la existencia de factores condicionantes.

La letalidad por neumonía fue de 29 % en los pacientes con encamamiento previo, mientras que en los fumadores fue de 22 % (Tabla 7). Tanto en los pacientes

encamados antes del ingreso como en los que declararon tabaquismo el comportamiento de la letalidad por neumonía fue bastante similar en los tres antimicrobianos. En este estudio, se reportan letalidades más elevadas en los pacientes con encamamiento previo y en los tres antimicrobianos, coincidiendo con lo descrito por otros autores.⁷⁶ El comportamiento de la letalidad en otras series¹⁷, según el tipo de factor condicionante presente, tanto en los pacientes fumadores como en los encamados las cifras más bajas de letalidad fueron observadas en los tratados con cefuroxima.

En cuanto a la distribución radiológica de las lesiones inflamatorias (Tabla 8), la letalidad más alta fue observada en los pacientes con afectación de un solo pulmón pero de más de un lóbulo (47 %); este indicador fue muy similar en los que tenían afectación de un lóbulo (21 %) y los que tenían lesiones bilaterales (22 %). El patrón ya descrito de similitud en el comportamiento de la letalidad entre los distintos antimicrobianos también fue observado en los pacientes con lesiones radiológicas circunscritas a un lóbulo y en los pacientes con lesiones bilaterales. En los pacientes con afectación de un solo pulmón pero de más de un lóbulo se observó una letalidad mucho más elevada en los tratados con ceftriaxona (65 % vs 40 % y 41 % en los tratados con amoxicilina/sulbactan y cefuroxima respectivamente). Resultados similares en cuanto a la letalidad según distribución de las lesiones radiológicas fueron descritos previamente¹⁹ en otros estudios. Es de señalar que en estudios realizados¹⁷, se observó el patrón de comportamiento de la letalidad ya varias veces señalado: menor letalidad en los tratados con cefuroxima y mayor letalidad en los tratados con ceftriaxona.

La letalidad disminuyó progresivamente en la medida que fue mayor el tiempo de demora en la administración de la primera dosis del antibiótico: 29 % en la categoría “hasta 4 horas”, 25 % en la categoría “más de 4 horas y hasta 8 horas” y 13 % en los que recibieron el medicamento pasadas las 8 horas de hospitalización (Tabla 9). En la primera categoría las diferencias más evidentes fueron observadas entre la amoxicilina/sulbactan y la ceftriaxona, a favor de la primera (23%). Resultado inverso se observó en el segundo grupo, al mostrar la amoxicilina/sulbactan, la letalidad más elevada (38 %). En los tratados después de las 8 horas del ingreso la letalidad menor fue observada en los que recibieron cefuroxima (9 %). Se ha demostrado en estudios realizados^{17,19} en los tres subgrupos de pacientes que los tratados con cefuroxima mostraron las letalidades más baja. Millares¹⁹ describió en los dos grupos extremos según esta variable, la letalidad más baja en los tratados con cefuroxima y la letalidad más elevada se constató tanto en los tratados con ceftriaxona (31 %).

Se comprobó una diferencia de 17 puntos porcentuales en la letalidad entre los grupos conformados por el tratamiento adecuado o no de las comorbilidades (Tabla 10), a favor de los primeros (28%). Casi todos los pacientes pertenecieron al primer grupo, y en ellos prácticamente no fueron observadas diferencias en la letalidad entre los subgrupos conformados por cada uno de los antibióticos del estudio, aunque dicho parámetro fue ligeramente superior en los tratados con ceftriaxona. Estos resultados no coinciden con Miralles Ocampo,¹⁹ que no describió grandes diferencias en la letalidad entre los grupos conformados por el tratamiento adecuado o no de las comorbilidades. Sin embargo la serie de Mederos y colaboradores¹⁷ los pacientes con tratamiento adecuado de las comorbilidades y tratados con cefuroxima mostraron la letalidad más baja.

Aunque el no cumplimiento de las medidas terapéuticas adicionales sólo se presentó en el 4 % de los estudiados, en estos pacientes la letalidad por neumonía fue mayor (38%). En el grupo de pacientes más numeroso tampoco hubo notables diferencias en el comportamiento de la letalidad (Tabla 11). Se reporta series previas¹⁹, diferencias evidentes en la letalidad entre aquellos en los que fueron cumplidas las medidas terapéuticas adicionales y en los que no fueron cumplidas, en ambos grupos de pacientes el comportamiento de la letalidad fue bastante similar.

La ocurrencia de encamamiento durante la hospitalización se acompañó de una mayor letalidad por neumonía (31 %) en aquellos pacientes que no presentaron esa situación (22 %) (Tabla 12). En los pacientes que no sufrieron encamamiento, el comportamiento de la letalidad fue muy similar en los tres antibióticos; las diferencias en la letalidad entre los antimicrobianos fue más ostensible en los que estuvieron encamados, donde las cifras más bajas fueron observadas en la cefuroxima (27 %) y las más altas en la ceftriaxona (39 %). Similar situación en la letalidad asociada al encamamiento durante la hospitalización fueron descritas en estudios consultados.^{17,19}

Consideración final

Los autores de la investigación señalan, que fueron excluidos de los análisis en esta serie de casos, cuatro pacientes estratificados como clases de riesgo IA y IB. De igual manera, no se realizaron análisis de las variables escogidas con la cefotaxima, al ser utilizada sólo por 3 pacientes. Los resultados finales, las diferencias encontradas y su interpretación, pueden guardar relación con el tipo de estudio realizado y las variables que se correlacionan en un momento dado, si tenemos presente la existencia de otras muchas condicionantes, que sólo con la realización de análisis multivariados se podrían determinar.

4. CONCLUSIONES

En los pacientes con *neumonía adquirida en la comunidad* en la serie estudiada, continúa siendo la cefuroxima el antibiótico más utilizado y el que estuvo relacionado con una menor letalidad por esta afección en relación al resto de los antimicrobianos analizados en el estudio. A pesar de ello, no existen diferencias ostensibles en cuanto a la letalidad entre los diferentes antimicrobianos utilizados y las variables seleccionadas para realizar el estudio.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fragoso Marchante MC, González Morales I, Corona Martínez LA. Protocolo de buenas prácticas clínicas de neumonía adquirida en la comunidad. 2012. [Citado 10 abril 2015]; [aprox. 9 p.] Disponible en http://www.gal.sld.cu/_store/GPC/Medicina/Medicina_Interna/Neumonia.htm.
2. Mandell L. Community acquired pneumonia. BMJ 2010; 341:c2916. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/234240-overview>
3. Fragoso Marchante MC, González Morales I, Sierra Martínez D. Neumonía adquirida en la comunidad. Medisur 2007; 5(1) Supl 1: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/263/542>
4. González Castillo J, Javier Candel F, Jiménez Julián A. Antibióticos y el factor tiempo en la infección en urgencias. Enferm Infec Microbiol Clin. 2013; 31(3):173-80. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-110866>
5. Mínguez Clemente P, Valle Falcones M, Moradiellos Díez FJ. ¿Es posible mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias

- hospitalarios? ArchBronconeumol. 2010; 46(8): 445-450. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3261499>
6. Minsap. Anuario estadístico de salud 2016. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Fecha de acceso: Octubre 2017. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/anuario_2016.pdf
7. Fragoso Marchante MC, Espinosa Brito AD, Álvarez Amador G, González Morales I, Bernal Muñoz JL, Mosquera Fernández MA. Adherencia a las guías de prácticas clínicas sobre neumonía adquirida en la comunidad y su relación con la mortalidad. Medisur 2010; 8(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000400008
8. Riverón Proenza I, Legra Alba N, del Campo Mulet E, Toledano Grave de Peralta Y. Tratamiento antimicrobiano en pacientes con afecciones respiratorias bajas. Medisan 2014; 18(10): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000006
9. Fung HB, Monteagudo-Chu MO. Community-acquired pneumonia in the elderly. *Am J GeriatrPharmacother*. 2010 Feb;8(1):47-62.
10. Mínguez Clemente P, Manuel Valle Falcones M, Moradiellos Díez FJ. ¿Es posible mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias hospitalarios? Arch Bronconeumol. 2010; 46(8):445–450.
11. Bantar C, Curcio D, Jasovich A, Bagnulo H, Arango A, Bavestrello L, et al. Neumonía aguda adquirida en la comunidad en adultos: Actualización de los lineamientos para el tratamiento antimicrobiano inicial basado en la evidencia local del Grupo de Trabajo de Sudamérica (ConsenSurl). Rev. chil. infectol. [revista en la Internet]. [citado 2011 Feb 08]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000400002
12. Galindo Sainz J, Tejada García RA, Hanssen Carrión F, Jiménez Jiménez MO. Neumonía adquirida en la comunidad. Validación de un instrumento pronóstico en una cohorte mexicana. Volumen 26, núm. 5, septiembre-octubre 2010.
13. Frei CR, Attridge RT, Mortensen EM, Restrepo MI, Yu Y, Oramasionwu CU, Ruiz JL, Burgess DS. Guideline-concordant antibiotic use and survival among patients with community-acquired pneumonia admitted to the intensive care unit. ClinTher. 2010 Feb; 32(2):293-9.
14. Corona Martínez LA, Fragoso Marchante MC, González Morales I, Hernández Abreus C, Sierra Martínez D, Fresneda Quintana O. Valoración del índice de riesgo como instrumento para la estratificación del paciente con neumonía adquirida en la comunidad en el Departamento de Urgencias. Medisur 2005; 3(2).
15. González Morales I, Espinosa Brito AD, Álvarez Amador G, Fragoso Marchante MC, Mosquera Fernández MA. Evaluación del cumplimiento de la guía de práctica clínica para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Medisur 2009; 7(3).
16. Tirado Bientz JI, Cigales Reyes MJ, Morejón García M. Terapéutica antimicrobiana en la neumonía adquirida en la comunidad. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2013 [citado Ag. 2013];12(2):202-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200007&lng=es
17. Mederos Sust S, Corona Martínez LA, González Morales I, Fragoso Marchante MC, Hernández Abreu C. Letalidad hospitalaria por neumonía adquirida en la comunidad según el tratamiento antimicrobiano inicial. Rev Cubana Med. 2014;53(2)

18. Báez Saldaña R, Gómez Zamora C, López Elisondo C, Molina Corona H, Santillán Martínez A, Sánchez Hernández J, et al. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientadora a la calidad de la atención médica. *Neumol Cir Torax*. 2013;72(Supl 1):6-43.

19. Corona-Martínez L, González-Morales I, Ocampo-Miralles P, Borroto-Lecuna S, Corona-Fonseca M. Letalidad en hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad según antibiótico inicial. Estudio comparativo de dos series de casos. *Medisur [revista en Internet]*. 2016 [citado 2017 Oct 24]; 14(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3200>

20. Zamora Ones C, Li Díaz H, Medero Oviedo A, Pichardo Hernández O. Neumonía adquirida en la comunidad, respuesta a la antibioticoterapia en adultos hospitalizados. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA*. 2016 23(1)

21. Miranda Chaviano J, Fuentes Morales R, Chaviano León JM, Rojas Paz LL. Factores de riesgo de mortalidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. *Acta Médica del Centro / Vol. 11 No. 1 2017*

ANEXOS

Tabla 1. Letalidad (en %) según antimicrobiano. Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

	No. Fallecidos	Letalidad
Trifamox (n= 64)	16	25
Cefuroxima (n= 153)	37	24
Ceftriaxona (n= 105)	31	29
Cefotaxima (n= 3)	0	0
Total (n= 325)	84	25.8

Tabla 2. Letalidad (en %) según antimicrobiano y clase de riesgo. Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

Clase riesgo	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
IIA	44 (4 de 9)	21 (6 de 29)	9 (1 de 11)	-
IIB	12 (4 de 34)	24 (23 de 97)	24 (18 de 74)	0 (de 1)
IIIA	0 (de 3)	0 (de 7)	-	0 (de 2)
IIIB	47 (8 de 17)	41 (7 de 17)	60 (12 de 20)	-

Tabla 3. Letalidad (en %) según antimicrobiano y edad (en años). Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

Edad	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
Hasta 59	0 (de 12)	8 (3 de 40)	3 (1 de 30)	0 (de 1)
60 a 74	25 (3 de 12)	22 (8 de 36)	30 (7 de 23)	-
75 y más	33 (13 de 40)	34 (26 de 77)	44 (23 de 52)	0 (de 2)

Tabla 4. Letalidad (en %) según antimicrobiano y tiempo enfermo antes del ingreso (en días). Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

Tiempo	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
Hasta 3	27 (16 de 59)	26 (33 de 126)	32 (19 de 60)	0 (de 2)
+ de 3	0 (de 5)	15 (4 de 27)	27 (12 de 45)	0 (de 1)

Tabla 5. Letalidad (en %) según antimicrobiano y presencia o no de enfermedades crónicas de base. Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
Con EC	27 (14 de 51)	25 (30 de 122)	34 (30 de 88)	0 (de 2)

Sin EC	15 (2 de 13)	23 (7 de 31)	6 (1 de 17)	0 (de 1)
--------	--------------	--------------	-------------	----------

Tabla 6. Letalidad (en %) según antimicrobiano y existencia previa o no de factores condicionantes. Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

Factores	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
Si	27 (16 de 59)	26 (34 de 133)	28 (19 de 68)	0 (de 2)
No	0 (de 5)	15 (3 de 20)	32 (12 de 37)	0 (de 1)

Tabla 7. Letalidad (en %) según antimicrobiano y factor condicionante previo. Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

Factor	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
Tabaquismo	16 (3 de 19)	25 (13 de 53)	23 (6 de 26)	0 (de 1)
Encamamiento	33 (13 de 40)	26 (21 de 80)	31 (13 de 42)	0 (de 1)

Tabla 8. Letalidad (en %) según antimicrobiano y extensión de las lesiones en el Rx de tórax. Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

Extensión	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
Circunscritas a un lóbulo	23 (7 de 31)	20 (15 de 74)	21 (11 de 52)	0 (de 2)
Más de un lóbulo de un mismo lado	40 (4 de 10)	41 (11 de 27)	65 (11 de 17)	0 (de 1)
Bilaterales	23 (5 de 22)	18 (9 de 50)	26 (9 de 34)	-

Tabla 9. Letalidad (en %) según antimicrobiano y tiempo de demora en la administración de la primera dosis (en horas). Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

Tiempo	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
Hasta 4	23 (9 de 40)	29 (24 de 84)	34 (20 de 58)	0 (de 1)
De 4 - 8	38 (6 de 16)	23 (11 de 47)	23 (9 de 39)	0 (de 1)
Más de 8	13 (1 de 8)	9 (2 de 22)	25 (2 de 8)	0 (de 1)

Tabla 10. Letalidad (en %) según antimicrobiano y tratamiento adecuado o no de las comorbilidades. Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

Tratamiento Adecuado	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
Si	26 (13 de 50)	26 (31 de 119)	32 (27 de 84)	0 (de 2)
No	50 (1 de 2)	33 (1 de 3)	50 (3 de 6)	-

Tabla 11. Letalidad (en %) según antimicrobiano y cumplimiento o no de las medidas terapéuticas adicionales. Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
Si	24 (15 de 63)	23 (34 de 146)	29 (27 de 93)	0 (de 2)
No	100 (1 de 1)	43 (3 de 7)	33 (4 de 12)	0 (de 1)

Tabla 12. Letalidad (en %) según antimicrobiano y ocurrencia o no de encamamiento durante el ingreso. Enero 2016 – Junio 2017. HPGAL

	Trifamox	Cefuroxima	Ceftriaxona	Cefotaxima
Si	31 (10 de 32)	27 (17 de 64)	39 (15 de 38)	-
No	19 (6 de 32)	22 (20 de 89)	24 (16 de 67)	0 (de 3)

LIPOSARCOMA PLEOMORFO DE PARED TORÁXICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Autora: Dra. C Lidia Torres Aja*

Coautores:Dr. José Alberto Puerto Lorenzo**

Dra. Eslinda Cabanes Rojas***

Dr. Cristóbal Gastón Avilés****

*liadata@jagua.cfg.sld.cu, hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Dra. en Ciencias Médicas, Máster en Educación, Máster en Atención integral a la mujer.

**jose.puerto@gal.sld.cu, hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

*** eslinca.cabanes@gal.sld.cu, hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

****gaston@gal.sld.cu hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

RESUMEN

Los sarcomas de partes blandas, por su incidencia, no constituyen un problema de salud, ya que representan entre el 1 y el 2 % de las neoplasias del adulto, y entre el 10 y el 15 % de las pediátricas

Pueden presentarse en cualquier sitio del cuerpo pero corresponden a las extremidades el 60 % , al tronco el 30% y el 10% restante a la cabeza y el cuello. Histológicamente, los liposarcomas se dividen en: bien diferenciados, mixoides, de células redondas, y pleomorfos.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años portador de un liposarcoma pleomorfo de pared torácica.

La decisión de dar a conocer este caso, se fundamenta en su carácter infrecuente, al ser el tercero diagnosticado en nuestra provincia.

Palabras clave: Liposarcoma; neoplasias torácicas; pared torácica

INTRODUCCIÓN

Los tumores del tejido adiposo se dividen de acuerdo a su naturaleza en: benignos y malignos.¹

Los tumores benignos del tejido adiposo o lipomas, son los tumores benignos más frecuentes de la vida adulta. Se clasifican según sus características morfológicas específicas en varias subclases: lipoma convencional, fibrolipoma, angioliipoma, lipoma de células fusiformes, mielipoma, lipoma pleomorfo

A su vez los tumores malignos(liposarcomas se dividen desde el punto de vista histológica en: liposarcomas bien diferenciados, liposarcomas mixoides, liposarcomas de células redondas, y liposarcomas pleomorfos.^{1,2}

En el liposarcoma bien diferenciado las células se reconocen con facilidad como adipositos y el tumor puede confundirse con un lipoma. En las restantes variedades, las células sugestivas de diferenciación se denominan lipoblastos, pues remedan las células fetales. Estas contienen vacuolas redondeadas en su citoplasma que festonean los núcleos.^{3,4}

La variante mixoide es la más frecuente y está formada por un fondo mixoide en el que existen células mesenquimatosas estrelladas y aislados lipoblastos diseminados. Muestra una gran vascularización que adopta un patrón en “tela metálica”. La variante mixoide, no así las otras, contiene una translocación cromosómica equilibrada característica.⁵

Los tipos bien diferenciados y mixoides son relativamente querecentes⁶, mientras que las variantes de células redondas y pleomorfos suelen ser muy agresivos, tienden a recidivar una y otra vez y conllevan un pronóstico desfavorable.⁷

Este trabajo tiene como **objetivo** presentar el caso de un paciente con liposarcoma pleomorfo grado II, localizado en la pared torácica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 72 años de edad, blanco, residente en la porción urbana del municipio de Cienfuegos que es traído a consulta central de Mastología por presentar tumoración de gran tamaño en la región torácica anterior con signos inflamatorios que se extienden a la mama homolateral.

Al examen físico se constata tumoración de gran tamaño, ulcerada con signos inflamatorios que se extienden a la mama cercana, pero cuyo origen es independiente del tejido mamario.

Se realiza exéresis de dicha tumoración, informándose mediante la biopsia por parafina que se trataba de un liposarcoma pleomorfo grado II de la pared torácica..

Actualmente el paciente tiene 5 meses de operado y ha evolucionado satisfactoriamente; siendo seguido por consulta de Oncología para la terapéutica complementaria de la cirugía.

DISCUSIÓN DEL CASO

Como anteriormente mencionábamos los sarcomas de partes blandas por su baja incidencia no constituyen un problema de salud. Tanto a nivel mundial, como continental y nacional, representan solo entre el 1 y el 2% de los tumores malignos que aquejan al adulto y el 10 al 15% de los que se presentan en los niños.^{4,8,9}

Aunque el mayor número se localiza en las extremidades; un 30%(como en el caso que nos ocupa) se localiza en la pared torácica.

Habitualmente debutan como un aumento de volumen, localizado en las partes blandas de crecimiento progresivo con acompañamiento o no de dolor. Este tumor resultó de menor tamaño que los reportados en la provincia en los años 2008 y 2012.^{10, 11}

Las variedades histológicas más frecuentes de sarcomas en el adulto son: liposarcomas, histiocitomas fibrosos malignos, fibrosarcomas y sarcoma sinovial y en los niños el rhabdomyosarcoma.²

En este caso se trata de un liposarcomas, la variedad histológica más frecuente y dentro de este la variedad pleomorfa que es una de las de peor pronóstico.

Se plantea que los liposarcomas aparecen con mayor frecuencia en la quinta década de la vida; en el caso que estudiamos este se presenta en la séptima década de la vida.

Este es el tercer caso de liposarcoma pleomorfo de pared torácica diagnosticado en la provincia de Cienfuegos y dos de ellos se han presentado en edades mayores a aquellas señaladas como las de mayor riesgo para su aparición

Ratificamos la relevancia del caso, justificada por la baja frecuencia de presentación de esta entidad, siendo este el tercer caso diagnosticado y reportado en la provincia de Cienfuegos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Debonis D. Sarcoma de partes blandas. Separata 2014 - Vol. 22 N° 5
2. Brennan M.F; et al. Lecciones aprendidas del estudio de 10,000 pacientes con sarcomas de partes blandas. Rev Chil Cir. Vol 67 - N° 1, Febrero 2015; pág. 109-
3. Lobo Garcia, A. M. Vargas, C. Fernández Rey, Y. Rodriguez, D. A. Puentes Bejarano, C. Oliva Fonte; SegoviaES. Sarcomas de partes blandas más frecuentes en adultos. SERAM 2014: 10.1594/seram2014/S-0585
- 4-Sean D. Raj, MD; Samuel Rogers, BS; Gerard W. del Junco, MD; and Karla Sepulveda, MD. Dedifferentiated liposarcoma of the adult male breast Radiology Case Reports . 2014; 9(2)
5. Saito T, Ryu M, Fukumura Y, Asahina M, Arakawa A, Nakai K, Miura H, SaitoYao T A case of myxoid liposarcoma of the breast. Int J Clin Exp Pathol. 2013; 6 (7): 1432-1436.
6. Caro Sánchez C HS, Flores Balcázar Christian H, Mejía Pérez A, López-Navarro O, Robles Vidal Carlos D, Rosales Pérez S, Pérez Sánchez V. Liposarcoma mixoide y de células redondas con metástasis mamaria bilateral. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Mex Mastol 2014; 4 (2): 52-57.
- 7- Mukherjee A, Nath J, Dey D, Chakravorty S, Sinha S and Chatterjee T. Rare Case Report of Primary Pure Pleomorphic Liposarcoma of Breast with Cytological and Histopathological Findings. Journal of Cancer Science and Clinical Oncology.2017; 4(1).
8. Gooskens SL, Oranje AP, van Adrichem LN, de Waard-van der Spek FB, den Hollander JC, van de Ven CP, van den Heuvel-Eibrink MM. Imatinib mesylate for children with dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP). Pediatr Blood Cancer. 2010 ;55:369-73.
- 9.Lobna Ayadi, Saloua Makni, Rim Kallel, Chiraz Châari, Karima Abbès, Abdelmajid Khabir, Tahya Sellami-Boudawara.An unusual pediatric sarcoma of the neck. La tunisie Medicale .2010 ;88 : 129-130.
- 10-SarmientoSánchez J; Torres Aja L; González Díaz D. Liposarcoma de pared torácica. Presentación de un caso. Rev. Medisur 2008; 6(1)

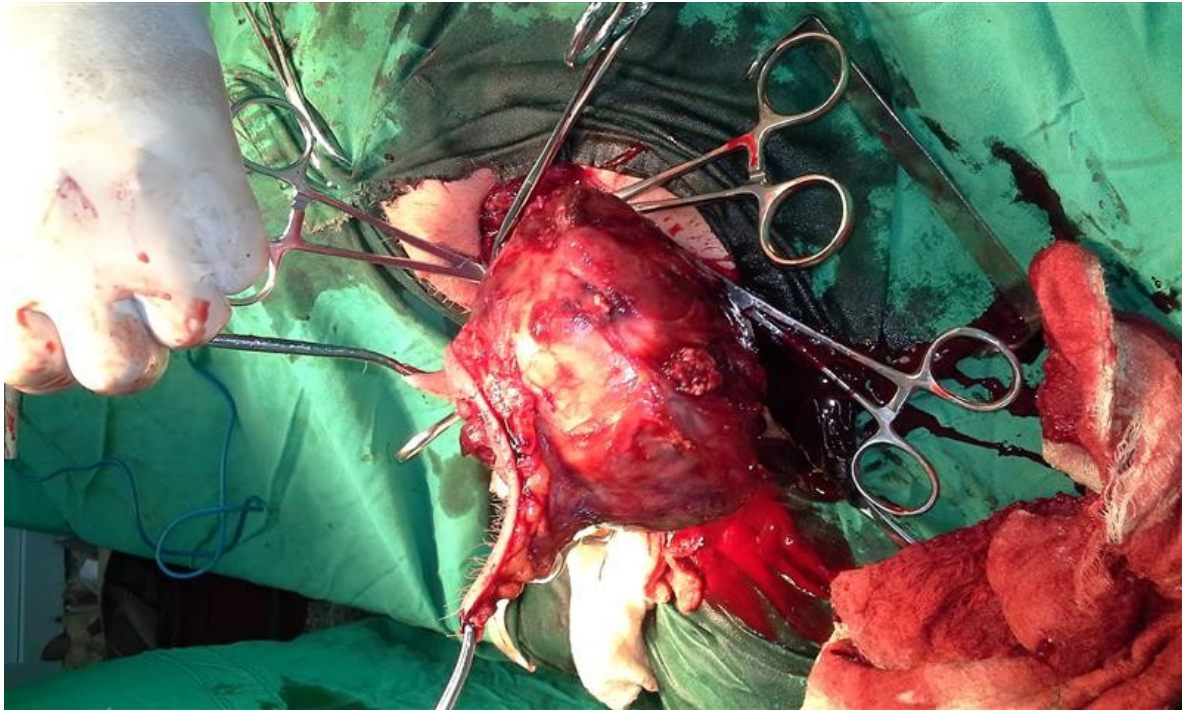
TESTIMONIO GRÁFICO

Foto 1: paciente con tumor ulcerado de pared torácica



Foto 2:

Tumor en el momento de la exeresis



LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS, UN RETO PARA LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SUMINISTRO DE SANGRE

Sánchez Frenes, Pedro ¹
Rojo Pérez, Nereida ²
Hernández Malpica, Sara ³
Sánchez Bouza, María de Jesús ⁴
Fernández Delgado, Norma ⁵
Cabrera Álvarez, Elia N ⁶

¹ pedrosf@jagua.cfg.sld.cu. Banco de Sangre Provincial de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.

² nereida.rojo@infomed.sld.cu. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.

³ sarahm@jagua.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”, Cienfuegos, Cuba.

⁴ mf4709@ucm.cfg.sld.cu. Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”, Cienfuegos, Cuba.

⁵ nfdez@infomed.sld.cu. Instituto de Hematología e Inmunología, La Habana, Cuba.

⁶ elita@ucf.edu.cu. Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”, Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Introducción. La provincia de Cienfuegos es autosuficiente para satisfacer las demandas transfusionales actuales. Sin embargo, esta situación podría modificarse en los años venideros por los efectos que sobre la asistencia sanitaria ejerce el envejecimiento poblacional. **Objetivos.** Identificar la relación entre donaciones y transfusiones de sangre en función de los cambios en la dinámica poblacional de la provincia de Cienfuegos. **Métodos.** Estudio descriptivo transversal desarrollado mediante revisión documental. Se realizó un análisis estadístico descriptivo a través del cálculo de tasas, porcentos y el cambio relativo entre años extremos de las series. Además, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) para establecer el grado de relación entre las variables estudiadas. **Resultados.** Se aprecia como tendencia, la disminución de la tasa de donaciones y un aumento de la tasa de transfusiones. Los indicadores demográficos mostraron cambios en la composición de los grupos de edades con preferencia hacia el envejecimiento. Se comprueba la existencia de correlaciones directas e inversas estadísticamente significativas entre los indicadores estudiados. **Conclusiones.** Los resultados de la investigación apuntan hacia una correspondencia entre la relación negativa de la oferta y demanda de sangre y los cambios demográficos observados que, de mantener la tendencia actual, podría conducir a periodos de escasez de sangre para transfusiones. **Recomendaciones.** Diseñar estrategias en diferentes horizontes temporales para mantener la disponibilidad de sangre, que incentive por un lado la donación repetitiva de sangre y por el otro optimice el uso clínico de la sangre.

Palabras claves

Bancos de sangre, donantes de sangre, transfusión sanguínea, demografía, transición demográfica

INTRODUCCIÓN

La sangre y productos de la sangre que incluyen los componentes sanguíneos y hemoderivados son medicamentos. Constituyen una variada gama de recursos terapéuticos de probada valía cuando son utilizados con oportunidad en situaciones médicas específicas. De ahí, que el acceso universal a las transfusiones de sangre y los hemoderivados constituya un servicio esencial dentro de la cobertura universal de salud por su contribución a salvar millones de vidas y a mejorar la salud de las personas que los necesitan. (1)

La cobertura universal de sangre depende en lo fundamental, de la disponibilidad de componentes sanguíneos y hemoderivados. Esta se define como el número de unidades de sangre total y componentes de la sangre listos para ser utilizados en los pacientes que lo requieran en un momento determinado y para un área geográfica definida. Además, guarda estrecha dependencia con la donación de sangre, generador de la oferta y la transfusión de sangre en los centros asistenciales como productor de la demanda.

Cuba, con un modelo de desarrollo de carácter socialista, donde la salud es un derecho de todos los ciudadanos y una responsabilidad del Estado; logró alcanzar desde hace algunos años los propósitos fundamentales que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para los programas nacionales de transfusiones de sangre y que fueron refrendados en la Declaración de Melbourne de 2009. (2-4)

Ahora bien, la actual situación económica-social del mundo globalizado, puede poner en peligro la continuidad de esas conquistas. Según recomendó el Ministro de Salud Pública de Cuba, Dr. Roberto Morales Ojeda en la conferencia inaugural de la Convención Internacional de Salud Pública, Cuba Salud 2015, cuando dijo “no debemos permanecer ajenos en un mundo globalizado a las nuevas amenazas globales a la salud”. Apuntó además que “aunque Cuba difiere en muchos aspectos a la situación presente en la mayoría de los países del mundo, algunos como la transición demográfica y epidemiológica, son una realidad en la sociedad cubana actual”. (5)

La transición demográfica está transformando al mundo de una manera asombrosa y fundamental. Se espera que para el 2020 el número de personas de 65 años de edad y más exceda al de niños menores de cinco años de vida. Mientras que la transición epidemiológica, que discurre en paralelo, condiciona el cambio hacia el predominio de las enfermedades no transmisibles. Ambas determinan una elevación en la necesidad de asistencia sanitaria en las personas mayores. (6)(7)

Diferentes investigadores han pronosticado para los próximos años, un incremento en las necesidades del uso de sangre y hemoderivados, junto a una reducción de los índices de donaciones de sangre, en cerca de un 30%. Ambos vaticinios relacionados con los cambios en la dinámica poblacional presentes y perspectivas. (8-10)

En Cuba no abundan las investigaciones que abordan el envejecimiento poblacional y su influencia sobre las actividades de donación y transfusión de sangre. No obstante, hay algunos autores que reportan en sus series de casos, un predominio de la transfusión de sangre en pacientes de la tercera edad. [11] [12] Por otra parte, en una investigación realizada en Cienfuegos, se observó una superioridad de donantes de sangre masculinos en edades entre 45 a 54 años. [13]

De ahí que los cambios ocurridos en la dinámica de la población cubana, con el creciente envejecimiento poblacional, de características acentuadas en su región central, así como las evidencias existentes que las donaciones y transfusiones de sangre dependen en buena medida, tanto en su suministro como su consumo, de la estructura por edades de la población general, fundamentan por qué se hace necesario que se investigue esta problemática con miras a preparar al Sistema de Salud ante esta nueva situación.

DESARROLLO

Esta investigación fue conducida por el Banco de Sangre Provincial de Cienfuegos, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos y la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Es un estudio descriptivo de corte transversal realizado con todos los habitantes de la provincia de Cienfuegos desde el 1ero de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2016.

Fueron estudiadas las variables edad (número de habitantes agrupados según la edad regulada en Cuba para donar sangre: 0-19, 20-59, 60 y más), número de donaciones de sangre y cantidad de receptores de transfusiones. La información se obtuvo mediante revisión documental de los registros oficiales de donaciones y transfusiones de sangre y de los Anuarios Demográficos de la Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba de los años estudiados

El análisis estadístico permitió constatar que el número de habitantes que conforman los grupos etáreos de 0-19 y 20-59 decrecen, mientras que los adultos mayores (60 años y más) aumentan. El cambio relativo entre los años extremos de la serie así lo demuestran: 0-19 (-5,34%), 20-59 (-0,58%), 60 y más (+10%). El envejecimiento poblacional se manifestó un incremento del porcentaje de adultos mayores con respecto a la población total. El cambio relativo entre los años extremos de la serie es 9.55 %. Figura 1

Al inicio del estudio se constató que por cada 100 adultos mayores (receptores potenciales de sangre), existían 327 habitantes con edades entre 20 y 59 años (donantes potenciales). Sin embargo, esta relación mostró una tendencia a disminuir durante los años estudiados con una variación relativa de -9,17 %. (Figura 2)

Donaciones y transfusiones de sangre

Durante el periodo de tiempo que abarcó el estudio, fueron colectadas 96 996 donaciones de sangre total, provenientes de donantes voluntarios y 40 609 pacientes recibieron transfusión de componentes de la sangre.

Las tasas de donaciones y transfusiones de sangre mostraron un comportamiento tendencial diferente a través del tiempo analizado. Según se observa en la figura 3, la tasa referida a las donaciones presentó propensión a disminuir, mientras que se incrementó la tasa de transfusiones.

De acuerdo con las correlaciones de Spearman (ρ), se comprueba la existencia de correlaciones directas e inversas estadísticamente significativas entre el 1% y 5% bilateral entre los indicadores estudiados.

El número de donantes de sangre se relacionó de manera inversa y significativa con el número de habitantes con edades de 60 años y más. Mientras que la relación entre el número de pacientes transfundidos con el número de habitantes con 60 años y más mostró ser directa con significación estadística.

Ahora bien, pudiéramos preguntarnos si esos cambios en la disponibilidad de sangre observados, se relacionan con las transformaciones en la dinámica poblacional descritas con anterioridad en la provincia de Cienfuegos. Primero hay que considerar que la OMS declara que la disponibilidad de sangre en un país, o en una comunidad en particular es dinámica y no siempre tiene relación directa con su número de habitantes, sino que más bien depende de otros factores. Entre ellos se citan el desarrollo socioeconómico y la infraestructura del sistema sanitario, la estructura sociodemográfica de la población y la morbilidad. (13)

Si tenemos en cuenta que en el territorio de Cienfuegos no han ocurrido, durante el periodo de tiempo examinado, cambios notables en su desarrollo socioeconómico ni en la infraestructura del sistema sanitario, como la apertura de servicios o la introducción de procederes altos consumidores de transfusiones, los cambios en su estructura socio demográfica identificados son sugerentes de favorecer las modificaciones entre la oferta y la demanda de sangre observadas.

Limitaciones del trabajo. No disponer de la información estadística necesaria para caracterizar a los pacientes que recibieron sangre durante el periodo de estudio por edad, género y patologías.

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación apuntan hacia una correspondencia entre la relación negativa de la oferta de sangre (donaciones) y demanda de sangre (transfusiones) y los cambios demográficos observados que, de mantener la tendencia actual, podría conducir a periodos de escasez de este importante grupo de medicamentos por afectaciones en su disponibilidad.

Recomendaciones.

Diseñar estrategias en diferentes horizontes temporales para mantener la disponibilidad de sangre, que incentive por un lado la donación repetitiva de sangre y por el otro optimice el uso clínico de la sangre.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflictos de intereses para ninguno de los aspectos que se relacionan en esta investigación.

Importancia del trabajo. La divulgación de los resultados de esta investigación, permitirán acercar a los decisores en general y a las personas involucradas en la formulación de políticas públicas a una realidad científicamente documentada.

REFERENCIAS

1. OPS [Internet]. Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe, 2014 y 2015. Washington, D.C.: OPS; 2017. [citado 20 Jul 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34082/9789275319581-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Ballester Santovenia JM. El Programa de Medicina Transfusional de Cuba. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. Feb-Mar 2003 [citado 23 Jun 2015]; 13(2-3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000200019
3. Domínguez Alonso E, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Salud Pública de México [Internet]. 2011 [citado 12 Ene 2016]; 53(supl. 2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/12.pdf
4. Pérez Ulloa LE, Rubio Rubio R, Ballester Santovenia JM. Breve análisis del comportamiento de la hemoterapia en Cuba en el año 2011. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia [Internet]. 2012 [citado 2016 Mar 23];28(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/13>
5. Morales Ojeda R. Cobertura Universal de la salud. Experiencia cubana. Cuba Salud 2015. Convención Internacional de Salud Pública. La Habana: ECIMED; 2015.
6. Suzman RM, Haaga JG. Demografía mundial del envejecimiento. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19ª. ed. 2016 [citado 20 Abr 2016]. Disponible en: <http://harrisonmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114913758>
7. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 20 Abr 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>
8. Williamson LM, Devine DV. Challenges in the management of the blood supply. Lancet [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 21];381(9080): [about 22 s.]. Available from: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960631-5/abstract> DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60631-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60631-5)

9. Lattimore S, Wickenden C, Brailsford R. Blood donors in England and North Wales: Demographics and patterns of donations. *Transfusion* [Internet]. Jan 2015 [cited 2015 Jun 15]; 55(1): [about 16 s.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/trf.12835/abstract>
DOI: 10.1111/trf.12835
10. Estcourt LF, Birchall J, Allard S, Basseley SJ, Hersey P, Kerr JP, et al. Guidelines for the use of platelet transfusions. *British Journal of Haematology*. Volume 176, February 2017.
11. Díaz Padilla D, Melians Abreu SM, Padrino González M, González Fajardo I, Urquiola Mariño M. Caracterización clínico-epidemiológica de la transfusión. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*. [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Dic 28]; 20(6): 32-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000600006&lng=es
12. Gil Agramonte M, García Montero A, Romero González A, Arias Galán L, Prevot Cazón V, Sorá Pérez D. Epidemiología de las transfusiones en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" *Revista Cubana de Hematol, Inmunol y Hemoter*. [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Dic 28]; 31(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892015000400012&lng=es
13. Sánchez Frenes P, Hernández Malpica S, Rojo Pérez N, Bayarre Veá HD, Pérez Ulloa LE. Implicaciones de los cambios demográficos en la disponibilidad de sangre del sistema sanitario de Cienfuegos. *Revista Cubana Salud Pública*. Vol.43, No.4, Año 2017. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/850/936>
14. OMS. Blood safety and availability. Geneva: WHO. 2015 [cited 2016 Jul 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/>

ANEXOS

Figura 1 Número de habitantes según grupos etáreos y porcentaje de adultos mayores. Cienfuegos 2010-2016

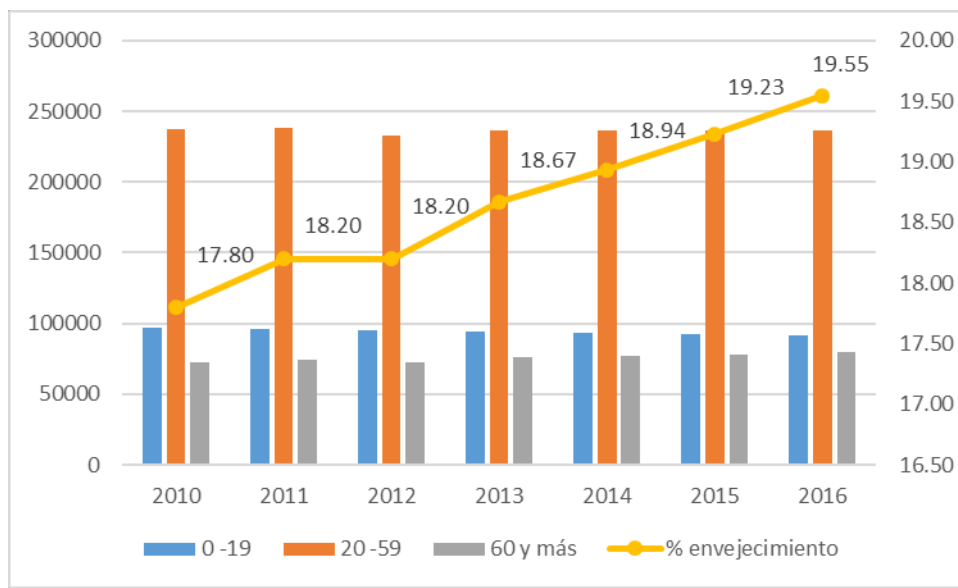


Figura 2. Cambios en el índice entre grupos de edades de 20 a 59 años y 60 y más. Cienfuegos 2010-2016

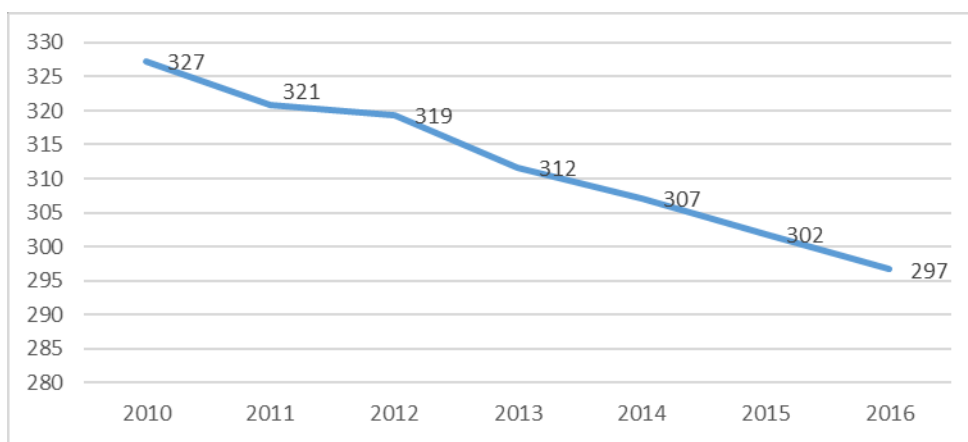


Figura 3 Donaciones y transfusiones de sangre. Cienfuegos 2010– 2016

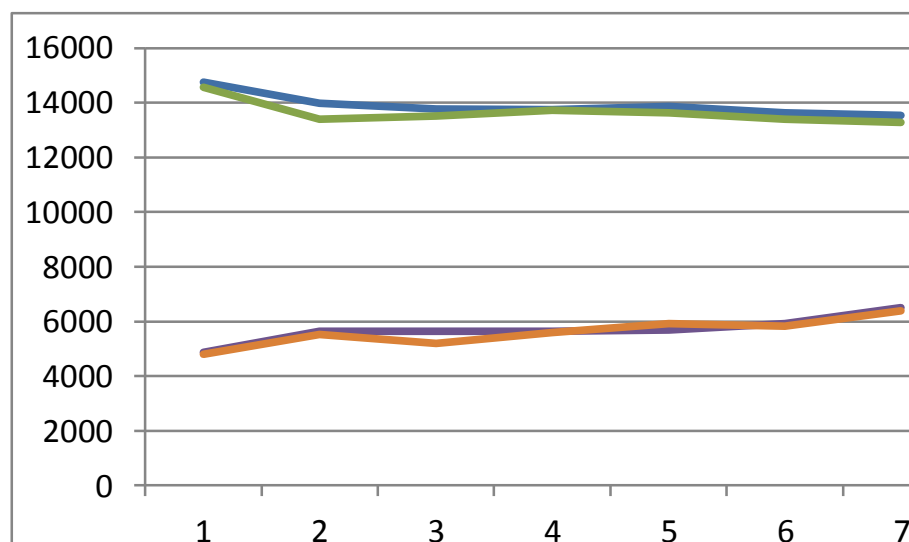


Tabla 4 Relación entre indicadores de donaciones y transfusiones de sangre en función del envejecimiento. Cienfuegos 2010– 2016

	<i>Envejecimiento</i>
Donaciones de sangre	$\rho = -0.882$ (p= 0.009)
Pacientes transfundidos	$\rho = 0.917$ (p= 0.004)

ρ Coeficiente de correlación de Spearman

TITULO: LOS VALORES ESTÉTICOS EN EL PROFESIONAL DE LA SALUD. VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD. CIENFUEGOS 2018.

TITLE: THE AESTHETIC VALUES IN THE PROFESSIONAL OF THE HEALTH. LINKING WITH THE SOCIETY. CIENFUEGOS 2018.

AUTORES. Lic. MSc. Nélide Sosa Botana*; Lic. MSc .Dayami Pérez Soto** ; Lic. MSc .Vivian de los Ángeles Rodríguez Capote. ***; Lic. MSc. Yanet Rojas Rodríguez ****; Lic. MSc. Miriam Olano Rivalta.****; Lic. MSc. Nancy Sosa Botana.*****

* Licenciada en Enfermería. Máster en Educación médica. Miembro Numerario de la SOCUENF .Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Metodóloga de Extensión Universitaria.

**Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Miembro Numerario de la SOCUENF .Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

*** Licenciada en Enfermería. Máster en atención integral a la mujer. Miembro Numerario de la SOCUENF .Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Jefe Departamento de Atención a Estudiantes Extranjeros y Relaciones Internacionales.

**** Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Profesora Auxiliar. Investigador agregado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Miembro titular de la SOCUENF. Metodóloga de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado.

****Licenciada en Historia y Ciencias sociales. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

***** Licenciada en Enfermería. Máster en Educación médica. Miembro Numerario de la SOCUENF .Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

RESUMEN

Los estudios sobre los valores estéticos constituyen un vigoroso campo de trabajo donde se trata de entender el fenómeno científico-tecnológico en el contexto social, tanto en relación con sus condicionantes como en lo que se refiere a sus consecuencias sociales y ambientales. La introducción de cambios en los sistemas educacionales es una demanda social actual en correspondencia con el desarrollo científico técnico y a tenor de las condiciones socio-económicas de cada contexto social. Las universidades habían sido concebidas como el lugar donde se formaba el futuro profesional, y donde los aspectos humanísticos quedaban relegados. En la concepción actual la universidad debe ser el espacio donde el estudiante, a la par que adquiere los conocimientos de la formación científico- tecnológica correspondientes a la carrera, recibe también formación integral, y como parte de ella, la formación y desarrollo de valores, la misión de la Universidad Médica es Formar un profesional de Perfil amplio comprometido a preservar, mejorar y restablecer la salud del ser humano, con un alto sentido ético atendiendo a la cultura y sistema de valores del paciente, la familia y la comunidad, La estética no se concibe de manera normativa pues lo bello se define de acuerdo con quién lo aprecia o crea en el contexto. Por lo tanto, asume un enfoque contemporáneo basado en los principios y se centra en una filosofía de investigación – acción en la que se plantea su integración. Es por ello que nos propusimos analizar los valores estéticos del profesional de la salud y su vinculación con la sociedad

Palabras claves. Valores estéticos en el profesional de la salud.

SUMMARY

The studies about the aesthetic values constitute a vigorous work field where it is to understand the scientific-technological phenomenon in the social context, as much in connection with their conditions as in that that refers to their social and environmental consequences. The introduction of changes in the educational systems is a current social demand in correspondence with the technical scientific development and to tenor of the socio-economic conditions of each social context. The universities had been conceived as the place where he/she was formed the professional future, and where the humanistic aspects were relegated. In the current conception the university should be the space where the student, at the same time that he/she acquires the knowledge of the formation scientist - technological corresponding to the career, also receives integral formation, and like part of her, the formation and

development of values, the mission of the Medical University is to Form a professional of committed wide Profile to preserve, to improve and to reestablish the human being's health, with a high ethical sense assisting to the culture and system of the patient's values, the family and the community, The aesthetics is not conceived in a normative way because the beautiful thing is defined of agreement with who it appreciates it or believe in the context. Therefore, it assumes a contemporary focus based on the principles and it is centered in an investigation philosophy - action in which thinks about their integration. It is for it that we intended to analyze the aesthetic values of the professional of the health and their linking with the society

Key words. Value aesthetic in the professional of the health.

INTRODUCCION

Las universidades habían sido concebidas como el lugar donde se formaba el futuro profesional, y donde los aspectos humanísticos quedaban relegados. En la concepción actual de la educación superior, la universidad debe ser el espacio donde el estudiante, a la par que adquiere los conocimientos de la formación científico- tecnológica correspondientes a la carrera elegida, recibe también formación integral, y, como parte de ella, la formación y desarrollo de valores, conducto por el cual se capacita para resolver, de modo responsable y autónomo, las alternativas o conflictos de valores que se le presenten. Es decir, en palabras de Chávez y Baeza, entender a la educación superior como “un eje de desarrollo social integral” (Chávez & Baeza 2003).

La Educación Superior Cubana ha contribuido de manera decisiva a la formación de los profesionales necesarios para satisfacer las demandas del desarrollo económico, social y científico de nuestra sociedad. Esto ha sido posible entre otras cosas, porque es un objetivo esencial el desarrollo de valores a partir del modelo social y las exigencias de su constante perfeccionamiento. Según nos plantea el Dr. Emilio Caballero J (Cienfuegos, 2000) la misión de la Universidad Médica es Formar un profesional de Perfil amplio comprometido a preservar, mejorar y restablecer la salud del ser humano, con un alto sentido ético atendiendo a la cultura y sistema de valores del paciente, la familia y la comunidad. Brindará sus servicios tomando en cuenta al ser humano desde una perspectiva integral, es decir, educativa, preventiva, curativa y de rehabilitación donde la formación de los valores en los profesionales de la Salud tiene gran importancia, ya que de ellos dependen en gran medida su desempeño y el cumplimiento de su encargo con la sociedad.

En la formación de valores se requiere que los actores educativos que intervienen en el proceso desarrollen su actividad tanto en lo curricular como en lo extracurricular, donde el trabajo educativo curricular resulta la base más sólida sobre la que pueden planificarse las situaciones que propicien el desarrollo de valores estéticos y morales, compatibles con las aspiraciones de la Universidad Médica, ya que el sistema de valores estéticos es condición necesaria para la elevación de la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población, en condiciones en que la solución de problemas materiales se dificulta por la carencia de recursos financieros .La labor educativa debe centrarse en la orientación y reafirmación profesional, basada no solamente en los elementos científico-técnicos, sino también ético humanistas indispensables para la formación de un profesional responsable al cumplir su misión en la sociedad, es por ello que en nuestro trabajo tiene como objetivo Analizar los valores estéticos del profesional de la salud y su vinculación con la sociedad.

DESARROLLO.

La educación superior ha dado sobradas pruebas de su viabilidad a lo largo de los siglos y de su capacidad para transformarse y propiciar el cambio y el progreso de la sociedad. Dado el alcance y el ritmo de las transformaciones, la sociedad cada vez tiende más a fundarse en el conocimiento; razón de que la educación superior y la investigación formen hoy en día parte fundamental del desarrollo cultural, socioeconómico y ecológicamente sostenible de los individuos, las comunidades y las naciones. Por consiguiente y dado que tiene que hacer frente a imponentes desafíos, la propia educación superior ha de emprender la transformación y la renovación más radicales que jamás haya tenido por delante, de forma que la sociedad contemporánea, que en la actualidad vive una profunda crisis de valores, pueda trascender las consideraciones meramente económicas y asumir dimensiones de moralidad y espiritualidad más arraigadas, Considerando que, en este contexto, la solución de los problemas que se plantean al respecto en los albores del siglo XXI estará determinada por la amplitud de miras de la sociedad del futuro y por la función que se asigne a la educación en general y a la educación superior en particular....1

La estética no se concibe de manera normativa pues lo bello se define de acuerdo con quién lo aprecia o crea en el contexto. Por lo tanto, en el ámbito de la estética, asume un enfoque contemporáneo basado en los principios. y se centra en una filosofía de investigación – acción en la que se plantea su integración. Otro elemento central en este enfoque es la aplicación del arte como herramienta de extensión social. Se parte de que el arte puede nutrir a otras disciplinas y enhebrar una propuesta integral con impacto en las relaciones sociales.

El desarrollo de los valores estéticos en la práctica guarda relación con todas las esferas de la vida humana. Están vinculados con el mundo social, con la historia, con la subjetividad de las personas, con las instituciones, se habita en un mundo lleno de valores, y en este ámbito fundamental ha de alcanzarse un alto grado de sensibilidad para la apropiación precisa y casi exacta de lo que nos rodea. Las exigencias actuales requieren de un profesional de la Salud con una estatura social superior, en su formación, más allá de su específico escenario académico.

En este criterio dado por Alexander Gottlieb Baumgart donde expresa que la conciencia estética es un reflejo activo de la vida material de la sociedad que abarca tanto los sentimientos, las emociones y hábitos, como las ideas y las opiniones sistematizadas acerca de lo bello, lo trágico, por lo tanto, se requiere de un proceso educativo puesto que los sentimientos surgen y se desarrollan en la actividad, y no son innatos, son rasgos distintivos de la conciencia estética. Estos principios que rigen la educación estética como un sistema constituyen para los profesionales de la Salud una enseñanza permanente de obligatorio cumplimiento.

Desde esta perspectiva, en la enseñanza del arte se crea un enlace entre estudiantes y profesores y vías de acercarse a la realidad de las comunidades y de estimular su sensibilidad como profesores, quienes se visualizan como tutores en un aula creativa y abierta en la que se estimulan nuevas agentes de cambio para la creación de ambientes de tolerancia, de solidaridad en un contexto estéticamente concebido.

Nuestra América cuenta con ilustres educadores que han contribuido desde diferentes ópticas teóricas a la definición de valores. Corresponde al maestro

actual recrear y reinventar la teoría de acuerdo con las nuevas circunstancias históricas, para ello es necesario fortalecer la formación de los valores en la sociedad y en especial en la escuela. La práctica enriquecerá a la teoría y esta orientará e iluminará a la práctica.

Podemos decir que la formación de recursos humanos en el campo de la salud mantiene las ideas rectoras de la Universidad cubana en cuanto a la formación de valores éticos y morales del profesional y la integración de la universidad con la sociedad a través de la vinculación del estudio con el trabajo en el pregrado, así como en el postgrado y la formación a lo largo de la vida del profesional y trabajador de la salud. Sin embargo, no es menos cierto que el propio proceso de evolución social introduce cambios en la forma y modos de actuar del individuo que influyen en sus principios y valores es por ello que se requiere de un proceso continuo de perfeccionamiento que garantice que se incentiven y mantengan los valores compartidos por la sociedad cubana. De ahí el énfasis que se ha puesto en estos aspectos tanto en los programas académicos para la formación y educación y en las estrategias de desarrollo en los diferentes sectores sociales que constituyen los escenarios de actuación.

El estudio y la profundización sobre los valores humanos resulta cada día de mayor importancia para las ciencias sociales. Por una parte, porque las percepciones de valor de los individuos son reflejos de la posición social de estos en la sociedad, y por otra, porque de cierta manera la formación de hábitos, cualidades y sentimientos depende de los valores que se compartan o transmitan. Normalmente, la sociedad y la comunidad generan y se sostienen por una serie de valores compartidos. Hoy, la formación de valores es tarea prioritaria y estratégica no sólo de la familia, sino también de las instituciones educativas, por diversas e impostergables razones:

A partir de sólidos valores puede hacerse frente a situaciones sociales de urgente demanda: prostitución, drogadicción, corrupción, violencia, etc. Esto solo se logra con una participación activa del colectivo educador y el medio formativo.

La Universidad está inmersa en la sociedad humana, es parte de ella, y debe ser instrumento cada vez más eficaz de progreso cultural tanto para las personas como para la sociedad, y no puede estar ajena al compromiso de

estudio y búsqueda de soluciones para los problemas urbanos, sociales, económicos y políticos actuales, los que, en el fondo, son problemas de orden ético. De allí, entonces, la íntima relación entre la tarea de la Universidad y la problemática de los valores. Los valores que el estudiante trae de su casa, de la escuela o de su comunidad, o bien se confirman y se profundizan en la universidad, o se descalifican, explícita o implícitamente, perdiendo su sentido, con las consecuencias buenas o malas que lo uno o lo otros traen para sus vidas personales y para la sociedad. Hoy más que nunca, la formación humanística debe atravesar todos los niveles educativos, incluso el nivel superior, pero no sólo con el dictado de materias específicas, sino también definiendo una práctica a seguir por parte de todos los profesores, para inducir en los alumnos valores y compromiso social.

El claustro de profesores debe reunir una preparación integral para enfrentar los nuevos retos en la formación de valores y fundamentalmente los estéticos teniendo en cuenta el desarrollo tecnológico que nunca debe sustituir al desarrollo de los principios humanos.

El hecho educativo, por su dimensión social, implica responsabilidades éticas al profesor, y esto es así porque tiene que ver con el quehacer práctico, con el comportamiento, y no siempre lo que se desea y lo que se hace está en correspondencia con los valores establecidos en la sociedad; por lo tanto, para educar en los valores, primero éstos deben ser apropiados por el profesor, ser parte de su vida cotidiana, ponerlos en práctica con gozo y alegría; sólo a partir de esa forma de entender las cosas se puede hablar de un docente preparado para desarrollar su actividad específica: educar. No es posible hoy separar en el proceso de aprendizaje de los alumnos, el área cognitiva, por un lado, y los aspectos emocionales, valorativos y actitudinales por otro. Si se considera que toda interacción vincular (tal como la que se da en la institución educativa) promueve o inhibe actitudes y se enmarca en un cuadro valorativo, se concluirá que la intervención docente jamás puede entenderse como neutra. González Maura, V. El profesor universitario: ¿un facilitador o un orientador en la educación de valores...2

En la interrelación "médico-paciente" (profesional de la salud- individuo-paciente) entran a jugar parte un conjunto de factores como son: el contacto directo con la subjetividad de la persona enferma por parte del médico, el

sistema de valores conformado por ese individuo-paciente, su mundo valorativo que se encuentra presente desde el mismo momento en que el paciente se pone en contacto con el médico y este le pregunta ¿Qué se siente? Hemos encerrado entre comillas la relación médico-paciente ya que esta tarea no sólo le concierne al médico, sino a todo el personal paramédico que se encuentra en contacto con el enfermo, el cual ante todo es un ser humano con determinada afección, que incluye en el proceso de su curación no sólo el tratamiento a su padecimiento, sino también su valoración como ser humano. Los valores estéticos en el campo de la salud están vinculados con el conocimiento, las habilidades, actitudes, sentimientos y relaciones profesionales, por lo que es fundamental establecer la relación médico paciente en la aplicación del método clínico utilizando una buena comunicación y apoyándose en los avances de la ciencia y la tecnología.

Es por eso que el médico o profesional de la salud tiene que partir del reconocimiento, en primer lugar, del conjunto de valores que imperan en ese mundo concreto, en el cual cada ser posee ciertas formas peculiares de valorar la realidad que le rodea y que, en algunos casos, no coincide plenamente con el conjunto de valores sociales imperantes en esa sociedad, pero que, sin embargo, mediatiza la relación.

Una forma de corroborar lo anteriormente señalado lo constituye el análisis de diferentes problemas inmersos en el proceso salud-enfermedad.

La necesidad de conocimiento del mundo y de sí mismo en el paciente, se encuentra fundamentalmente dirigida a la comprensión de lo que sucede con su salud. Este necesita poder valorar y comprender su estado de salud y esto, en la mayoría de los casos, no se logra si no es tratado por el médico en toda su dimensión de una forma valorativa. ...3

El proceso de la educación en valores y de las orientaciones valorativas que se forman en el sujeto, como producto de la interiorización de dichos valores, no sólo es individual del sujeto, sino que en él influyen otros factores como son: el medio familiar, la ideología, la preparación educacional que recibe en la institución a la que asiste, el entorno social donde interactúa, así como el sistema de conceptualización y generalización que el sujeto interioriza y asimila en su relación con los objetos de la vida material que lo rodea.

Educar en valores, entonces, significa educar moralmente. Una educación en valores o con arreglo a valores comporta: por un lado, una educación ética esto es, tener una orientación conductual respecto a qué atenerse y cómo comportarse en campos como sexualidad, amor, amistad, relaciones con otros, uso de la violencia, robo, responsabilidades, en fin, una educación de la persona; por otro, una educación cívica, referida a saber comportarse de acuerdo con las normas de convivencia corrientes en la vida ciudadana y también conocer qué son y cómo funcionan las principales instituciones sociales y políticas, cómo se participa en ellas, cuáles son sus derechos y deberes como ciudadano. Está dirigida a desarrollar las competencias cívicas, una educación del ciudadano.

Debido a la acumulación del conocimiento y los avances tecnológicos ocurridos en el sector de la salud, la asistencia médica ha cambiado profundamente en los últimos años. Ello se debe, en gran medida, al impresionante desarrollo de la tecnología médica. La aparición de algunas, imposibles de imaginar hace sólo unas décadas, han producido cambios muy significativos en la configuración de los servicios de salud.

La Estética es la rama de la Filosofía que tiene por objeto el estudio de la esencia y la percepción de la belleza, es la ciencia que estudia e investiga el origen sistemático del sentimiento puro y su manifestación. La estética en el campo de la salud ha de valorarse la estrecha imbricación entre lo cultural y lo espiritual. Partiendo de la concepción martiana de lo espiritual como lo que induce a comportamientos ajenos a las necesidades corpóreas, se establecen necesidades individuales correlacionadas con los niveles biológico, psicológico, social y cultural de la integralidad del ser humano.

Lo estético en el ámbito de la salud se expresa tanto por conocimientos valores, actitudes, habilidades y relaciones profesionales, como por rasgos de la personalidad del profesional y técnico de la salud, donde deben sobresalir el altruismo, la sensibilidad humana, la bondad, la solidaridad, la honestidad, el desinterés material, el trato afectuoso indiscriminado, la lealtad, y la disposición al esfuerzo y sacrificio, pautado por el "haz bien y no mires a quien ", el personal de salud debe necesariamente garantizar un elevado nivel científico técnico y cultural. Si descuida su desarrollo estético estará notablemente

limitado en su proyección humanística, en su ejercicio ético, en la relación médico -paciente-familia-comunidad y en sus potencialidades para mitigar los sufrimientos implícitos en la pérdida de la salud de sus pacientes.

El desarrollo de los valores estéticos en la práctica guarda relación con todas las esferas de la vida humana, están vinculados con el mundo social, con la historia, con la subjetividad de las personas, con las instituciones, se habita en un mundo lleno de valores, y en este ámbito fundamental ha de alcanzarse un alto grado de sensibilidad para la apropiación precisa y casi exacta de lo que nos rodea

En los espacios laborales de las instituciones de salud han de tenerse en cuenta en los programas de perfeccionamiento, los indicadores fundamentales de la educación estética, que propicien una cultura ética-estética del comportamiento y del reconocimiento de las normas estéticas establecidas por la sociedad, que favorezca el desarrollo de las relaciones interpersonales, se promueva la espiritualidad en los diferentes escenarios laborales y sociales, la cultura del vestir, que asegure un comportamiento hacia la estética ...5.

Constituyen tareas de la educación estética la formación de una conciencia, de sentimientos, el desarrollo de las capacidades cognoscitivas, las relaciones humanas las cuales juegan un rol fundamental en el desempeño de la actividad en los diferentes ámbitos sociales en los que esta se desarrolla, y tiene por base la comunicación, de igual forma los conocimientos como parte del contenido, caracteriza el modo en que el sujeto refleja en su conciencia el objeto de estudio, a partir de identificar aquellas cualidades, propiedades de su interés. Ello se concreta en un sistema de conceptos, principios, leyes, teorías, etc. El conocimiento forma parte del contenido de la enseñanza. A si mismo las actitudes forman parte de la educación estética las cuales son un componente de la personalidad estrechamente vinculado a los valores y a las cualidades morales.

El profesor desempeña un rol protagónico en las transformaciones de la sociedad y de los estudiantes en formación. Para elevar su autoestima y desarrollo profesional, necesita del reconocimiento que socialmente se haga de la importancia de su profesión, lo que conlleva a alcanzar su plenitud en la medida en que sienta placer por la superación, que experimente satisfacción por enseñar y por aprender, en contribuir a la preparación para la vida de los

educandos en la formación de los valores estéticos del profesional de la salud...7

Conclusiones.

La formación de valores es tarea prioritaria y estratégica no sólo de la familia, sino también de las instituciones, donde los valores estéticos en el profesional de la salud tienen una estrecha vinculación con la ciencia la tecnología y la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

1--Conferencia mundial sobre la educación superior UNESCO, París 5-9 de octubre de 1998

2-Acosta, E. (2009). La cultura revolucionaria. Retrieved from <http://www.oceansur.com/news/la-cultura-revolucionaria/>.

3- Alvarado, M. (2000). La educación en valores del estudiante universitario a través del proceso docente – educativo. La Habana: Instituto Cubano del Libro.

4- Álvarez de Zayas, C. (1999). La escuela en la vida: Didáctica 3. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

5- Álvarez de Zayas, C. (2002). Didáctica: La escuela en la vida. La Habana: Pueblo y Educación.

6- Báxter Pérez, Esther. (2005). *Educación en Valores. Retos y Perspectivas*. La Habana: Pueblo y Educación.

7-Carlos Osorio M. La Educación Científica y Tecnológica desde el enfoque en Ciencia, Tecnología y Sociedad. Aproximaciones y Experiencias para la educación Secundaria. Unidad de Gestión Tecnológica. Escuela de Ingeniería Industrial y Estadística Universidad del Valle, Cali, Colombia.

<http://www.oei.es/historico/salactsi/osorio3.htm>

MANEJO DEL DOLOR EN LOS NIÑOS Y NIÑAS.

AUTORES

Est. Dayana González González. Estudiante de Licenciatura en Enfermería 1^{er} Año. Curso Regular Diurno. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Est. José Alejandro Pérez Bernal. Estudiante de Licenciatura en Enfermería 1^{er} Año. Curso Regular Diurno. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Est. Meury Regla Morales Carderín. Estudiante de Licenciatura en Enfermería 1^{er} Año. Curso Regular Diurno. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Est. Arlen Lorenzo Rodríguez. Estudiante de Licenciatura en Enfermería 1^{er} Año. Curso Regular Diurno. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Est. Omar González Antelo. Estudiante de Licenciatura en Enfermería 1^{er} Año. Curso Regular Diurno. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

MSc. Jayce Díaz Díaz. Email: jaycedd@jaqua.cfg.sld.cu. Profesora Auxiliar. Máster en Educación. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba

RESUMEN

Fundamento: La medida y la valoración adecuada del dolor es uno de los desafíos más difíciles y cruciales a los que se enfrentan los profesionales sanitarios que tratan el dolor en niños(as) o que realizan investigaciones en esta área. A pesar de que tales determinaciones constituyen un elemento necesario para el desarrollo de métodos más eficaces de tratamiento, hasta hace poco tiempo ha constituido un área de investigación prácticamente inexplorada. **Objetivo:** Diagnosticar el estado actual de la atención de enfermería en relación a la evaluación y el manejo del dolor en niños y niñas. **Principales resultados:** Se realizó una revisión bibliográfica de 24 estudios reflejados en artículos científicos y libros de textos donde se evidencian nuevos enfoques en relación al manejo del dolor en Pediatría. Los estudios revisados nos permitieron conocer que el manejo del dolor necesita un equilibrio entre el conocimiento científico y la manera en que deben equilibrarse principios como la beneficencia, la autonomía, la justicia y la responsabilidad, para poder dialogar con el paciente y su familia y deriven de ello las mejores decisiones.

Palabras clave: DOLOR, EVALUACIÓN, NIÑOS, PEDIATRÍA, CUIDADO, ENFERMERÍA.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del dolor en el niño(a), durante muchos años, fue percibido como herramienta de segundo plano en las terapias pediátricas, que buscaban preferentemente la terapéutica basada en la etiología, ya que había una serie de ideas preconcebidas, como que los niños(as) percibían el dolor con menor intensidad por la supuesta inmadurez biológica de su sistema nervioso central, que además el niño(a) apenas es capaz de recordar las experiencias dolorosas, así como que tiene un umbral más alto para el dolor, lo que le hace tolerarlo mejor que el adulto. Esas teorías erróneas llevaron, en la práctica, a no tomarse la valoración y el tratamiento del síntoma dolor en el niño(a) con la misma actitud que se hace en el adulto y, de hecho, antes de la década de los 80 era difícil encontrarse en los textos capítulos específicos sobre el dolor en el niño(a).

Hoy día estas teorías han sido desechadas y se acepta que ninguna de ellas es cierta. Se admite que el dolor constituye un problema común entre los niños(as) y adolescentes, tal y como han mostrado estudios epidemiológicos recientes. La constatación de estos hechos y la comprobación del impacto que tiene la experiencia dolorosa en la vida del niño(a), ha supuesto sin duda que aumente el interés por el dolor pediátrico.

De hecho, ha sido en los últimos quince años cuando se ha producido un aumento espectacular en el estudio del dolor en la población pediátrica, cosa que con el dolor en el adulto ocurría con mucha anterioridad; cabe recordar que, por lo que se refiere al dolor en general y sobre todo en el adulto, ya hubo intentos de medirlo en el siglo XIX; posteriormente Ardí y cols. dieron un gran impulso a los estudios sobre el dolor en los inicios del siglo XX y Beecheer en 1959 siguió con la identificación del dolor clínico utilizando respuestas subjetivas del paciente.¹

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, con daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño". El dolor constituye uno de los elementos que conforman nuestra identidad como sujetos humanos, por ello toda sociedad articula un sistema de cognición, comprensión y sobre todo de acción ante este fenómeno.^{2,3}

La medida y la valoración adecuada del dolor es uno de los desafíos más difíciles y cruciales a los que se enfrentan los profesionales sanitarios que tratan el dolor en niños(as) o que realizan investigaciones en esta área. A pesar de que tales determinaciones constituyen un elemento necesario para el desarrollo de métodos más eficaces de tratamiento, hasta hace poco tiempo ha constituido un área de investigación prácticamente inexplorada.⁴ La medida y la valoración del dolor se confunden con frecuencia desde el punto de vista terminológico. De hecho, la medida sería simplemente la determinación cuantitativa de algún aspecto del dolor, habitualmente la intensidad. En cambio, la valoración implicaría un concepto mucho más amplio, que contempla también aspectos sociales y familiares. La valoración del dolor requiere la disponibilidad de instrumentos de medida bien desarrollados y validados. Las estrategias de valoración pueden iniciarse sólo cuando se posean éstos.⁵

El dolor en los niños(as) presenta características diferenciales frente al del adulto, lo que conlleva dificultades adicionales. Merecen destacarse entre ellas la limitada, y en constante desarrollo, capacidad cognitiva para comprender qué se le está preguntando, la escasa capacidad de comunicación verbal, la falta de conocimiento sobre el desarrollo de su sistema nervioso y su influencia en la percepción del dolor, la habitualmente escasa experiencia en dolor, la falta de investigación en algología pediátrica y la consecuente ignorancia sobre su fisiopatología y tratamiento.⁶

En el contexto actual, muchos de los enfermeros(as) están acostumbrados a solo cumplir estrictamente la indicación médica y con esto se han mecanizado las acciones de enfermería respecto al manejo del dolor, limitándose solo al manejo farmacológico. Por ello, el actuar como profesionales de enfermería en los cuidados que se brindan para el manejo del dolor, no debe estar enfocado solo en administrar un tratamiento farmacológico de manera mecánica sino más bien otorgar al paciente un cuidado integral, respetando sus derechos como paciente, aplicando estrategias alternativas para el manejo del dolor propias de enfermería. En este sentido, la intervención adecuada del profesional de enfermería ante el manejo del dolor podrá asegurar una

satisfactoria y notable recuperación del paciente, puesto que es el enfermero quien está en contacto continuo con él.

Lo que nos lleva a plantear el siguiente **problema científico**: ¿Qué razones justifican la necesidad de una adecuada medida del dolor en niños y niñas?

Como objetivo nos propusimos definir el estado actual de la atención de enfermería en relación a la evaluación y el manejo del dolor en niños y niñas.

DESARROLLO

Uno de los mayores problemas de la práctica pediátrica es la dificultad de comunicación verbal y la incapacidad del niño(a) para relatar sus experiencias, lo que conlleva una gran dificultad a la hora de valorar su dolor y administrar un tratamiento efectivo.⁷

Básicamente, la cuantificación del dolor en niños(as) podría evidenciar su presencia en situaciones en las que ahora se desconoce y determinar la eficacia de las intervenciones terapéuticas destinadas a aliviarlo.⁸

Los profesionales de Enfermería que laboran con pacientes en edades pediátricas deben estar familiarizados con las herramientas que se disponen para la identificación y evaluación del dolor, poniendo en conocimiento del médico la situación de su paciente, para que ponga los medios adecuados para que el paciente se mantenga lo más confortable posible.^{9,10}

La formación académica de la enfermera(o) contempla innumerables aspectos que van dirigidos a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Sin embargo, se tratan superficialmente aquellos tópicos que tienen relación con el “bien morir”, y sobre todo con el alivio del dolor del paciente. Es probable que la influencia de la formación biomédica tenga su cuota de responsabilidad, porque al igual que el médico, muchas enfermeras realizan todos los procedimientos y acciones posibles para recuperar la salud o salvar la vida, sin importarles en muchas ocasiones si con ello están provocando un sufrimiento mayor que lo que ocasiona la enfermedad en sí misma.¹¹

La evaluación del dolor en niños(as) es difícil y es tradicionalmente un tema mal atendido, la importancia de ella es permitir elegir la estrategia adecuada en el tratamiento del mismo.

A pesar de la evidencia existente sobre las repercusiones de un manejo deficiente del dolor en pediatría, todavía no se ha establecido una correlación adecuada entre los nuevos conceptos sobre la percepción dolorosa con una adecuada evaluación, diagnóstico y manejo del problema.

En estudios realizados se han identificado y documentado una serie de actitudes que impiden un adecuado manejo del dolor en niños(as):

- La creencia de que el niño(a) experimenta el dolor de forma menos intensa que el adulto, origina un subtratamiento en el paciente pediátrico.
- El dolor en niños(as) es tratado inadecuadamente por padres, médicos y enfermeras.¹²

En estudios realizados por M. J. Aguilar Cordero y cols.¹³ hacen referencia a los trabajos de Twycross donde destacan que existen factores que inciden en que las enfermeras no siempre perciban el dolor de sus pacientes, lo que se asocia invariablemente con la valoración que el profesional haga del dolor. Por otra parte, Jacobs concluye que no hay evidencia en los registros clínicos de que las enfermeras desarrollen herramientas apropiadas para valorar el dolor y evalúen las respuestas de

los niños(as) hacia las estrategias de manejo, lo que representa también una actitud desfavorable.^{14,15}

Hay estudios que demuestran la importancia de la intervención de enfermería en el manejo del dolor, como Castillo Bueno y colegas, quienes señalan que se ha demostrado la efectividad de las intervenciones de enfermería en la mejoría del dolor sin sopesar un tipo de tratamiento sobre otro.¹⁶

Erika Costa Pisfil y cols. señalan que existe una relación significativa entre la calidad del cuidado inmediato y el manejo del dolor en pacientes y también que el 65% de enfermeras de los hospitales de Chimbote presentan una calidad de cuidado inmediato medio.¹⁷

El análisis de los modelos y teorías de Enfermería nos permite acercarnos al modelo de B. Neuwman¹⁸, quien nos da al respecto una serie de conceptos a propósito de la valoración y la percepción de su propia salud del paciente, en los que se desarrollan una serie de patrones que considera al dolor en el patrón cognitivo-perceptual según el "Modelo de sistemas", donde se refieren a la enfermería como el facilitador que ayudan al individuo para mejorar su condición de salud. Debemos destacar la teoría desarrollada por Ernestine Wiedenbasch¹⁹, basada en una vasta experiencia práctica y educativa que demuestra el efecto ejercido por los pensamientos y sentimientos de las enfermeras en el resultado de sus acciones. Wiedenbasch afirma que en la filosofía de cada enfermera, su actitud ante la vida y la realidad que emana de sus creencias y de su código de conducta, reside en su motivación para actuar y el principio que guía sus pensamientos sobre sus actos y decisiones.

El tratamiento del dolor debe satisfacer cuatro condiciones básicas: continuado, completo, combinado y preferentemente preventivo, es decir, que el dolor debe prevenirse y no esperar que el niño lo padezca para actuar. De igual forma una vez instalado debe tratarse y controlarse con todos los niños, independiente de la edad, madurez o severidad de la enfermedad. La incorporación y el apoyo de los padres del niño expuesto a sufrir dolor, resulta fundamental para su tratamiento, porque lo tranquilizan y le dan seguridad, haciendo más llevadera esta experiencia para el niño y mejorando su relación con el personal de enfermería.²⁰

La manera como el personal de enfermería perciba las cosas, dará origen a que sus actitudes sean con una dimensión favorable o desfavorable hacia el sujeto de actitud, es decir, hacia el niño que siente dolor. Es probable que personas dedicadas a una misma tarea tengan percepciones y actitudes diferentes, influidas por factores propios, como también por los sentimientos que le provocan la edad del niño, su sexo, o la enfermedad que sufre, y por último por algunos factores propios de la organización de la atención.

En la bibliografía consultada encontramos estudios realizados por Twycross²¹ donde afirman que existen factores que inciden en que las enfermeras no siempre perciban a sus pacientes con dolor y ello se asocia invariablemente a la valoración que esta haga del dolor. Fuller²² concluye que para valorar el dolor del niño no sólo es importante observar al niño sino también tomar en cuenta el contexto en el proceso, dado que se puede correr el riesgo de subvalorar el dolor del niño cuando todos los factores no son considerados. Por otra parte, Jacobs²³ concluye que no hay evidencia en los registros clínicos que las enfermeras desarrollen herramientas apropiadas para valorar el dolor y evaluar las respuestas de los niños hacia las estrategias de manejo, lo que de alguna manera también constituye una actitud desfavorable. Estudios realizados por Rush²⁴

indican que la enfermera pediátrica está profundamente influenciada por tradiciones y rituales y que la persistencia de mitos con respecto al dolor de los niños interfiere su manejo, haciendo que adopte una actitud desfavorable. Las personas tienen sus propias percepciones del dolor y las enfermeras no siempre son capaces de percibir el dolor que sus pacientes sienten.

CONCLUSIONES

En relación al dolor en niños y niñas existen mitos y creencias erróneas que impiden el adecuado tratamiento del dolor infantil. El manejo del dolor necesita un equilibrio entre el conocimiento científico y la manera en que deben equilibrarse principios como la beneficencia, la autonomía, la justicia y la responsabilidad, para poder dialogar con el paciente y su familia y deriven de ello las mejores decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchon J, Malmierca AJ. Valoración del dolor en Pediatría. Revista española de educación integral del pediatra extrahospitalario. Suplemento, 2008.
2. International Association for the Study of Pain. "IASP taxonomy". [iasp - pain.org](http://www.iasp.org). 1997. Disponible en: <http://www.iasp.org>
3. Gancedo C, Hernández Gancedo C, Peñarrocha J. Neurofisiología del dolor. Revista española de educación integral del pediatra extrahospitalario. Suplemento, 2008.
4. McGrath PA. An assessment of children's pain: a review of behavioral, physiological and direct scaling techniques. 2010; 31: 147-176.
5. Beyer JE, and, Wells N. Valoración del dolor en niños. En, (ed.) Dolor agudo en niños. México: Interamericana, 2009; 909-928.
6. McGrath PJ, Unruh AM. Ethics. En McGrath PJ and Unruh AM, (eds.). Amsterdam: Elsevier, 2007; 317-331.
7. Aguirre Córcoles E, Durán González ME, Zambudio GA, González Celdrán R, Castaño Collado I. Dolor postoperatorio en lactantes y niños pequeños: Nursing - PCA vs perfusión I.V. de tramadol. Revista de Cirugía Pediatr 2003; 16: 30-33
8. Schechter NL. Tratamiento insuficiente del dolor en niños: aspectos generales. En: Dolor agudo en niños. México DF: Interamericana, 2009; 845-859.
9. Goodman JE, McGrath PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. 2001; 46: 247-264.
10. Cignacco E, Gessler P, Hamers JPH. First validation of the "Bernese Pain Scale for Neonates" (BPSN). International Congress of Pain. San Diego, 2002; P256.
11. Collao Carmen. Actitud del personal de enfermería hacia el niño con dolor: Antofagasta, Chile. Noviembre 2001- enero 2002. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007 Jun [citado 2017 Jul 24] ; 23(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000200008&lng=es.
12. Pauta Castro Paola Elizabeth, Saguy Cabrera Marcos Patricio. Valoración del dolor postquirúrgico en niños/niñas de 2 - 10 años en la sala de recuperación postoperatoria y hospitalización en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo Mayo – Agosto 2013. [tesis de grado]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina; 2014.

13. Aguilar Cordero MJ, Mur Villar N, Padilla López CA, García Espinosa Y, García Aguilar R. Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua. *Nutr Hosp.* [Internet]. 2012[citado 2017 Jul 24]; 27(6):2066-2071.
14. Martínez V. Alfonso y Rodríguez B. Nancy T. Dolor postoperatorio: enfoque procedimiento – específico. *Revista de Ciencias Biomédicas.* Cartagena-Colombia, 2012.
15. Aguilar, Marina. Valoración del dolor postoperatorio en pacientes oncológicos sometidos a cirugías de cabeza-cuello y ginecología que recibieron tratamiento analgésico con ketorolaco o petidina en la Unidad de Cuidados postanestésicos del I.N.E.M. [tesis para optar el título profesional de Especialista en Enfermería Oncológica]. Lima – Perú: UNMSM; 2004.
16. Castillo MD, Moreno J, Martínez M, Artilles M, Company M, García M, Sánchez I, Hernández R. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. En Joanna Briggs Institute. Original en inglés: Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: a systematic review. 2010; 8(28):1112-1168.
17. Costa Erika, Avalos Nancy, Delgado Rocío. Calidad de los cuidados inmediatos y manejo del dolor en pacientes quirúrgicos en los centros hospitalarios de Chimbote. [tesis de grado]. Chimbote, Perú; 2009.
18. Freese Bárbara T, Beckman Sarah J, Boxley-Harges Sanna, Bruick Sorge Cheryl, Matthews Harris Susan, Hermiz Mary E, Meininger Mary, Steinkeler Sandra E. Betty Neuman. Modelo de los sistemas. En: Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha. Modelos y teorías en Enfermería. 4ta Edición. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007, p. 267-299.
19. McKee Nancy J, Danko Marguerite, Heidenreiter Terrence J, Hunt Nancy E, Marich Judith E, Marriner Tomey Ann, McCreary Cynthia A, Stuart Margery. Ernestine Wiedenbach. El arte de la ayuda de la enfermería clínica. En: Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha. Modelos y teorías en Enfermería. 4ta Edición. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007, p. 86-98.
20. Collao Carmen. Actitud del personal de enfermería hacia el niño con dolor. Antofagasta, Chile. Noviembre 2001- enero 2002. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2007 Jun [citado 2017 Jul 24]; 23(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000200008&lng=es.
21. Twycross A. Influences on nurses' perceptions of children's pain. *J Child Health Care.*1998; 2 (2): 80-5.
22. Fuller BF, Neu M, Smith M. The influence of background clinical data on infant pain assessments. *Clin Nurs Res.*1999;8(2):179-87.
23. Jacob E, Puntillo K. Pain in hospitalized children: pediatric nurses' beliefs and practices: *J. Pediatr Nurs.*1999;14(6):379-91.
24. Rush SL, Harr J. Evidence-based pediatric nursing: does it have to hurt? *AACN Clin Issues.* 2001;12(4):597-05.

TITULO: MANEJO INMEDIATO DE UN TRAUMATISMO MÁXILO-MANDIBULAR EN NIÑA DE 10 AÑOS.

Autores: Dr. Alain Soto Ugalde. alain.soto@gal.sld.cu, Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba, Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral, Máster en Salud Bucal, Investigador Agregado, Profesor Asistente.

Resumen.

Se realizó la presentación de un caso sobre la atención inmediata de urgencia a una niña de 10 años de edad, piel mestiza, procedencia urbana, con antecedentes de salud, tras una caída de aproximadamente 2,5 m de altura sufriendo un severo traumatismo dentoalveolar anterosuperior y anteroinferior que le ocasionó fractura dentoalveolar en el sector anterosuperior de 12 a 22, luxación de 12, 11 y 22 y avulsión de 21 el cual pudo ser recuperado en el lugar del trauma y fractura dentoalveolar en el sector anteroinferior de 32 a 42. La niña fue recibida de urgencia en el cuerpo de guardia del Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto" y atendida en el salón de Cirugía Maxilofacial de este hospital. Se aplicó tratamiento quirúrgico para heridas de partes blandas realizando sutura de las mismas, reducción y estabilización de la fractura en el sector anterosuperior mediante férula de Erich y en el sector anteroinferior mediante osteosíntesis con alambre en ocho, se reimplantó 21 y se fijó a la férula mediante osteosíntesis con alambre, se indicó tratamiento con dieta blanda y líquida, analgésicos, antibioticoterapia, termoterapia y buchadas tibias con solución salina, se mantuvo la férula durante 21 días, logrando consolidar las fracturas y 21 en su alveolo. Los procedimientos quirúrgicos se realizaron con anestesia local disminuyendo el riesgo quirúrgico para la paciente y reduciendo la complejidad del proceder. Se logró reimplantar el diente avulsionado evitando las secuelas estéticas, funcionales y psíquicas del trauma reincorporando la niña a la sociedad.

Palabras Claves: traumatismo facial, traumatismo dentario, odontopediatría, cirugía maxilofacial.

Introducción.

El macizo facial, al igual que las extremidades es una de las partes del cuerpo humano más expuestas a lesiones por traumas accidentales o provocados. Estas lesiones faciales, aunque en su mayoría no comprometen la vida, por ser las más visibles del cuerpo humano tienen el privilegio de poder ser causa de deformidades muy difíciles de ocultar.^{1,2}

El manejo del trauma en los niños requiere de consideraciones especiales que involucran aspectos médicos, quirúrgicos y psicológicos, existiendo consideraciones generales que influyen directamente en el manejo sistémico del paciente, y consideraciones específicas del territorio maxilofacial.^{3,4}

¿Por qué son menos frecuentes las fracturas faciales en niños?

- Cuidado de los padres reduce el riesgo de traumas severos.
- Aunque las caídas son frecuentes, por lo general son de poca altura.
- El esqueleto facial, no está aun debilitado por el desarrollo de los senos paranasales.
- Los huesos faciales en los niños son muy elásticos (fracturas en tallo verde).^{5,6}

Por las razones antes expuestas, por la intensidad del trauma y por la importancia que representa para un niño poder reimplantarle un diente permanente avulsionado, nos propusimos presentar este caso clínico, al ser parte de la práctica clínica cotidiana del Estomatólogo General o del Cirujano Maxilofacial.

Objetivo:

Exponer un caso clínico sobre una niña de 10 años de edad que sufrió un traumatismo facial severo con fractura dentoalveolar anterosuperior y anteroinferior y luxación de dientes y avulsión del incisivo central superior.

Presentación del caso.

Historia de la Enfermedad Actual: Paciente de 10 años de edad Femenina / Mestiza procedencia urbana con antecedentes de salud. Que acude a cuerpo de guardia del Hospital Pediátrico Universitario « Paquito Gonzalez. Cueto» tras haber sufrido caída de una altura de aproximadamente 2,5 m., recibiendo traumatismo maxilo-mandibular severo por lo cual es llevada de urgencia al salón de cirugía maxilofacial de este hospital.

Examen Físico:

Piel y mucosas: húmedas y normocoloreadas.

Tejido celular subcutáneo: infiltrado en labio superior e inferior.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no estertores, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos. frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto. Tensión arterial 100 / 60 mmHg.

Abdomen: Suave depresible, no doloroso, no visceromegalia, no proceso "T" palpable, ruidos hidroaereos normales.

Sistema nervioso central: consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, no presentaba signos meningeos ni focalización neurológica.

Cara: Facie característica de proceso traumático inmediato en sentido frontoccipital en región bucal, labios superior e inferior edematosos y con heridas contusas.

Examen Bucal:

Dentición mixta tardía.

Heridas contusas en encía marginal y adherida vestibular anterosuperior y anteroinferior.

Movilidad en bloque del sector anterosuperior de 12 a 22 y anteroinferior de 32 a 42.

Movilidad grado III de 12, 11 y 22, ausencia clínica de 21 con movilidad de la tabla ósea externa vestibular.

Complementarios:

Hemoglobina 12,8 g/l.

Tiempo de sangramiento: 1 ½ min.

Tiempo de coagulación: 8 min.

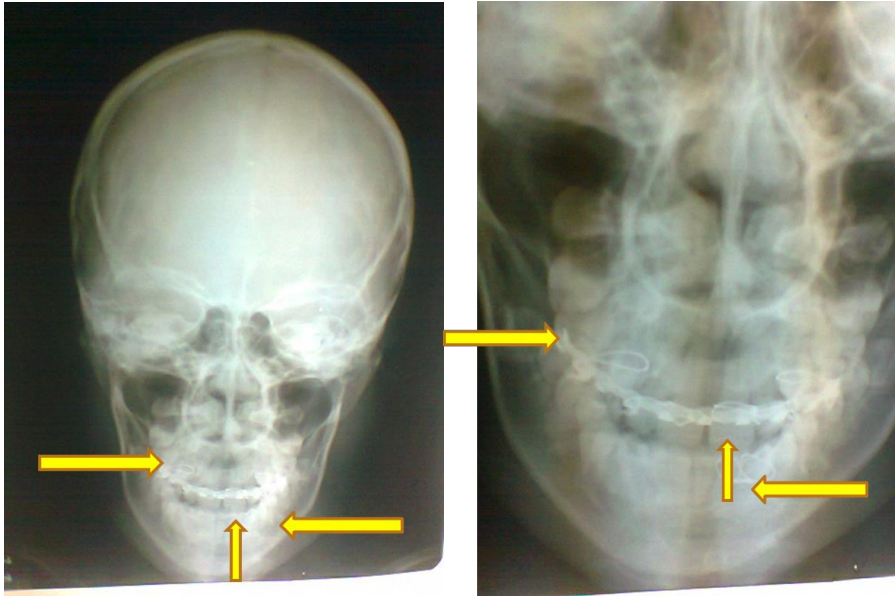
Rx Anteroposterior y Lateral de cráneo donde se observa solución de continuidad a nivel apical de 12 a 22 y de 32 a 42 que involucra hueso alveolar del maxilar y de la mandíbula.

Diagnósticos:

1. Heridas contusas de partes blandas en labio superior e inferior y mucosa alveolar anterosuperior y anteroinferior.
2. Fractura dentoalveolar anterosuperior y anteroinferior.

3. Luxación de 12, 11 y 22.
4. Avulsión de 21.

Rayos X



Rx AP de cráneo postoperatorio inmediato donde se observa inmovilización de fractura dentoalveolar superior e inferior.

Tratamiento:

Se realizó asepsia y antisepsia del campo operatorio. Se colocó paño hendido. Se anestesió con lidocaina 2% más epinefrina tipo cárpule mediante técnica infiltrativa. Se realizó limpieza y regularización de heridas contusas de partes blandas, hemostasia y sutura de mucosa de la encía vestibular y de la mucosa del labio con cromado 4.0.

Se redujo y estabilizó la fractura dentoalveolar superior mediante la colocación de férula de Erich en el sector anterosuperior de 14 a 24 y se colocó alambre en "8" a nivel de 32 y 33 como con lo que se logró estabilizar la fractura dentoalveolar inferior. Se realizó fijación e inmovilización de 12, 11 y 22 mediante alambre a la férula de Erich.

Se realizó lavado con suero fisiológico del alveolo del 21 y se comprobaron las tablas óseas alveolares con instrumento romo y se irrigó nuevamente con suero fisiológico.

El diente avulsionado fue recuperado en el lugar del trauma, previa indicación a los padres de la paciente y transportado al hospital en frasco con suero fisiológico.

Se comprobó que el diente estaba en buen estado y cumolia las condiciones para ser reimplantado con 1 hora de tiempo extralveolar, se reimplanta 21 previa colocación en NaCl 0.9 % y se fija a la férula de Erich mediante alambre. Se le dan las indicaciones a los padres de la niña de Amoxicilina 500 mg 1 capsula cada 8 h por 7 días, Dipirona 300 mg 2 tabletas cada 8 h, fomentos fríos las primeras 24 h,

fomentos tibios de agua hervida pasadas las 24 h 4 veces al día, buchadas tibias con solución salina 4 veces al día y dieta blanda.

Se mantuvo la paciente en observación durante 6 h en cuerpo de guardia del hospital y se decide alta médica al presentar buen estado general y seguimiento por consulta externa de nuestra especialidad.

Evolución

La Primera evolución se realizó a las 48 h observándose una evolución satisfactoria de la paciente por lo que se mantuvo igual conducta y tratamiento antes mencionada. Luego se evolucionó semanalmente durante 6 semanas con evolución clínica satisfactoria del caso. La férula y la osteosíntesis con alambre se mantuvieron durante cuatro semanas y el tratamiento pulporadicular de los dientes afectados se comenzó a las octava semana previa realización de prueba de vitalidad con pulpovitalometro por especialistas de EGI dedicados a la odontopediatria.



Foto a las 3 semanas de evolución donde se observa la férula de Erich colocada en el sector anterosuperior y osteosíntesis con alambre en 8 a nivel de 32 y 33 con consolidación de las fracturas y del diente reimplantado.



Foto a las 4 semanas de evolución.

Se retiró la férula de Erich y la osteosíntesis con alambre en ocho, apreciándose estabilidad de la fractura y consolidación del diente reimplantado. Se insistió a la paciente y madre en mantener buena higiene bucal y la dieta blanda.

Discusión.

La cara es una de las zonas más expuestas del organismo donde existen estructuras anatómicas que juegan un papel fundamental en la vida del paciente desde el punto de vista estético así como funcional por lo que se debe tener sumo cuidado a la hora de realizar el tratamiento de la patología bucal y del macizo facial. En el caso especial de los niños por estar en una fase de crecimiento y desarrollo, es propenso a la cicatriz hipertrófica, por lo que se debe extremar el cuidado en las heridas a la hora de realizar el tratamiento quirúrgico así como los cuidados posoperatorios.^{7, 8.}

Las fracturas dentoalveolares ocurren por lo general por trauma frontal e involucran el sector anterosuperior por su posición delante del sector mandibular, se debe procurar conservar los dientes luxados o avulsionados en la dentición permanente dadas las funciones estéticas, fonéticas y para la masticación de los dientes sobre todo en la niñez por el factor psicológico que puede ocasionar la pérdida de un diente en edades tan tempranas de la vida.^{9,10.}

En los traumatismos dentarios y fracturas en la infancia no se debe realizar el uso de la férula para inmovilizar dientes temporales, sin embargo en los dientes permanentes durante la infancia se debe colocar férula y se puede retirar pasados los 21 días por la rápida consolidación de las fracturas de los huesos del macizo facial sobre todo en la infancia.^{10,11}

Existen diferentes tipos de férula que se pueden emplear para inmovilizar dientes permanentes luxados o avulsionados como pueden ser mediante sutura de nylon con resina, alambre con resina, alambre o resina individualmente o mediante férula de Erich.^{12, 13}

Existen requisitos que debe reunir un diente para que pueda ser reimplantado:

1. No tener caries.
2. No estar ubicado en una posición que después requiera tratamiento de ortodoncia.
3. La cavidad alveolar no debe tener mayores comunicaciones o fracturas.
4. Período extraalveolar menor de 24 h.
5. No cepillar la superficie radicular, no aplicar medicamentos o desinfectantes, no eliminar el ápice.

Los medios apropiados para transportar un diente avulsionado son: leche, suero fisiológico y fluidos bucales (saliva) y no se debe utilizar agua.³

El éxito de un diente reimplantado depende de varios factores en primer lugar el estado general del paciente, la disciplina del paciente a la hora de la recuperación al seguir cuidadosamente las indicaciones médicas en cuanto a la dieta blanda, reforzar la higiene bucal, la disciplina en cuanto a las consultas y al tratamiento endodóntico de los dientes afectados. Aunque en algunos casos la solución es temporal por las complicaciones que con el tiempo puede presentar un diente reimplantado como lo es la reabsorción radicular, se logra resolver el problema de la pérdida dentaria, que en la niñez puede ser un problema estético, funcional y psicológico para el niño y lograr llegar a edades futuras como la adolescencia acto física y mentalmente para enfrentar estas edades de la vida.

Conclusiones.

Se realizó la atención inmediata de urgencia a una niña de 10 años de edad logrando reimplantar el diente avulsionado estabilizar y consolidar una fractura dentoalveolar maxilar y mandibular, así como los dientes luxados y avulsionados en posición anatómica. Se usó anestesia local logrando disminuir el riesgo quirúrgico para la paciente así como la complejidad de la intervención. Se logró reincorporar la niña a la sociedad sin afectación anatómico-funcional, estética, ni psicológica al lograr reimplantar el diente avulsionado.

Referencias Bibliográficas.

1. Levi Alfonso Jorge. Cirugía Maxilofacial Pediátrica. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2007. P 22 – 26.
2. Soto-Ugalde A, Maya-Hernández B. Traumatismo dentario. Presentación de un caso. Medisur [revista en Internet]. 2015 [citado 2016 Nov 23]; 13(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2823>
3. Colectivo de autores. Guías prácticas de estomatología. [serie en Internet]. 2002 [citado: 2 feb 2009]. Disponible en: <http://www.sld.cu/uvs/saludbucal/temas.php?idv=4804>
4. Cubero GG. Los traumatismos dentarios como urgencia odontológica. Rev Ven Estomatol. 2006; 34(4):4. Disponible en: <http://www.salud.com/selecciones/saluddental.asp?contenido=12551>

5. Jamidez Herrera Y, Romero Zaldívar E, Pérez Cedrón R, López Hernández P. Evaluación a corto plazo de dientes traumatizados después de la aplicación de tratamientos. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc100610.pdf>
6. Chrcanovic BR. Factors influencing the incidence of maxillofacial fractures. *Oral Maxillofac Surg* 2012;16:3–17.
7. Chrcanovic BR, Abreu MH, Freire-Maia B, Souza LN. 1,454 mandibular fractures: a 3- year study in a hospital in Belo Horizonte, Brazil. *J Craniomaxillofac Surg* 2012;40:116–23.
8. Chrcanovic BR. Fixation of mandibular angle fractures: clinical studies. *Oral Maxillofac Surg* 2014;18:123–52.
9. Chrcanovic BR. Fixation of mandibular angle fractures: in vitro biomechanical assessments and computer-based studies. *Oral Maxillofac Surg* 2013;17:251–68.
10. Chrcanovic BR. Open versus closed reduction: comminuted mandibular fractures. *Oral Maxillofac Surg* 2013;17:95–104.
11. Harjani B, Singh RK, Pal US, Singh G. Locking v/s non-locking reconstruction plates in mandibular reconstruction. *Natl J Maxillofac Surg* 2012;3:159–65.
12. Jain MK, Sankar K, Ramesh C, Bhatta R. Management of mandibular interforaminal fractures using 3 dimensional locking and standard titanium miniplates—a comparative preliminary report of 10 cases. *J Craniomaxillofac Surg* 2012;40:e475–8.
13. Kumar I, Singh V, Singh A, Arora V, Bajaj A. Comparative evaluation of 2.0-mm locking plate system vs. 2.0-mm nonlocking plate system for mandibular fractures—a retrospective study. *Oral Maxillofac Surg* 2013;17:287–91.

MEDIO DE ENSEÑANZA: “MOSTRANDO EL CAMINO”

AUTORES:

Est. Mary Trini Salas Atiés, email: medmtsa880519@ucm.cfg.sld.cu. Estudiante de 4to de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

MSc. Trinidad Aties Caballero, email: met.idioma@ucm.cfg.sld.cu. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Dra. C. María Felicia Casanova González, email: neurofisiología@hosped.cfg.sld.cu. Jefa del Departamento de Neurofisiología. Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto” de Cienfuegos, Cuba.

MSc. Sandra Williams Serrano, email: sandraws@jaqua.cfg.sld.cu. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Lic. Raúl Jesús Rosales González. Jefe del departamento de Informática. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: La epilepsia es una patología que ha aumentado en los servicios de Neurología. Es un trastorno crónico de diagnóstico clínico, caracterizado por crisis recurrentes, que puede tener diferentes formas de presentación, con una causa conocida o no para su ocurrencia y que se origina como consecuencia de descargas excesivas e hipersincrónicas de neuronas de la corteza cerebral. **Objetivo:** Diseñar medios de enseñanza sobre la Epilepsia en la adolescencia titulada “Mostrando el camino”. **Método:** Se trabajó durante 10 semanas con un grupo de alumnos de 11no grado, utilizando un programa de promoción para la salud acerca de la epilepsia y apoyados por un producto terminado no digital el cual compone un recurso técnico que modula mediante imágenes, curiosidades y mensajes con propósitos didácticos. Su elaboración fue lograda al plantearse confeccionar varios folletos como medios de enseñanza que permitan la orientación e instrucción de los elementos fundamentales de la epilepsia en la adolescencia. **Resultados:** Los niveles de satisfacción con el uso de este medio son elevados mostrándose en su mayoría opiniones positivas acerca del producto. Los folletos informativos permiten que las personas obtengan información y se eduquen de una manera más fácil, además facilitan las acciones de promoción de salud a gran escala con la utilización de escasos recursos.

Palabras clave: Epilepsia, Adolescencia, Enseñanza, Promoción.

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, en las primeras descripciones de la enfermedad epiléptica se relacionaba la misma con alteraciones de la conducta, el pensamiento y el humor. En Grecia (a.c) fue denominada la enfermedad sagrada, y se interpretaban las crisis como actos divinos o de castigo desde los dioses hacia los hombres. Hipócrates (460-377 (a.c) es el primero que plantea la epilepsia como enfermedad.

En las distintas sociedades por la que ha pasado la humanidad, a la discriminación más cruel que sobre un padecimiento se conozca.

A pesar de los avances de la ciencia y la tecnología en el siglo XXI estos enfermos siguen padeciendo de la incomprensión y son estigmatizados por la sociedad. ⁽¹⁾

La epilepsia se refiere que es crónica, ya que debe ser una manifestación que haya evolucionado en el tiempo y no solo la presencia de varios ataques nos va a dar el

diagnóstico. Por ejemplo, durante una infección del Sistema Nervioso Central (SNC) pueden presentarse en el transcurso de los días varios ataques convulsivos, pero esto no implica evolución crónica, independiente de que hayan sido a repetición.⁽²⁾ Se afirma que es de diagnóstico clínico porque no existe ningún examen complementario (incluyendo el electroencefalograma) que defina el diagnóstico de epilepsia.⁽³⁾

Algunos autores utilizan la definición de epilepsia que implica la existencia de cualquiera de las siguientes condiciones⁽⁴⁾:

1. Al menos, dos crisis epilépticas no provocadas (o reflejas) que ocurran separadas por un plazo superior a 24 horas.

2. Una sola crisis epiléptica no provocada (o refleja) unido a una alta probabilidad por el origen causal de la misma, de que aparezcan más crisis durante los 10 años siguientes (similar al riesgo de recurrencia que hay después de presentar dos crisis no provocadas (al menos de un 60%).

3. Cuando se diagnostica un síndrome epiléptico.

Esta definición de epilepsia conlleva nuevas consideraciones:

- Se considera a la epilepsia por primera vez como una enfermedad, no se habla simplemente de un trastorno o de una alteración. De esta forma, se enfatiza en la gravedad de la naturaleza de esta patología.

- Crisis no provocadas: son aquellas en las que no existe una causa aguda responsable de la crisis. Por ejemplo, no podemos hablar de epilepsia tras la aparición de crisis producidas por factores como: conmoción craneal, fiebre, infecciones o hipoglucemias.

- También, se puede hablar de epilepsia tras una sola crisis (no provocada), si además existen otros factores que impliquen una alta probabilidad de recurrencia de crisis (por ejemplo, si aparece una crisis no provocada en un paciente con antecedente de ictus [o infección o traumatismo] no agudo, la literatura sugiere un alto riesgo de aparición de otra crisis no provocada, por lo que se puede hablar de epilepsia).

Las epilepsias afectan al 0,5%-1,5% de la población, según el nivel sanitario de los países. Su curva de incidencia tiene dos picos, uno en la primera década de la vida y otro en la séptima. La mayoría de los casos ocurren en niños menores de 10 años y en personas mayores de 65. El pico precoz se debe sobre todo a las epilepsias del primer año de vida, cuya incidencia parece ir en disminución en los países desarrollados. Por el contrario, el pico de las epilepsias tardías se incrementa por las enfermedades vasculares cerebrales y las demencias, en especial la enfermedad de Alzheimer.⁽⁵⁾

En el caso de la Epilepsia en la adolescencia es preciso conocer que la pubertad y la adolescencia son procesos que se caracterizan por la elevación de los mecanismos de excitación, relacionados con la “fiesta” hormonal que caracteriza este periodo y hacen que las crisis convulsivas sean más frecuentes que en otras épocas de la vida. Según los expertos alrededor del 18% de las epilepsias se inician en el tramo etario que va entre los 12 y 18 años.⁽⁶⁾

En Cuba la epilepsia es el trastorno neurológico más frecuente después de la cefalea. Se estima que existen entre 30 mil y 60 mil pacientes aseguró el neurólogo Carlos Manuel Maya Entenza del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo en revisiones de datos estadísticos en el presente año 2017. Las causas más frecuentes de este padecimiento son las de origen perinatal, traumáticas, infecciosas, postraumáticas y vasculares.

Hoy se conoce que la epilepsia no es una enfermedad para toda la vida y que la mayor parte de los pacientes alcanzan períodos prolongados de remisión con tratamiento o sin

este. En la provincia de Cienfuegos también constituye uno de los trastornos neurológicos más frecuentes y constituye la primera causa de ingreso en el servicio de Neuropediatría.

En función de la etiología, la actual clasificación de la ILAE describe 3 tipos de epilepsia (7).

- Epilepsias de causa genética (antes llamadas idiopáticas): existe una alteración genética conocida o sospechada que provoca un trastorno donde la epilepsia es el principal síntoma. Por ejemplo: síndrome de Dravet y mutación en *SCN1A*.
- Epilepsias de causa estructural/metabólica (antes epilepsia sintomática remota): hay alteraciones estructurales o metabólicas que están asociadas a un incremento sustancial del riesgo de padecer epilepsia. No solo se incluyen las epilepsias debidas a una lesión cerebral concreta, sino, además, aquellas que se deben a una enfermedad genética que produce una alteración cerebral causante de epilepsia (por ejemplo: en el caso de la esclerosis tuberosa o de las displasias corticales focales).
- Epilepsias de causa desconocida: la naturaleza de la causa subyacente de la epilepsia es hasta ahora desconocida.

Es evidente, por tanto, la complejidad del tema. Pero se complica todavía más si tomamos en consideración la variedad de síndromes epilépticos idiopáticos o criptogénicos y epilepsias secundarias que concurren durante este período como se mostró anteriormente, teniendo en cuenta las edades que corresponden a la adolescencia que coinciden con las epilepsias iniciadas en la infancia y no resueltas y las epilepsias que debutan durante la adolescencia.

Este período, ya de por sí complejo, difícil de comprender y de manejo complicado, se convierte en una situación muy delicada si es interferido por la epilepsia. Ya sabemos que psicológicamente la adolescencia es la etapa de reafirmación e imposición, donde se quiere demostrar una gran capacidad de independencia. La epilepsia, como enfermedad crónica del sistema nervioso, repercute en la conducta, en el aprendizaje, implica restricciones sociales, comporta obligaciones y responsabilidades y condiciona una incertidumbre ante el futuro. (8)

Durante los años 80 el término calidad de vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con la vida. Una definición más integradora fue elaborada por Cabrera y colaboradores en 1997, éstos definieron calidad de vida como el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, etc., que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los factores subjetivos están determinados en última instancia por la valoración que el sujeto hace de su propia vida en función del nivel de satisfacción que alcanza en las esferas o dominios más importantes de su vida. (5)

Como puede apreciarse, existe una interacción entre lo social y lo psicológico donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo con la postura que el individuo asuma. Esto es un presupuesto teórico básico para la conceptualización, estudio y evaluación de la calidad de vida. En el caso de los niños y adolescentes la problemática involucra

también a la familia, en la medida que la epilepsia puede causar ciertas dificultades en la convivencia diaria. ⁽⁹⁾

Sobre este tema, un conjunto de autores de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana realizó una investigación sobre la calidad de vida en niños y adolescentes con epilepsia, donde encontraron que el total de madres entrevistadas afirmaron que, ante el diagnóstico dado a sus hijos, de una enfermedad crónica como la epilepsia, experimentaron diversos sentimientos, predominando: el miedo, la ira, culpa, tristeza, ansiedad, confusión, negación, y temor. El 86.3 % de éstas afirmó que, en la primera crisis, tales sentimientos se exacerbaban en la figura paterna y se generaron reacciones inusitadas. ⁽⁵⁾

Hay que recordar que el tratamiento de la epilepsia no es sólo «darle tabletas a tomar a una persona», sino que también el médico debe brindar al familiar y al paciente la explicación detallada de su enfermedad, con lenguaje claro y sencillo, además de alertar que no debe de suspender bajo ninguna razón su tratamiento medicamentoso.

En general, en dicho estudio se pudo constatar que los padres de los niños y adolescentes no conocen la enfermedad con profundidad, lo que corrobora la necesidad de programas educativos para pacientes con epilepsia, sus familiares y claro está, el resto de las personas que le rodean, es decir, la sociedad.

En Juventud Rebelde, el 13 de Marzo del 2009, se publica un artículo denominado “Dispone Cuba de medicamentos de primera línea para la epilepsia”. El doctor Salvador González Pal, presidente de la Liga Cubana contra la Epilepsia, lo explicó en el segundo día de sesiones de la III Conferencia Científica de Restauración Neurológica, en el Palacio de Convenciones, en Ciudad de La Habana. Donde refiere que alrededor del 80% de los pacientes de las diferentes epilepsias en Cuba están controlados mediante tratamiento clínico-medicamentoso y el país dispone ya de los medicamentos de primera línea para atender esta enfermedad. Dio a conocer que hay mucho de esperanzador en el país en el tratamiento y control de las crisis provocadas por esta enfermedad. Citó el tratamiento quirúrgico, el esfuerzo del Estado por disponer de todos los fármacos clásicos, y algunos —los más importantes— de última generación.

Anunció que en el Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN) se han realizado 25 operaciones —con buenos resultados— a pacientes con epilepsia de difícil control mediante medicamentos. ⁽¹⁰⁾

Indiscutiblemente se han desarrollado toda una serie de avances como la electroencefalografía, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear, la tomografía por emisión de positrones y otras técnicas tanto imagenológicas como neurofisiológicas, neuropsicológicas y neuroquirúrgicas y de que el tratamiento farmacológico facilite el control de las crisis, además de métodos opcionales en otros países como la dieta cetógena y la estimulación vagal. ^(11, 12)

Podríamos creer entonces que se han abarcado todos los pilares posibles para tratar la epilepsia e incluso, creer, que si falta algo por hacer requiere de conocimientos con un desarrollo supremo. Realmente, se está olvidando un elemento importante e influyente en el proceso salud-enfermedad: programas de orientación para elevar la calidad de vida del paciente epiléptico, una característica peculiar del modelo de salud cubano.

DESARROLLO

El presente producto terminado no digital, compone un recurso técnico que modula; mediante imágenes, frases, curiosidades y mensajes con propósitos didácticos. Su

confección fue lograda al plantearse confeccionar varios folletos como medios de enseñanza que permitan la orientación e instrucción de los elementos fundamentales de la epilepsia en la adolescencia, así como la vinculación de los estudiantes y profesionales de la salud atendiendo al desarrollo de las Técnicas de promoción y prevención de Salud.

¿Qué es la epilepsia?

La epilepsia es una patología frecuente en la infancia y un motivo de consulta no poco habitual en la consulta de Atención Primaria. Su abordaje diagnóstico y terapéutico es complejo y suele requerir un manejo por parte del especialista de Neurología.



**Bríndales felicidad:
Juntos serás más feliz.**

Sabías que...

- La epilepsia designa una enfermedad muy antigua que ha acompañado al hombre desde sus mismos orígenes.
- La historia reconoce a muchas personalidades célebres que han padecido epilepsia, entre otras los emperadores romanos.





Julio César y Napoleón Bonaparte, emperadores de Napoleón Bonaparte.

- A pesar de los avances de la ciencia y la tecnología en el siglo XXI estos enfermos siguen padeciendo de la incompreensión y son estigmatizados por la sociedad.

Asesor: Terey Terey Terey, Asesor
Méd. del. Aba. de Medicina
Cualificación: Cuba
medic@2017.com.cu

**PROYECTO DE APOYO
A LA ATENCIÓN DE LA EPILEPSIA EN LA ADOLESCENCIA**




¡HOLA!

¿Qué se debe hacer?

Soy la Doctora que quiere instruirte.



El primer ataque epiléptico suele ser un duro golpe para la persona y para sus familiares desde el punto de vista psíquico. Sin embargo, este primer efecto puede reducirse si el enfermo cuenta con el apoyo necesario. La finalidad última de todo esto es conseguir una calidad de vida lo más alta posible y, con ella, la satisfacción que al principio parece que se ha perdido.

La persona afectada no tiene que avergonzarse ni dudar en pedir AYUDA.

1. Quédate con el adolescente hasta que concluya la crisis.
2. Protéjelo de cualquier lesión.
 - Retira cualquier objeto duro o cortante cercano.
 - Aleja de cualquier peligro (escaleras, estufas, agua).
3. Mantenga la calma y colóquelo un objeto en la boca para evitar que se muerda la lengua.
4. Coloque algo plano y no excesivamente blando bajo su cabeza (una chaqueta doblada).
5. Gira al adolescente suavemente hacia un lado para que tenga libre las vías respiratorias y desahogue o abraje las piernas de ropa en el suelo.

La confección de este producto surgió como resultado de la Revisión Bibliográfica “Epilepsia en la Adolescencia”, desarrollada con fines evaluativos en la asignatura de Morfofisiología III, presentada luego en el Fórum Regional de Base y el Fórum Científico Provincial durante el curso 2014-2015. En aquel entonces quedaron abiertas varias preguntas (¿Cómo vive el adolescente su epilepsia, y de qué forma esta vivencia repercute en su personalidad y conducta? ¿Cómo responde la sociedad ante el enfermo?) a las cuales se pretendía dar respuesta y accionar al respecto. Ya en el curso 2015-2016 fue presentado en el I Festival de la Ciencia como continuación de la línea investigativa la Revisión Bibliográfica “Epilepsia en la Adolescencia, actualización”, concluyendo que existe una interacción entre lo social y lo psicológico donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo con la postura que el individuo asuma. Esto es un

presupuesto teórico básico para la conceptualización, estudio y evaluación de la calidad de vida en el caso de los niños y adolescentes con epilepsia. En esta situación la problemática involucra también a la familia, en la medida que la epilepsia puede causar ciertas dificultades en la convivencia diaria. De esta manera se propone acciones de promoción y atención para la salud que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

Se realizaron los trabajos de búsqueda, recopilación de la información y elaboración de los folletos informativos. Cada miembro del equipo asumió su responsabilidad de la siguiente manera: Mary Trini asumió el diseño e impresión con la supervisión del especialista gráfico, además del especialista en el tema tratado. Diana Rosa desarrolló la aplicación del producto junto con el resto de los integrantes. Andy Gabriel realizó la comprobación o evaluación del producto con la supervisión del especialista estadístico. Para su finalidad fueron efectuadas varias visitas a centros como el Palacio de la Salud, Dirección Provincial de Salud, Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología.

También se utilizaron libros y algunos trabajos investigativos relacionados con el tema, además de Microsoft Office Publisher 2007 y el programa Adobe Photoshop CS.

Para el diseño del producto se emplearon las diversas opciones de dichos programas destacándose en la confección, diseño, edición, secciones, cuadro de textos en la confección de los Folletos Informativos.

Por la complejidad del fenómeno se realizó una estrategia de intervención donde se combinaron aspectos de investigación que responden a la metodología cualitativa y cuantitativa, lo que condicionó la selección y aplicación del sistema de métodos, técnicas y procedimientos de nivel teórico y empírico necesarios para alcanzar los objetivos planteados.

Escenario. IPU “Martín Dihigo”, del municipio de Cienfuegos.

Período de estudio. Enero a marzo del año 2017.

Se trabajó con 48 estudiantes del 11^{no} grado, que aceptaron incluirse en la investigación. El producto fue empleado durante 50 días, luego fue aplicada la encuesta de tipo “Guille”, recogiendo variables que favorecen al estudio y apreciación del producto.

Se encuestaron con éxito 48 (100 %) estudiantes. Se logró en estos casos un aumento en el desarrollo de nuevos conocimientos y la aceptación en términos de aprendizaje de los temas y lecturas propuestas, considerando éstos que la manipulación del material didáctico fue fácil, ya que contaban con las habilidades necesarias para el uso del plegable. La calidad de la Información brindada fue catalogada de excelente y buena, reflejándose con mayor predominio la categoría de excelente con 41 (85%), traduciendo resultados satisfactorios. El estimado de dominio del vocabulario técnico-informativo de 46 para un 96%. De acuerdo a las variables correspondientes a la búsqueda de información y la realización de acciones de promoción y prevención de Salud los marcadores estuvieron muy cercanos en 48 (100%) y 44 (92%) respectivamente donde se reflejan estímulos significativos para el desarrollo del proyecto; describiéndose este en la variable de utilidad del producto como muy útil 39 (81%).

Nuestro país se ha destacado en el campo de la salud principalmente como promotor de la prevención de las enfermedades en la población, a través de programas como el PAMI, detección precoz del cáncer cervicouterino, atención a la Tuberculosis, ITS, atención al adulto mayor, entre otras. Evidencia del éxito de esta conducta a nivel nacional son los elevados marcadores de salud comparables a los de muchos países desarrollados, aún con condiciones económicas desfavorables. Sin embargo, al menos

en nuestra provincia, no se han realizado proyectos como el que proponemos, en el cual los adolescentes, mediante el desarrollo de medios de enseñanza que favorezcan su instrucción sobre la epilepsia y como proceder ante sus manifestaciones, pueden influir notablemente en la repercusión social de esta enfermedad, transmitiendo sus conocimientos aplicando la conducta adecuada durante la crisis y eliminando los prejuicios que afectan a personas con esta patología.

La implementación de proyectos y trabajos como el que se propone, contribuirá de manera directa en el aprendizaje, no solo del adolescente, sino de todas las personas de su ámbito social, además favorecerá el accionar de los mismos en la realización y creación de mecanismos que contribuyan a elevar la calidad de vida de personas que padecen de epilepsia

Es evidente la calidad que presentan los medios de enseñanza promocionados por los programas nacionales en cuanto a diseño e impresión, lo que lleva a nuestra propuesta a un menor nivel, esto está dado por la falta de recursos materiales y de ayuda de algunas instituciones que se ven imposibilitadas en apoyar este tipo de proyectos.

El diseño de varios folletos como medios de enseñanza que permitan la orientación e instrucción mediante síntesis fundamentales de la epilepsia en la adolescencia así como su atención en momentos clave, se le da cumplimiento con la elaboración, implementación y evaluación de estos folletos informativos, ya que no solo permiten mostrar los elementos fundamentales sino que también promueven y posibilitan la realización de acciones sociales motivada por la gran eficacia y eficiencia en materia de aprendizaje mediante este producto.

Los folletos informativos permiten que las personas obtengan información y se eduquen de una manera más fácil y asequible, ya que su uso es sencillo y no se necesitan complejas habilidades, además facilitan las acciones de promoción de salud a gran escala con la utilización de escasos recursos.

Los niveles de satisfacción con el uso de este medio son elevados mostrándose en su mayoría opiniones positivas acerca del producto.

CONCLUSIONES

Se logró realizar medios de enseñanza de fácil acceso, con la información necesaria, didáctica, instructiva y orientadora que brindan calidad en la información por su manipulación y lenguaje claro.

Se pudo comprobar la utilidad del producto “Mostrando el camino” como medio de enseñanza para recibir información sobre la Epilepsia en la adolescencia, la búsqueda de información y la realización de acciones de promoción de salud, además, demostró contribuir al desarrollo de nuevos conocimientos.

Se puede lograr el aprendizaje social de la epilepsia como una condición tratable, contribuyendo a una elevada calidad de vida de los adolescentes que la padecen y una orientación adecuada de personas vinculadas o no con la enfermedad

BIBLIOGRAFÍA

1. Maya Entenza CM. Epilepsia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
2. García García RJ. Sexualidad, fertilidad y anticoncepción en adolescentes epilépticos: estado del arte y propuestas de conducta. Rev Cubana Neurol Neurocir. [Internet] 2011 [citado 21 Abr 2015];1(1):52–8. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu>)

3. VN, Aliño SM. La Habana: MINSAP; 2006. p. 15–93. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. Edición Revolucionaria. Tomado de la undécima edición española. La Habana: 1977.
4. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, Engel Jr J, Forsgren L, French JA, Glynn M, Hesdorffer DC, Lee BI, Mathern GW, Moshe SL, Perucca E, Scheffer IE, Tomson T, Watanabe M, Wiebe SL. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014; 55: 475-82
5. Iglesias Moré S, Fabelo Roche JR, Rojas Velázquez Y, González Pal S, Ramírez Muñoz A. Calidad de vida en niños y adolescentes con epilepsia. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2012 [citado 18 Feb 2017]; 28(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200005
6. Borges Acosta M, Hernández Betancourt N, Yera Jaramillo B. Particularidades psicocognitivas en escolares epilépticos del municipio Cifuentes. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2014 [citado 21 Abr 2015]; 18(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432014000200004&script=sci_arttext&lng=pt
7. Tirado Requero P, Alba Jiménez M. Epilepsia en la infancia y la adolescencia. *Pediatría Integral* [Internet]. Nov 2015 [citado 11 Ene 2017]; XIX(9):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix09/04/n9-609-621_PilarTirado.pdf
8. Rodríguez Rivera L. Para no cometer errores en la atención al paciente epiléptico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/no_cometererrores_pte_epilepticos/nocometer_errores_pte_epileptico_completo.pdf
9. Barrios-Hernández Y. Calidad de vida y entorno escolar del niño con epilepsia. *Revista Educación*. 2013; 37(2): 143-154.
10. Juventud Rebelde [Internet]. Dispone Cuba de medicamentos de primera línea para la epilepsia. [Actualizado 10 Mar 2017; citado 14 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/>
11. ILAE [Internet]. La Habana: Liga Cubana contra la Epilepsia, 2012. Historia y estigmas en una enfermedad de todos conocida: la epilepsia. [Actualizado 9 Jun 2012; citado 14 mar 2014]. Disponible en: <http://www.epilepsiasocu.sld.cu/docs/cursos/clase1.pdf>
12. Wilmshurst JM, Gaillard WD, Vinayan KP, Tsuchida TN, Plouin P, Van Bogaert P, Carrizosa J, Elia M, Craiu D, Jovic NJ, Nordli D, Hirtz D, Wong V, Glauser T, Mizrahi E M, Cross J H. Summary of recommendations for the management of infantile seizures: Task Force Report for the ILA. *Epilepsia*. 2015; 56: 1185-97.

METÁSTASIS A COROIDES DE UN TUMOR SIN PRIMARIO CONOCIDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Autores:

Dra. Ana Lourdes Vasallo Díaz, ana.vasallo@gal.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oncología.

Dra. Dayana Calzada Urquiola, ourquiola@ucf.edu.cu, Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oncología, Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Dra. Maylin Jiménez Abraham, maylin.jimenez@gal.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oncología, Profesor Instructor.

Dra. Marylin Aroche Quintana, marylin.aroche@gal.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en oftalmología, Especialista en Medicina General Integral, Profesor Asistente, Master en longevidad.

Dra. Icilany Villares Álvarez, icilanyvg@jagua.cfq.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oftalmología, Especialista en Medicina General Integral, Profesor Asistente.

Dra. Nery María Díaz Yanes, neri.yanes@gal.sld.cu, Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Imagenología, Especialista de Medicina General Integral, Master en Procederes Diagnósticos en Atención Primaria de Salud, Profesor Asistente.

Resumen

Las neoplasias intraoculares malignas más frecuentes se localizan en la coroides. Solo cerca del 10% de las personas que tienen una o más lesiones metastásicas intraoculares son detectadas clínicamente antes de la muerte. La etiología varía según el sexo, siendo el carcinoma de pulmón el que con más frecuencia metastatiza en el varón y el carcinoma de mama en la mujer. Tienden a la multifocalidad y generalmente se localizan en el polo posterior. El 50% de los casos cursan de forma asintomática. La presencia de lesión coroidea exudativa, la disminución de la agudeza visual que presentó la paciente, así como la infrecuencia de la patología motivaron la presentación de este caso clínico.

Palabras clave: neoplasias intraoculares, lesiones metastásicas.

INTRODUCCIÓN

En muchos casos, síntomas como pérdida de visión o desprendimiento de retina, llevan al paciente a visitar al oftalmólogo, quien descubre la existencia del tumor primario no diagnosticado, a través de un examen de fondo de ojo.

“Casi el 10% de los tumores ubicados en otras zonas acaban provocando metástasis en el ojo, debido a la elevada vascularización de este órgano, en especial de la mácula y del nervio óptico”, aseguró el Dr. José García-Arumí, especialista en retina del Instituto de Microcirugía Ocular de Barcelona (IMO) y uno de los principales expertos internacionales en oncología oftálmica.

En el conjunto de las metástasis oculares la de coroides es la más frecuente (80% de todas las metástasis oculares) y se estima que un 9% de todas las metástasis del organismo tiene la coroides como primera localización.
Metástasis coroideas

El 50% de los tumores de pulmón se diagnostican posteriormente a la aparición de la metástasis, al contrario de lo que ocurre con el cáncer de mama en que los pacientes suelen tener una historia de carcinoma conocido en el 90% de los casos.

Pueden producir pérdida de visión, escotomas, metamorfopsias, y fopsias. La exploración oftalmoscópica característica muestra una lesión coroidea placode, homogénea y de aspecto cremoso. En libr metástasis crideas

Las metástasis coroideas se diagnostican con más frecuencia en mujeres y, si se exceptúan las leucemias, en edades medias o ancianos en un rango de edad entre los 40 y los 70 años²⁻⁴

La mayoría de las lesiones metastásicas intraoculares son diagnosticadas clínicamente y no histopatológicamente dado que los resultados incluso después de pruebas inmunohistoquímicas no es concluyente. Atlas de tumres

Presentación del caso

Datos generales:

- RCFA.
- HC: 027956.
- Edad: 60 años.
- Sexo: Femenino.
- Hábitos tóxicos: Fumadora, bebedora habitual.
- Antecedentes patológicos personales: Hipertensión Arterial Crónica, Asma bronquial, Carcinoma Epidermoide de Cérvix (35 años).

Paciente que acude a consulta de oftalmología del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” en marzo del 2018 con cefalea en región frontal derecha progresiva desde junio del 2017 que se asoció a disminución de la agudeza visual del ojo derecho hasta perder la visión completa de ese ojo, presentó además ptosis palpebral. En el examen oftalmológico inicial se detectó en el fondo de ojo (derecho) desprendimiento de la retina más plano en polo posterior que involucra la mácula y más elevado hacia retina media periférica con cambios epiteliales con migración de pigmento. Con este hallazgo se remite al Instituto Clínico-Oftalmológico “Ramón Pando Ferrer” como lesión neoplásica metastásica intraocular para confirmar diagnóstico.

Examen físico ocular:

Posición primaria de mirada: Ortotropía

Anexos: OD Cambios degenerativos conjuntivales.

S/A: OD Hipoquinesia del reflejo fotomotor

Defecto pupilar aferente relativo

Medios: OD Esclerosis cristalina incipiente

Celularidad en el humor vítreo

F.O: OD Lesión en forma de placa de color blanquecina-cremosa discretamente sobreelevada en la región superior a la papila con desprendimiento de retina exudativo, cambios epiteliales hacia retina media.

Estudios realizados

Retinografía (Anexo figura 1).

TAC de coherencia óptica (Anexo figura 2): Engrosamiento retinal y desprendimiento de retina de aspecto exudativo peripapilar fundamentalmente que involucra mácula.

Ultrasonido de segmento posterior (Anexo figura 3):

Modo B: Engrosamiento coroideo de aspecto sólido poco elevado heterogéneo.

Engrosamiento escleral asociado.

Desprendimiento retinal.

Opacidad del vítreo escasa.

Modo A: Ecos de mediana reflectividad.

Se concluyó después de realizados los estudios y por las características de la lesión que se trata de lesión metastásica intraocular y llega al servicio de Oncología del Hospital Gustavo Aldereguía Lima donde se realiza interrogatorio, examen físico y estudios complementarios para llegar al diagnóstico de la lesión primaria:

Interrogatorio: Además de lo descrito al inicio del cuadro clínico se constató pérdida de peso de más de 25 libras.

Examen físico (datos positivos):

Mama: nódulo en cuadrante superior externo de la mama derecha de 2cm, duro no doloroso, móvil, no se palpan adenopatías.

Respiratorio: Murmullo vesicular disminuido globalmente, no estertores.

Abdomen: dolor a la palpación superficial en epigastrio.

Estudios complementarios:

Complementarios:

Hb: 12.4g/l

C. plaquetas: $205 \times 10^9/L$

Leucograma: $9.6 \times 10^9/L$

Glicemia: 5.23 mmol/L

Creatinina: 55 mmol/L

Ac. Úrico 333 mmol/L

TGP: 20 U/L

TGO: 23 U/L

Fosfatasa Alcalina: 200 U/L

Radiografía de tórax: Signos de enfisema pulmonar generalizado. Índice cardiotorácico normal. Ateromatosis de la aorta.

Ultrasonido de mama: En cuadrante superior externo de la mama derecha, cerca de la areola se observa una imagen hipoecogénica de contornos irregulares de 16x14mm con sombra posterior a la misma. Axila sin alteración. Mama izquierda sin alteración.

Mamografía: mamas densas, heterogéneas, se observan calcificaciones benignas en ambas mamas, no imagen "T" por este estudio. Axilas cn adenomegalias de aspecto benigno.

Ultrasonido abdominal: Hígado de tamaño y ecopatrón normal, vesícula, vías biliares y páncreas normales. Riñones normales con buen RCM. Bazo normal. No adenopatías intraabdominales. No líquido libre en cavidad peritoneal. Vejiga normal. No alteraciones en hipogastrio.

RMN de cráneo:

TAC de tórax: negativa.

Comentario:

Cuando la metástasis coroidea supone la primera manifestación de la enfermedad, lo que ocurre entre el 10-30% de los casos, un 51% será de origen desconocido, un 35% será una neoplasia de pulmón, un 7% de mama y otros orígenes el resto²⁻⁴. La mayoría de tumores sólidos que origina metástasis en coroides son carcinomas. Las metástasis de melanoma cutáneo son raras y ocurren en enfermedad diseminada.

El 1 % de los pacientes con este diagnóstico cursan de forma asintomática y las lesiones se encuentran de forma incidental en un examen oftalmológico de rutina.

En todo paciente que tenga sospecha de un carcinoma metastásico es obligatorio un examen minucioso de toda evidencia clínica de cáncer extraocular antes de realizar biopsia tumoral o cualquier tratamiento ocular con el objetivo de detectar la lesión primaria y administrar tratamiento oncospecífico, en este proceso de diagnóstico y estadiamiento se encuentra el presente caso.

Conclusiones

En pacientes portadores de tumores metastásicos detectados en los ojos es fundamental establecer el diagnóstico histológico, determinar el origen extraocular o tumor primario y trabajar en las modalidades de tratamiento en vistas de preservar la visión o restaurarla en los casos posibles y evaluar el estatus del tumor intraocular antes y después del tratamiento. La conducta debe ser definida siempre en un grupo multidisciplinario formado por oftalmólogos, oncólogos, terapistas de radiación e internistas, para asegurar el cuidado óptimo de los pacientes.

Referencias bibliográficas

Anexos

Figura 1 Retinografía Ojo derecho

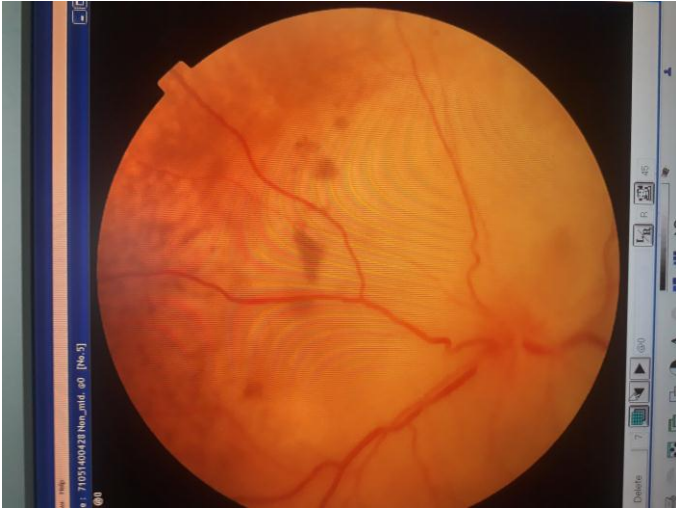
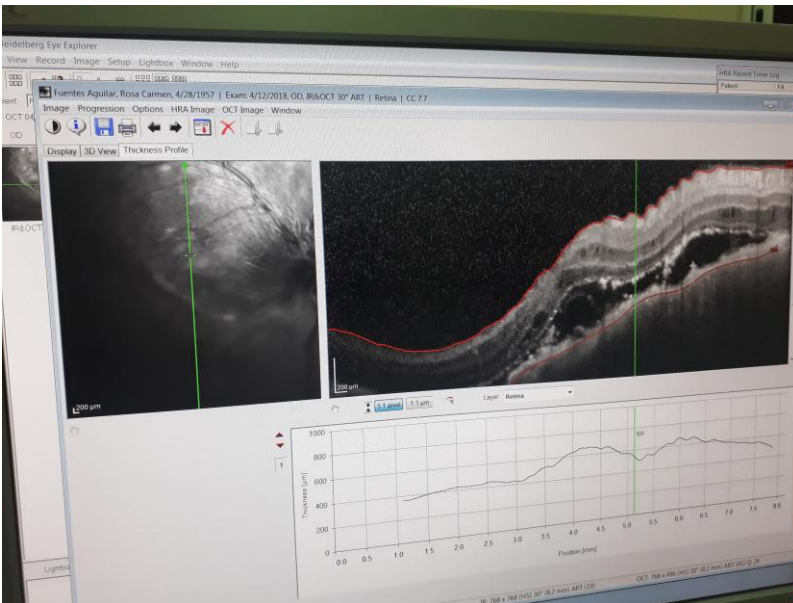


Figura 2 Tomografía de coherencia óptica



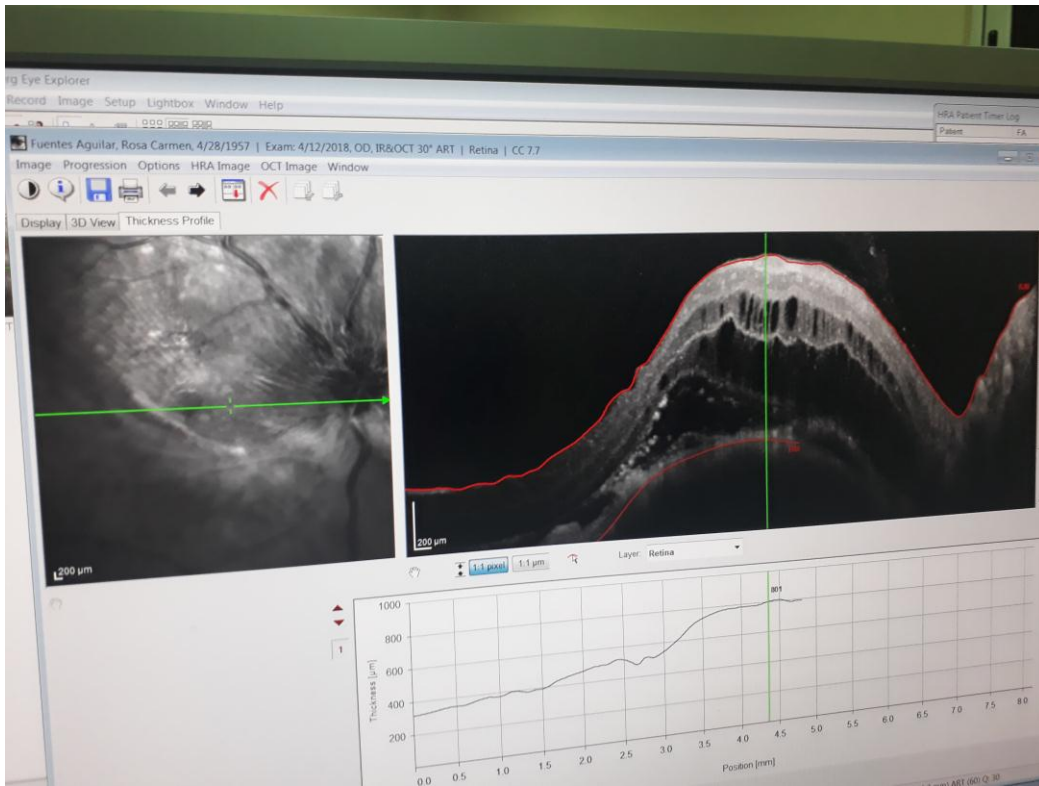


Figura 3 Ultrasonido de segmento posterior ojo derecho



METODOLOGIA PARA LA DESROTACION INTERFRAGMENTARIA EN LA FRACTURA SUPRACONDILEA DE CODO EN EL NIÑO

Hospital Pediátrico Universitario. Paquito González Cueto. Cienfuegos. Cuba.

AUTORES:
Dr. José Julio Requeiro Molina
Dra. Ana María Machado Consuegra
Dra. Juana María Morejón Fernández
Dr. Ovidio Paz Urrechaga
Dr. Pedro Conde Bermudez

INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo XIX Sir Robert Jones se hizo eco de la opinión de la época sobre las lesiones del codo.

- Dificultades de los cirujanos a la hora de hacer un diagnóstico correcto.
 - Facilidad para cometer graves errores en el tratamiento y pronóstico.
 - Miedo a la subsiguiente pérdida de la movilidad articular y deformidades angulares. Lesiones muy poco atractivas.
- Un codo lesionado y tumefacto en un niño sigue causando ansiedad a los cirujanos ortopédicos actuales.

OBJETIVO

- Mostrar la técnica mediante la cual se logra la desrotación de fragmentos en las fracturas supracondileas.
- Ilustrar mediante casos clínicos la eficacia de la técnica.

La fractura supracondilea del húmero se produce dentro de la metáfisis de la porción distal de este hueso y en sentido proximal a la línea fisaria.

DESARROLLO

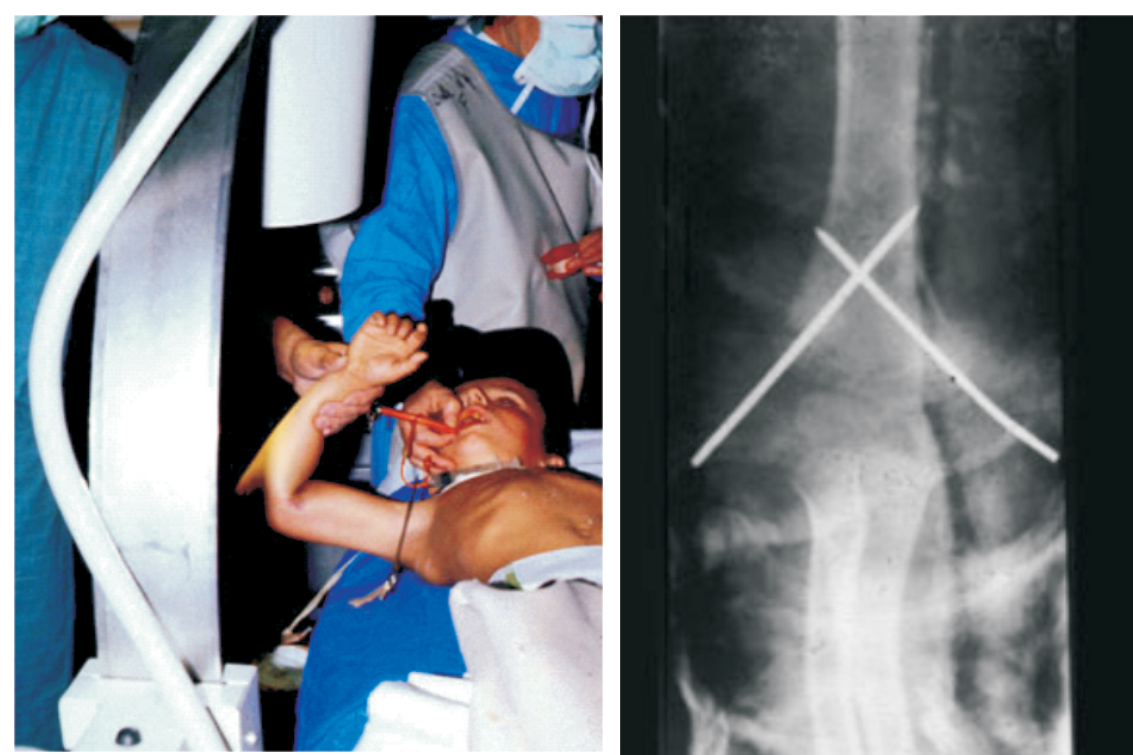
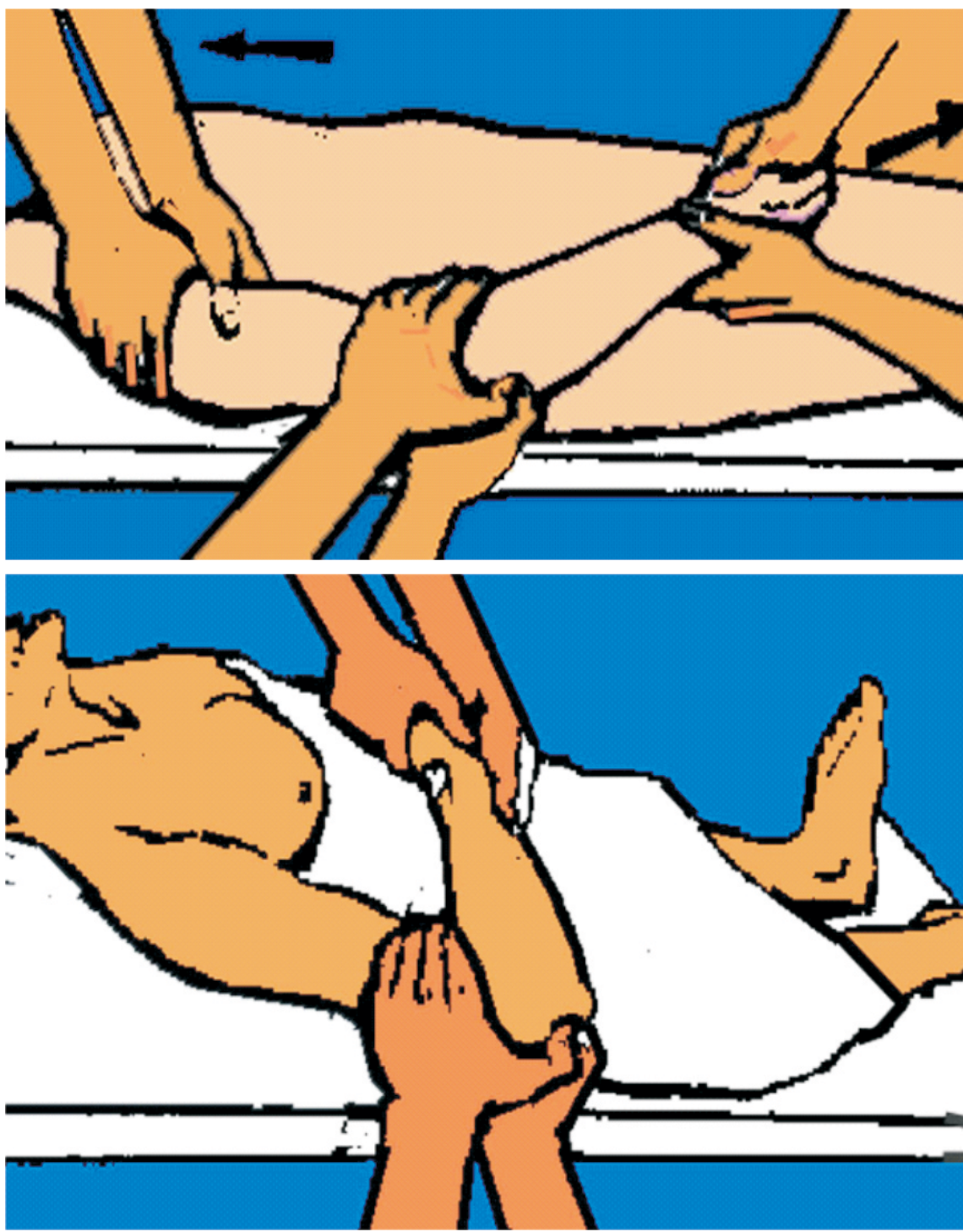
Factores que intervienen en la angulación

Dirección, oblicuidad, trayecto de la línea de fractura.

- Si la fractura es transversal no se produce angulación pues la rotación pura no angula la fractura.
- En la fractura oblicua la rotación produce angulación.
- Las fracturas desplazadas en sentido posterointerno producen cúbito varo.
- Las fracturas desplazadas en sentido posteroexterno producen cúbito valgo.

- Las complicaciones en cúbito varo o valgo se producen por uniones defectuosas y no por trastornos del crecimiento.

Maniobra de reducción clásica de Jones



Reducción en flexión bajo control radioscópico

Tracción y contra tracción para hacer descender el fragmento distal. Otro cirujano reduce la fractura corrigiendo todos los desplazamientos del fragmento distal

Técnica de desrotación interfragmentaria en la fractura supracondilea de codo desplazada

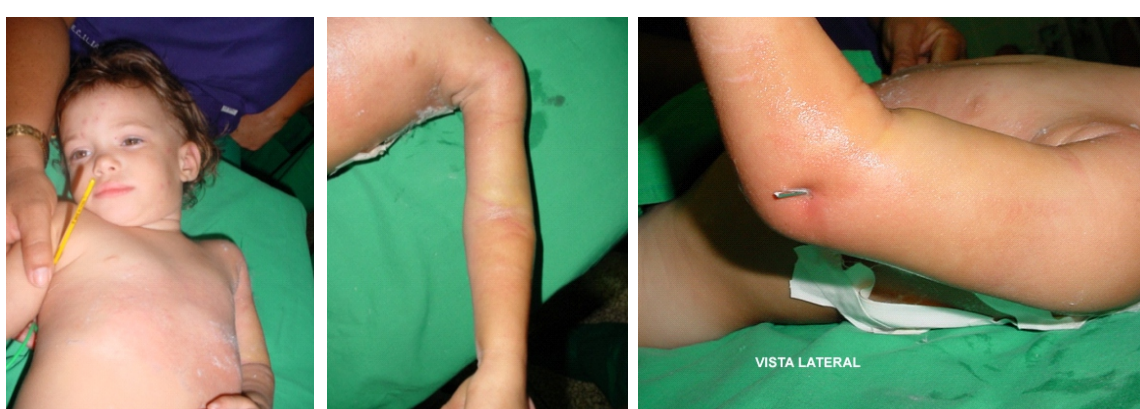
Rayos X pre operatorio A-P y lateral (clasificar la fractura).

- Antes de realizar la maniobra para reducir la fractura supracondilea desplazada con rotación interfragmentaria, se inserta 1 alambre desrotador en el extremo distal del fragmento proximal de la fractura, dirigiéndose de lateral a medial y perpendicular al eje longitudinal del húmero. Dicho alambre se utiliza para realizar movimientos de rotación del fragmento proximal.
- Un ayudante fija el brazo del paciente a la mesa de operaciones, un cirujano realiza tracción del miembro por el antebrazo con el codo en extensión, con la finalidad hacer descender el fragmento distal desplazado en sentido postero superior (similar a la maniobra de Jones). A continuación se procede a realizar rotación interna del húmero haciendo girar en sentido interno el alambre desrotador. El cirujano mantiene la tracción con una mano mientras con la otra lleva el fragmento proximal en flexión y corrige los desplazamientos laterales, finalmente se procede a realizar la fijación percutánea por la columna externa de la paleta humeral, en forma de cruz o paralelo.

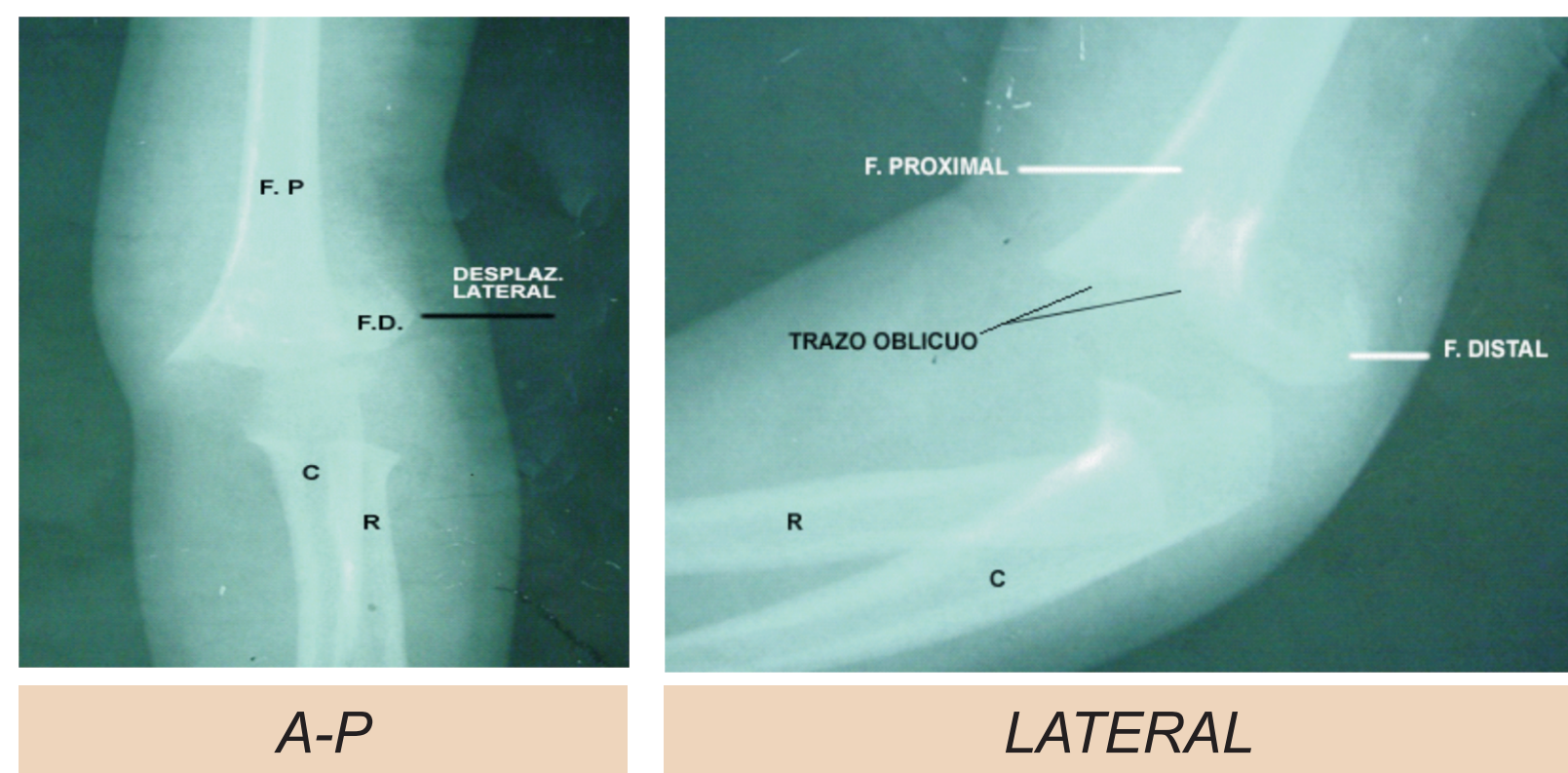
Presentación de serie de casos clínicos

CASO 1

- Femenina de tres años de edad, fractura supracondilea de codo desplazada garlan III.
- Conducta inicial, reducción de urgencia a cielo cerrado y fijación.

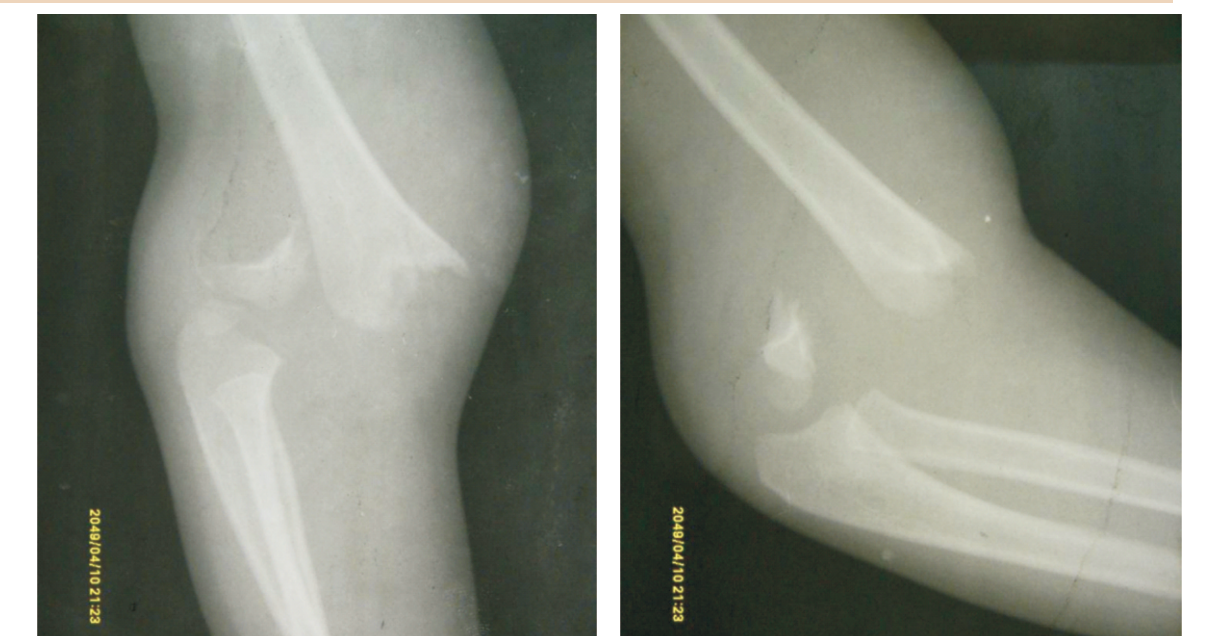


Radiografías de la paciente iniciales

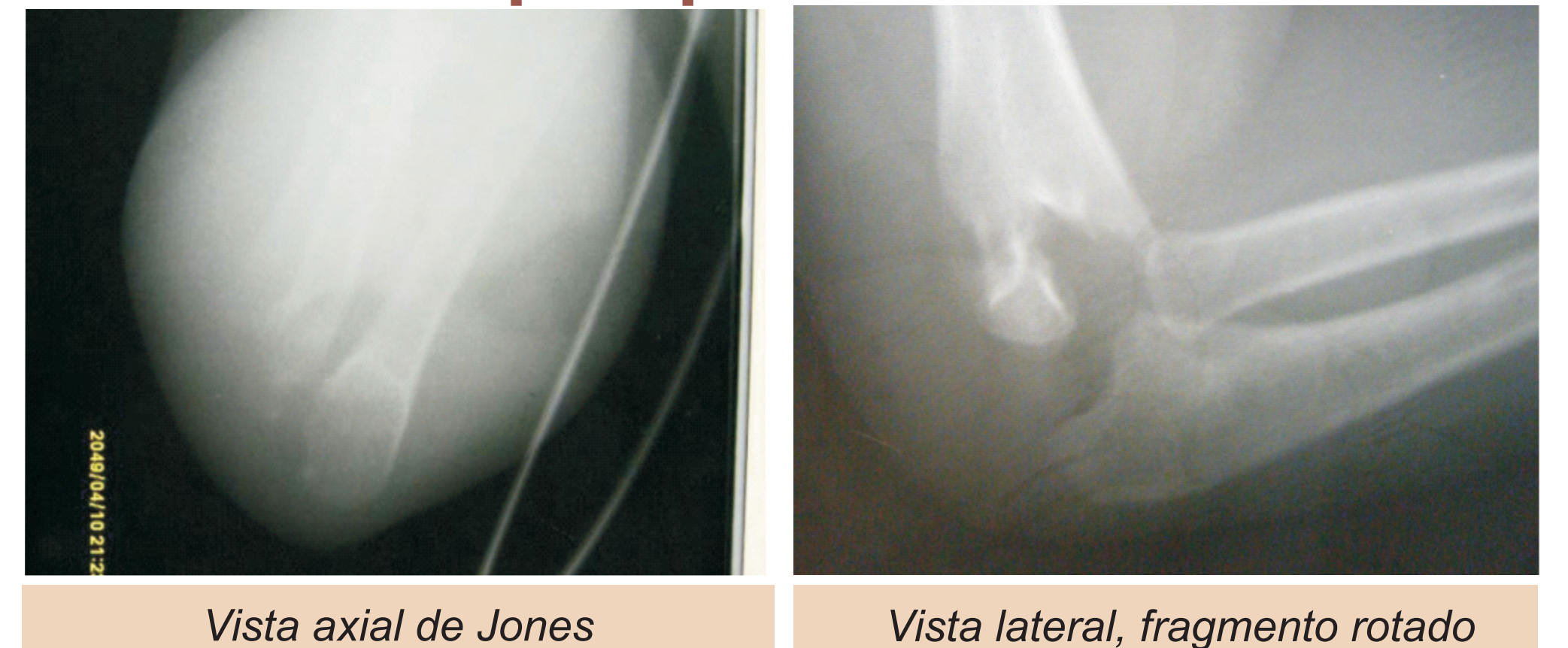


CASO 2

- Masculino de 5 años de edad, supracondilea por extensión, garlan III.

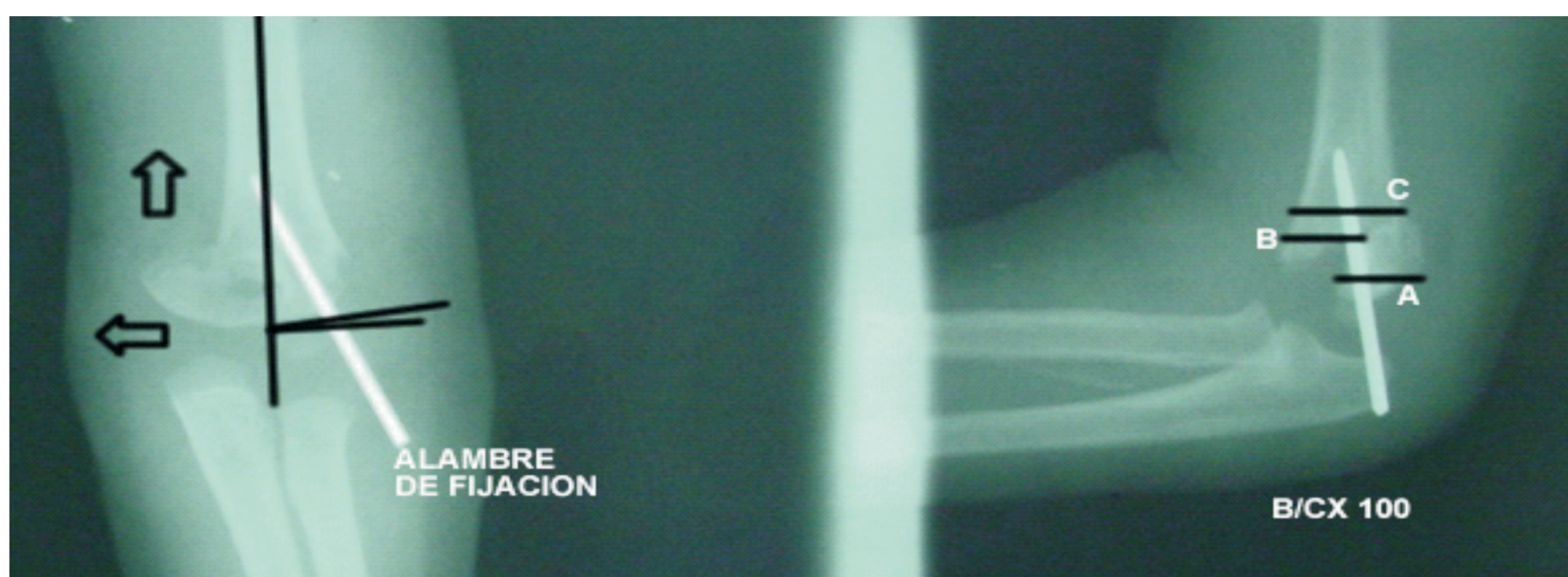


Resultados después primer intento de reducción



Resultados después de la reducción inicial

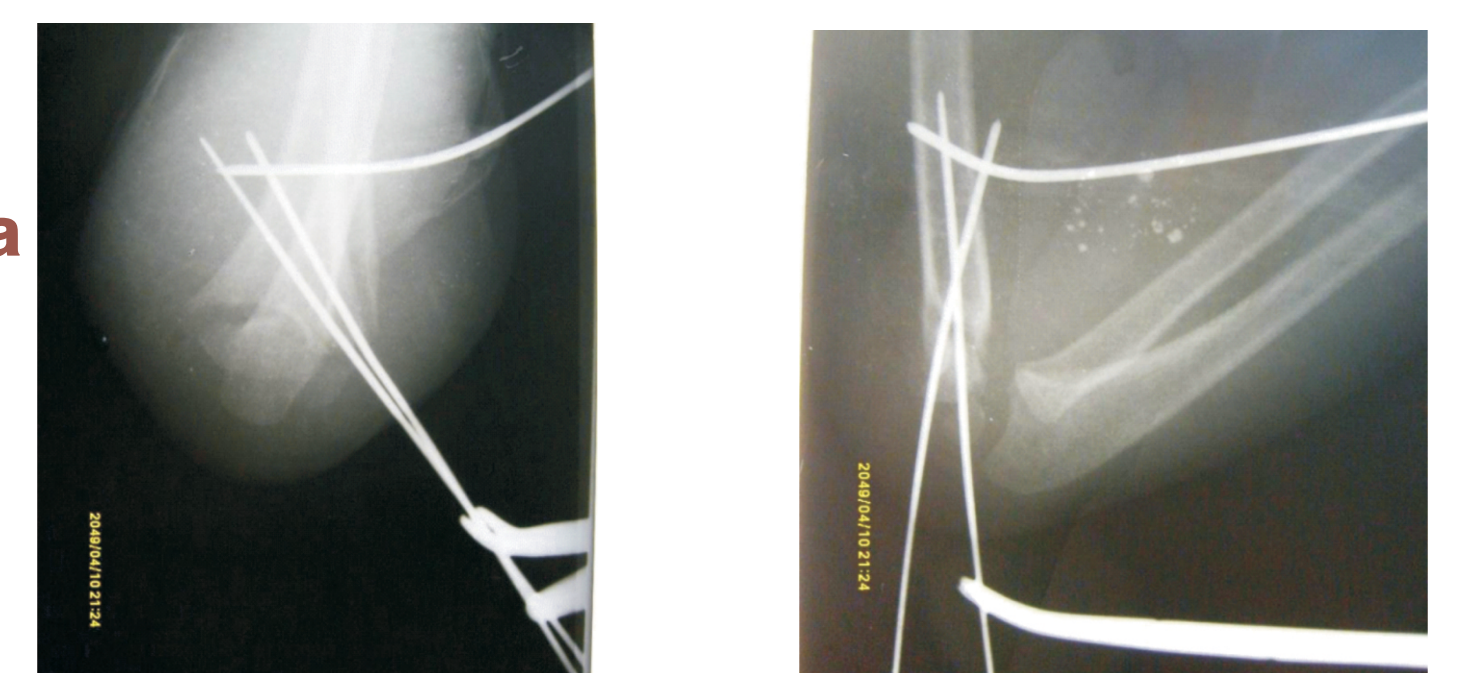
Reducción no satisfactoria. Fijación inadecuada.



Translocación medial y deformidad en varo

Rotación interfragmentaria del 70%

Maniobra de desrotación interfragmentaria

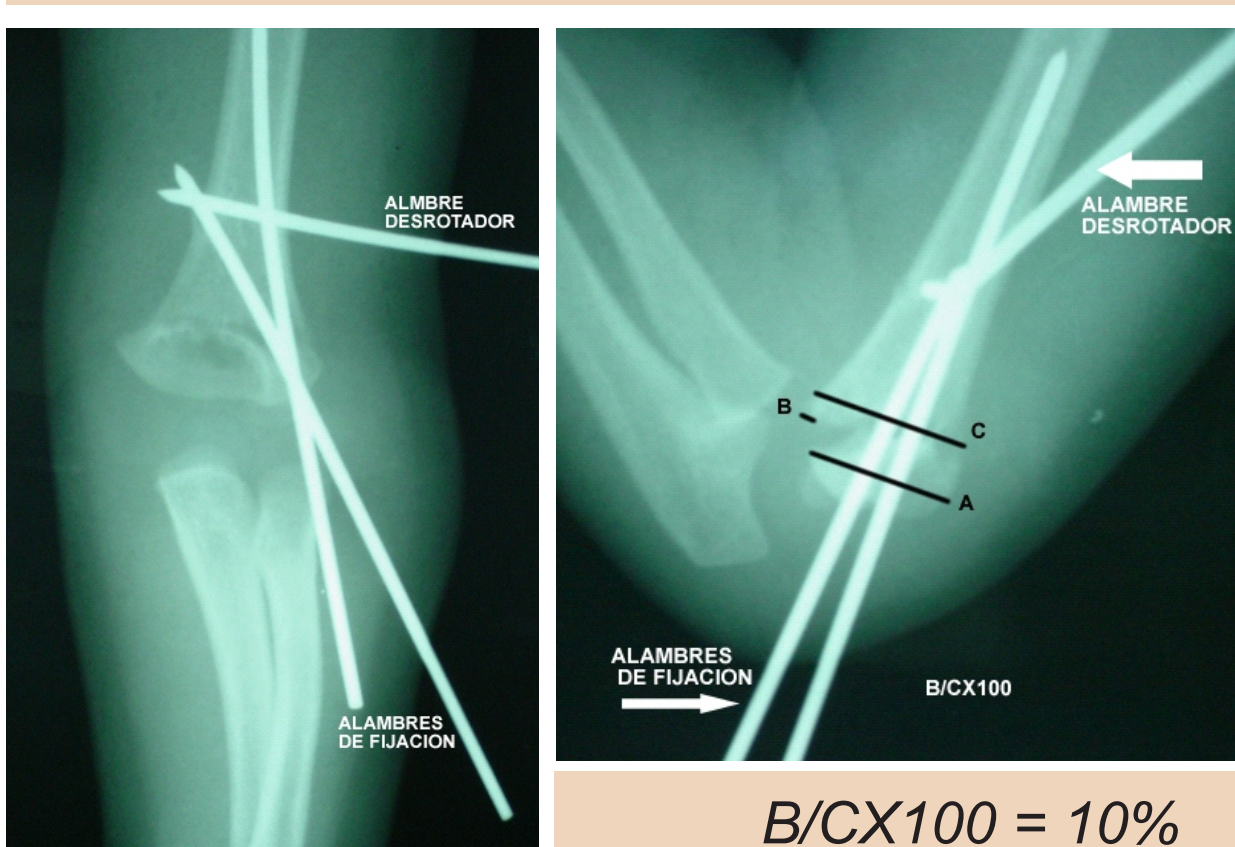


Ambos alambres de fijación, insertados en las dos corticales

Reducción anatómica después de la desrotación interfragmentaria.

Segundo intento de reducción. (24 horas después)

Resultados de los rayos X de control.



B/CX100 = 10%



CONCLUSIONES

- Posibilidades de la técnica de desrotación interfragmentaria.
- Evita la realización de maniobras sucesivas bajo un mismo acto anestésico, lo cual puede ser causa de complicaciones vasculares, nerviosas y lesiones severas de piel por edema.
- Garantiza la reducción anatómica de los fragmentos en todos los planos (incluyendo la rotación inter fragmentaria).
- Evita la reducción a cielo abierto como método para lograr la reducción anatómica de la fractura.
- Puede realizarse utilizando el equipo intensificador de imágenes ó los rayos X convencionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fractura supracondilea del húmero. En: Tachdjian, M. O. Ortopedia Pediátrica. 2. ed. México: Interamericana. McGraw-Hill; 1994. p. 3288-3531.
2. de Pablos, J; González Herranz, P. Fracturas infantiles conceptos y principios [Internet]. 3 ed. Madrid: GLOBAL HELP; 2010 [citado 5/4/2017]. Disponible en: https://global-help.org/publications/books/help_fracturasinfantiles.pdf
3. Beaty, JH; Kasser, JR. Rockwood&Wilkins. Fracturas en el niño [Internet]. Washington: Marban; 2007 [citado 5/4/2017]. Disponible en: <http://booksmédicos.org/rockwood-wilkins-fracturas-en-el-nino/>
4. Mcrae, R; Esser, M. Tratamiento práctico de fracturas [Internet]. 5ta ed. Amsterdam: ELSEVIER; 2010 [citado 5/4/2017]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/tratamiento-practico-de-fracturas/mcrae/978-84-8086-638-5>
5. Barrón-Torres EA, Sánchez-Cruz JF, Cruz-Meléndez JR. Perfil clínico-epidemiológico de las fracturas supracondileas de húmero en pacientes pediátricos en un hospital general regional. Cirugía y Cirujanos. 2015 Feb 28; 83(1):29-34. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S00097411150002371-s2.0-S0009741115000237-main.pdf?_tid=e560e872-1873-11e7-85ad-00000aab0f27&acdnat=1491227350_ada835dd563ad3fc572014347338ae7

MIRADA DE GÉNERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA SALA 11A POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ENERO. 2018.

Autores: Est. 5to Medicina Ernesto López Cabrera ernestojoelq@jagua.cfg.sld.cu UCMC Cuba, Est. 5to Medicina Anaily Puerto Becerra ernestojoelq@jagua.cfg.sld.cu UCMC Cuba, Est. 5to Medicina Anabelén del Sol Fernández fbg8304@ucm.cfg.sld.cu UCM Cuba, DrC. Laura Magda López Angulo psicologia6005@ucm.cfg.sld.cu UCMC Cuba, Msc.Yolanda Cabrera Macías psicologia6002@ucm.cfg.sld.cu UCMC Cuba, Ing. Ernesto López González asesorf@ucm.cfg.sld.cu UCMC Cuba.

RESUMEN.

Introducción: La hipertensión arterial esencial (HTA) es un trastorno psicofisiológico que constituye uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares. Su etiología es multifactorial, es decir, existen varios factores de distinta naturaleza que intervienen en su desarrollo y mantenimiento. **Objetivo**

general: Determinar en los pacientes con Hipertensión Arterial de la sala 11A en enero 2018 desde una perspectiva de género. **Diseño Metodológico:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. en enero 2018 en Hospital Provincial

“Gustavo Aldereguía Lima”, Servicio de Medicina Interna, Sala 11ª, con pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial. **Análisis y discusión de los resultados:** El principal factor de riesgo encontrado en los pacientes fue la edad: mayor de 45 años. La mayor parte de las mujeres perciben bastante apoyo familiar mientras los hombres perciben casi nada de apoyo familiar. La mayoría de las mujeres afrontaron la enfermedad mediante reacción emocional y afecto/distracción. Mientras los hombres afrontaron mediante la Negación optimista y afecto/distracción. **Conclusiones:** Los factores de riesgo están presentes en ambos sexos sin diferencias significativas. Las mujeres evolucionan más favorablemente que los hombres, aunque ambos sexos perciben la hipertensión arterial como una enfermedad no grave. Los hombres presentaron una mayor tendencia que las mujeres a afrontar las situaciones problemáticas de un modo racional e instrumental y las mujeres de manera más afectiva.

Conclusiones: Los factores de riesgo están presentes en ambos sexos sin diferencias significativas. Las mujeres evolucionan más favorablemente que los hombres, aunque ambos sexos perciben la hipertensión arterial como una enfermedad no grave. Los hombres presentaron una mayor tendencia que las mujeres a afrontar las situaciones problemáticas de un modo racional e instrumental y las mujeres de manera más afectiva.

Conclusiones: Los factores de riesgo están presentes en ambos sexos sin diferencias significativas. Las mujeres evolucionan más favorablemente que los hombres, aunque ambos sexos perciben la hipertensión arterial como una enfermedad no grave. Los hombres presentaron una mayor tendencia que las mujeres a afrontar las situaciones problemáticas de un modo racional e instrumental y las mujeres de manera más afectiva.

Palabras clave: género, hipertensión arterial, afrontamiento.

I. INTRODUCCIÓN:

La hipertensión arterial esencial (HTA) es un trastorno psicofisiológico que constituye uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares. Su etiología es multifactorial, es decir, existen varios factores de distinta naturaleza que intervienen en su desarrollo y mantenimiento. ⁽¹⁾

En general, se los suele clasificar en factores no modificables y modificables. Entre los primeros, se cuenta la genética, la edad, el sexo, la etnia; entre los segundos, se encuentran las variables ambientales y psicosociales. ⁽¹⁾

Los factores influyentes en la HTA de origen psicológicos, se enmarcan; el estrés psicosocial, las emociones negativas entre ellas; la hostilidad, la ira, el enojo y tristeza. La ansiedad y la depresión como estados emocionales. En la esfera cognitiva; las percepciones, las informaciones, las creencias, saberes, tradiciones, los mitos, las representaciones sociales y los significados, todos ellos delineados por la categoría género. ⁽¹⁾

A partir de la segunda mitad de la década de los 90, la Organización Mundial de la Salud, reconoció entre las determinantes sociales de la salud, a la categoría género. ⁽¹⁾

Los autores de este trabajo, definen al género como los roles socialmente construidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considerada apropiados para los hombres y las mujeres. «Masculino» y «femenino» son categorías de género.

Tanto desde la medicina como desde las ciencias sociales, se plantea que la HTA es una enfermedad característica del mundo moderno e industrial. Ello se debe a que la misma está asociada a las condiciones de vida habitualmente desarrolladas en las zonas urbanas, que son nocivas para el bienestar del individuo: alimentación no saludable, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, entre otros. ⁽²⁾

Las personas están sometidas continuamente a numerosos factores sociales y ambientales, (disminución del tiempo de ocio, agotamiento laboral, hacinamiento, entre otros) que conllevan un ritmo de vida caracterizado por la vivencia de un permanente estado de estrés. ⁽²⁾

Desde el modelo transaccional del estrés psicológico propuesto por Lazarus y Folkman (1986), éste es definido como un proceso por el cual el individuo experimenta cambios significativos en su vida cotidiana, referidos al ambiente social que lo rodea, y los evalúa como amenazantes para su bienestar, considerando que exceden su capacidad para enfrentarlos. El impacto subjetivo de los eventos estresantes, así como los esfuerzos realizados por mitigarlo, se presentan de manera particular en cada individuo. Dichos esfuerzos fueron conceptualizados con el término de afrontamiento. ⁽³⁾

El significado que el individuo elabora sobre el suceso estresante, es lo que determina, en primera instancia, el tipo de reacción y las emociones concomitantes. Existen, además, causas distales que también influyen en los modos de significar los eventos, tales como el género y la clase social, entre otros. En relación a las particularidades por género en el proceso de estrés-afrontamiento, Matud (2004) sostiene que numerosas investigaciones muestran que los varones tienden a afrontar el problema centrándose en la situación, mientras que las mujeres se focalizan más en los aspectos emocionales. Estas diferencias, además de deberse al género, también pueden estar relacionadas con la naturaleza de los estresores a los que están expuestos unos y otras. Asimismo, Lazarus y Folkman (1986) sostienen que el resultado o eficacia del afrontamiento no se halla en las estrategias per se, sino que está en función del sujeto y la situación a afrontar. Esto quiere decir que la eficacia de una estrategia depende del tipo de persona, la situación, el contexto y aquello que se quiere lograr: bienestar, funcionamiento social, salud, etc. ⁽⁴⁾

El diagnóstico y padecimiento de una enfermedad crónica puede constituir un agente estresante en sí mismo, en la medida en que supone un impacto psicológico, por tratarse de una situación nueva que plantea múltiples demandas de ajuste para adaptarse. El modo de afrontarla determina, entre otros factores, el desarrollo y curso de la enfermedad. ⁽⁵⁾

El afrontamiento es un concepto central para comprender el bienestar en relación a enfermedades crónicas como la HTA, ya que se ha evidenciado que las estrategias focalizadas en solucionar o modificar algún aspecto de la enfermedad mejoran el ajuste a la misma, así como la calidad de vida del paciente. Un tipo de afrontamiento activo y centrado en el problema, supone ciertos comportamientos que implican adherencia al tratamiento para la HTA: toma de medicación, asistencia a citas médicas, búsqueda de información relacionada con la enfermedad y el tratamiento, realización de ejercicio

físico, alimentación saludable, manejo de los estados emocionales que pueden influir en los niveles de presión y búsqueda de apoyo social. ⁽⁶⁾

En contrapartida, el uso excesivo de estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción, tales como la negación, la desconexión conductual o el fantaseo, son ineficaces para mantener la estabilidad emocional, y podrían estar asociadas con un incremento de la presión arterial. ⁽⁷⁾

Además del proceso estrés-afrontamiento, está la valoración cognitiva, la personalidad y el apoyo social, dimensiones teñidas por mandatos sociales de lo masculino y lo femenino que indican cuáles, comportamientos, actitudes, características personalológicas, y expresiones de las emociones responden a las mujeres y cuáles a los hombres. ⁽⁸⁾

Para contar con conocimientos que nos permitan interpretar la subjetividad de las personas, se cuenta hoy, con la teoría de género, que nos accede a comprender la complejidad de las formas de ser y hacer de mujeres y hombres ante las dolencias, el manejo de las mismas y su recuperación. ⁽⁹⁾

Algunos estudios epidemiológicos llevados a cabo en los últimos años advierten sobre el creciente aumento de casos de HTA y enfermedad cardiovascular (ECV) entre las mujeres sostienen que las ECV constituyen, en los países desarrollados, la causa más frecuente de muerte en la mujer. ⁽¹⁰⁻¹²⁾

Por lo anteriormente expuesto, cabe el siguiente problema científico:

Problema científico:

¿Cómo se manifiestan las variables asociadas a la Hipertensión Arterial desde la perspectiva de género?

Justificación del estudio:

Existe un desconocimiento de las siguientes variables relacionadas a la Hipertensión arterial: FR asociados, evolución, pronóstico, percepción de la seriedad y gravedad de la enfermedad, el acceso y control de recursos, apoyo social, desempeño de roles y afrontamiento.

El afrontamiento puede estar focalizado en el problema o la emoción. El afrontamiento dirigido al problema tiene como propósito manipular o alterar la situación evaluada como estresante. El afrontamiento dirigido a la emoción, actúa regulando el factor emocional concomitante al evento estresante, es decir, funciona como un paliativo del impacto emocional del estrés. En general, cuando el acontecimiento es percibido como modificable, los individuos tienden a intentar alterarlo; en cambio, cuando consideran que tienen pocas posibilidades de modificarlo, el afrontamiento se focaliza en la emoción. No obstante, la mayoría de las veces, sucede que coexisten ambos tipos de afrontamiento. El afrontamiento se manifiesta en forma diferente según el género.

Objetivos:

- Determinar las variables asociadas en los pacientes con Hipertensión Arterial de la sala 11A en enero 2018 desde una perspectiva de género.

II. DESARROLLO

Diseño metodológico:

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, Transversal.

Período de estudio: enero 2018

Escenario: Hospital Provincial “Gustavo Aldereguía Lima”. Servicio de Medicina Interna. Sala 11A.

Universo: Conformado por 10 pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial en el período enero de 2018, registrados en Hospital Provincial “Gustavo Aldereguía Lima” en el servicio de Medicina Interna, sala 11A. Se trabajó con todo el universo.

Métodos:

Se utilizó el método histórico-lógico donde estudiamos el objeto de investigación, sus antecedentes y su diversidad, también se utilizó el método analítico-sintético y el método inductivo-deductivo para el análisis de la bibliografía y sistematización de los datos, mediante la observación directa y la aplicación de encuestas.

Variable	Clasificación	Definición	Escala	Indicadores
Factores de riesgo	Cualitativa Nominal politómica	Situación que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad	-Edad: mayor de 45 años -Alcoholismo -Tabaquismo -Sedentarismo -Insuficiencia cardíaca asociada	números
Evolución de la enfermedad	Cualitativa Nominal dicotómica	Progreso de una enfermedad con el tiempo	-Favorable -No favorable	números
Pronóstico de la enfermedad	Cualitativa Nominal politómica	Categoría otorgada por facultativos según criterios clínicos y de laboratorio	-Grave -No grave -Reservado	números
Desempeño de roles	Cualitativa Nominal dicotómica		-Reproductivo -Productivo	números
Acceso de los recursos	Cualitativa Nominal politómica	Valoración que realiza el sujeto sobre los recursos con los que cuenta	-Tiempo (Sí)(No) -Económico (Sí)(No) -Informativo (Sí)(No)	números
Control de los recursos	Cualitativa Nominal politómica	Valoración que realiza el sujeto sobre los recursos materiales con los que domina	-Tiempo (Sí)(No) -Económico (Sí)(No) -Informativo (Sí)(No)	números
Percepción de gravedad	Cualitativa Nominal dicotómica	Forma en que el sujeto ve el estado de su enfermedad	-Grave -No grave	números
Necesidad de apoyo socioemocional	Cualitativa ordinal	En qué medida la paciente percibe que carece de cariño, estima, simpatía y pertenencia de grupo	Muchísimo Bastante Algo Casi nada Nada	números
Necesidad	Cualitativa	Se refiere a la	Muchísimo	números

de apoyo informacion al	ordinal	medida en que la paciente percibe que carece de consejos e información que le permitan mitigar circunstancias de la vida	Bastante Algo Casi nada Nada	
Necesidad de apoyo instrumental	Cualitativa ordinal	En qué medida la paciente percibe que carece de acciones o ayuda material y práctica proporcionada por los miembros de la red.	Muchísimo Bastante Algo Casi nada Nada	números
Necesidad de apoyo social	Cualitativa ordinal	En qué medida la paciente percibe que carece de contactos con otras personas, grupos y sociedad durante actividades sociales y recreativas	Muchísimo Bastante Algo Casi nada Nada	números
Afrontamiento a la enfermedad	Cualitativa Nominal politómica	Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo	-Reacción emocional -Somatización -Negación optimista -Afecto/distracción -Información relevante	números

Resultados:

En la tabla #1 (Anexo 1) se aprecia que predomina la edad mayor de 45 años como principal factor de riesgo presente en el 60% de las mujeres y en el 100% de los hombres. El alcoholismo no afectaba a las mujeres y al 40% de los hombres.

En la tabla #2 (Anexo 2) se aprecia que en el 80% de las mujeres fue favorable, no siendo así en los hombres donde el 60% fue no favorable.

En la tabla #3 (Anexo 3) se observa que el 100% de las mujeres tiene pronóstico no grave y el 60% de los hombres es reservado

En la tabla #4 (Anexo 4)se observa que el 80% de las mujeres desempeñan un rol reproductivo y el 60% de los hombres desempeñan un rol productivo.

En la tabla #5 (Anexo 5) se refleja que el 80% de las mujeres tienen control del recurso informativo y solo el 20% del recurso económico. Mientras el 100% de los hombres tiene el control del recurso informativo y el 60% del recurso económico.

La tabla #6 (Anexo 6)refleja que tanto el 100% de hombres y de mujeres perciben la Hipertensión Arterial como una enfermedad no grave.

La tabla #7 (Anexo 7) muestra que el 60% de las mujeres perciben bastante apoyo familiar mientras el 60% de los hombres perciben casi nada de apoyo familiar.

En la tabla #8 se refleja que el 80% de las mujeres afrontan la enfermedad mediante reacción emocional y Afecto/distracción y el 80% de los hombres la afrontan mediante Negación optimista y Afecto/distracción.

El principal factor de riesgo encontrado en los pacientes fue la edad: mayor de 45 años, coincidiendo con lo planteado por Vargas y Navarro (2009) ⁽¹³⁾, seguido por la insuficiencia cardiaca asociadas y el sedentarismo en ambos sexos. Dichos factores muy vinculados a la edad ya que tratamos con una población envejecida. Cabe señalar que el alcoholismo no afectaba a las mujeres y solo al 40% de los hombres. Siendo contrario a lo planteado por Vargas y Navarro (2009) ⁽¹³⁾, quienes encontraron el alcoholismo en el 94% de la población masculina.

La mayoría de las mujeres evolucionaron favorablemente, no siendo así en los hombres donde el 60% fue no favorable. El pronóstico fue no grave en todas las mujeres y la mayoría de los hombres fue reservado.

En cuanto al desempeño de roles vemos como se respetan los estereotipos creados por la sociedad cubana y latinoamericana respetando los criterios de género ya establecidos desde siglos atrás y se aprecia que la mujer desempeña un rol reproductivo y el hombre rol productivo en su mayoría. Sucede igual en cuanto al control de los recursos donde las mujeres controlan el recurso informativo y los hombres el económico. A pesar de que en cuanto al acceso solo el 60% de las mujeres tienen acceso al recurso tiempo y todos los hombres. Ambos sexos presentaron un 100% de acceso a los recursos económico e informativo.

Todos los pacientes perciben la Hipertensión Arterial como no grave. Esto influye enormemente en cuanto a la adherencia terapéutica ya que los pacientes al estar asintomáticos por un tiempo se automedican y disminuyen las dosis de sus medicamentos o abandonan el tratamiento farmacológico y la dieta indicada por sus médicos de familia.

La familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacándose el papel de la cuidadora primaria, quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

Las investigaciones realizadas respecto al efecto de intervenciones y programas de soporte y apoyo social al enfermo crónico y su cuidador documentan resultados positivos con relación al desarrollo de mecanismos de afrontamiento, control del estrés generado por los efectos de la enfermedad o la sobrecarga del cuidador y disminución de la ansiedad, depresión y aislamiento que acompañan la experiencia de vivir en situación de enfermedad crónica.

En nuestra investigación la mayor parte de las mujeres perciben bastante apoyo familiar mientras los hombres perciben casi nada de apoyo familiar. Esto está relacionado con

la afectividad manifiesta de las mujeres en todas las edades y la autonomía e independencia educada en los hombres desde pequeños.

La mayoría de las mujeres afrontaron la enfermedad mediante reacción emocional y afecto/distracción. Mientras los hombres afrontaron mediante la Negación optimista y afecto/distracción. Ambos sexos se comportaron igual en cuanto a información relevante. Este resultado indica que, para operar ante el trastorno, los varones de la muestra se mostraron más resolutivos y distanciados cognitivamente que ellas, evitando implicarse emocionalmente.

Las diferencias por género encontradas coinciden con los resultados de otros estudios sobre afrontamiento al estrés, realizados en población general y en población hipertensa, en los cuales también puede observarse el patrón mencionado: los varones presentaron una mayor tendencia que las mujeres a afrontar las situaciones problemáticas de un modo racional e instrumental (Bernal Trujillo, Lemos Hoyos, Medina Durango, Ospina Duque & Torres, 2009 ⁽¹⁴⁾; Matud, 2008) ⁽⁵⁾ a la vez que intentaron evitar que la situación los afecte emocionalmente (Jiménez-Torres, Martínez, Miró & Sánchez, 2012) ⁽¹⁵⁾. Asimismo, en el estudio de Taylor, Bagozzi y Gaither (2001) ⁽¹⁶⁾, realizado con pacientes hipertensos/ as, en donde se investigó el modo en que éstos perciben el control de su HTA, se observó que los argumentos referidos por los varones en relación a disminuir su presión arterial estaban asociados directamente con un beneficio para su salud, mientras que en las mujeres, la motivación para el control de su HTA estaba más relacionada con el cumplimiento de la prescripción médica y la preocupación porque el médico tuviera una buena imagen de sí mismas.

CONCLUSIONES.

- Los factores de riesgo están presentes en ambos sexos sin diferencias significativas.
- Las mujeres evolucionan más favorablemente que los hombres, aunque ambos sexos perciben la hipertensión arterial como una enfermedad no grave.
- Los hombres presentaron una mayor tendencia que las mujeres a afrontar las situaciones problemáticas de un modo racional e instrumental y las mujeres de manera más afectiva, siendo las que desempeñaban el rol reproductivo fundamentalmente y los hombres el rol productivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Martín Alfonso LA. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2009. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/80/1/tesis_mARTIN_abertadfinal.pdf
2. Tarraga López PJ, Moreno Cano C, Serrano Selva JP, Marcos Navarro ML. Adherencia terapéutica de pacientes hipertensos en zona semi-rural de albacete y su relación con la calidad de vida. Disponible en: <http://www.ehrca.org/im/pdf/11ppadherencia.pdf>
3. Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping process. *Psychology and Aging*, 2 (2), 171-184. Carhuallanqui R, Diestra Cabrera G,
4. Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37 (7), 1401-1415.
5. Matud, M.P. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 75-94.

6. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Gaviria AM, Chavaría F, Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes Psicológicos*. 2006; (8).
7. Márquez Hernández V. Hábitos y creencias en hipertensión arterial. 2008. Disponible en: http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/460/1/Habitos_y_creencias_enHipertension_arterial_Veronica_Marquez_Hernandez.pdf
8. Acosta González M, Debs Pérez G, Noval García R, Dueñas Herrera A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Rev Cubana Enfermer*. 2005; 21(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Ofman S. Importancia de las diferencias por género en el afrontamiento a la enfermedad: el caso de la hipertensión arterial esencial. *Apuntes de Psicología*. 2014, Vol. 32, número 2, págs. 153-160.
10. Jiménez-Torres, M.G., Martínez, M. P., Miró, E., & Sánchez, A.I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28 (1), 28-36.
11. Rueda, B., & Pérez-García, A.M. (2006). A prospective study of the effects of psychological resources and depression in essential hypertension. *Journal of Health Psychology*, 11 (1), 129-140.
12. Tang Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered*. 2010; 21(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005
13. Navarro Lechuga E. , Vargas Rusvelt M. Diferencias de hipertensión por género en pacientes negros. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2009; 24, (1): 83-96
14. Bernal Trujillo, C., Lemos Hoyos, M., Medina Durango, I.E., Ospina Duque, J., & Torres, Y. (2009). Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista CES Psicología*, 2 (2), 49-59.
15. Jiménez-Torres, M.G., Martínez, M. P., Miró, E., & Sánchez, A.I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28 (1), 28-36.
16. Taylor, S.T., Bagozzi, R.P., & Gaither, C.A. (2001). Gender Differences in the Self-Regulation of Hypertension. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (5), 469-487.

ANEXOS.

Anexo 1

Tabla #1. Distribución de los pacientes según factores de riesgo y sexo.

Factores de riesgo	Mujeres	Hombres
Edad mayor de 45 años	3	5
Alcoholismo		2
Tabaquismo	1	3
Sedentarismo	3	4
Insuficiencia cardiaca asociada	3	4

Fuente: Entrevista.

Anexo 2

Tabla #2. Distribución de los pacientes según evolución de la enfermedad y sexo.

Evolución de la enfermedad			
Mujeres		Hombres	
Favorable	No favorable	Favorable	No favorable
4	1	2	3

Fuente: Entrevista.

Anexo 3

Tabla #3. Distribución de los pacientes según pronóstico de la enfermedad y sexo.

Pronostico de los pacientes					
Mujeres			Hombres		
Grave	No grave	Reservado	Grave	No grave	Reservado
	5			2	3

Fuente: Historia clínica.

Anexo 4

Tabla #4. Distribución de los pacientes según desempeño de roles y sexo.

Desempeño de roles	Mujeres	Hombres
Reproductivo	4	2
Productivo	1	3

Fuente: a. Entrevista

Anexo 5

Tabla#5. Distribución de los pacientes según acceso, control de los recursos y sexo.

Recursos	Mujeres		Hombres	
	Acceso	Control	Acceso	Control
Tiempo	3		5	
Económico	5	1	5	3
Informativo	5	4	5	5

Fuente: Entrevista.

Anexo 6

Tabla # 6. Distribución de los pacientes según percepción de gravedad y sexo.

Percepción de gravedad			
Mujeres		Hombres	
Grave	No grave	Grave	No grave
	5		5

Fuente: Entrevista.

Anexo 7

Tabla # 7. Distribución de los pacientes según percepción de apoyo familiar y sexo.

Aspectos	Nada	Casi nada	Algo	Bastante	Muchísimo
Mujeres					
Apoyo socioemocional				3	2
Apoyo informacional			2	1	2
Apoyo Instrumental	1		1	2	1

Apoyo Social	2	1	1	1	
Hombres					
Apoyo socioemocional	1	3		1	
Apoyo informacional	1		3	1	
Apoyo Instrumental	1	2	2		
Apoyo Social	3		1	1	

Fuente: Encuesta

Anexo 8

Tabla #8. Distribución de los pacientes según modo de afrontamiento a la enfermedad y sexo.

Aspectos	Mujeres	Hombres
Reacción emocional	4	2
Somatización	2	1
Negación optimista	3	4
Afecto/distracción	4	4
Información relevante	3	3

Fuente: Encuesta

MODOS DE AFRONTAMIENTOS Y AUTOESTIMA EN PACIENTES CON ALTERACIONES EN LA RESPUESTA SEXUAL EN CIENFUEGOS.

Autores: Rolando Lázaro Rivera López*; Yohami Pons López**; Yahima Pons López***

*Licenciado en Psicología.

** Lic. Psicología. Profesora Asistente.

*** Dra. Estomatología. Profesora Asistente. Esp. en EGI

Autor Principal: Rolando Lázaro Rivera López.

Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”

Dirección de la institución: Avenida 5 de septiembre, Esquina 32, Cienfuegos.

Correo Electrónico: rolando.rivera@gal.sld.cu

RESUMEN

Se ha visto un aumento considerable de pacientes que asiste a consulta de Psicología y/o Urología por presentar dificultad en la respuesta sexual. **Objetivo.** Evaluar cómo se comporta la Autoestima y Los Modos de Afrontamientos en los pacientes con alteración en la esfera sexual del estudio. **Método.** Se utilizó el método observacional, descriptivo, correlacional, de corte transversal, sobre una serie de casos. **Técnicas utilizadas.** Entrevista estructurada, Inventario de Autoestima de Coopersmith, Cuestionario de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman; para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21; el mismo permitió el estudio de los datos obtenidos, con el fin de expresar los resultados en tablas de frecuencia y de relación de variables en número y por ciento, así como determinar las relaciones entre las variables psicológicas y los tipos clínicos a estudiar. **Resultados.** Predominaron los pacientes con Autoestima baja y los que utilizaron como Estrategias de Afrontamientos la Reevaluación Positiva. **Conclusiones.** Se obtuvo un predominio de pacientes con Autoestima baja predominantemente en los que presentaron como diagnóstico Disfunción Sexual Eréctil. En relación a Los Modos de Afrontamientos en la Disfunción Sexual Eréctil eligieron estrategias como la Reevaluación Positiva; Autocontrol; En la Eyaculación Precoz predominó como estrategia el Autocontrol, mientras que en el Deseo Sexual Hipoactivo igualmente la Reevaluación Positiva.

Palabras Claves: Disfunción Sexual; Modos de afrontamientos; Autoestima.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es importante para el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores y, como tal, debe de ser entendida y tratada por los profesionales de salud. Las dificultades sexuales en las personas mayores pueden haber comenzado en una etapa temprana en la vida sexual, pueden haberse desarrollado de forma gradual a través del tiempo o pueden aparecer de repente, presentándose como una incapacidad total, o parcial para participar en una o más etapas del acto sexual. La causa de las dificultades sexuales puede ser física, psicológica o ambas.

Los factores emocionales que afectan la función sexual incluyen, tanto los problemas interpersonales, como los problemas psicológicos propios del individuo (ej.: depresión)⁽¹⁾

Se ha visto un aumento considerable de pacientes que asiste a consulta de Psicología y/o Urología por presentar dificultad en la respuesta sexual.

Partiendo de la integración de todas las variables que puedan estar presentes en el proceso salud-enfermedad se nos hace interesante profundizar en el estudio relacionado al comportamiento de los Estrategias de Afrontamientos, así como identificar cómo se comporta la Autoestima en pacientes que presentan este tipo de condición médica lo cual redundará en la elevación y la calidad de las prestaciones de servicio con estos enfermos y a su vez elevar la calidad asistencial.

El propósito de la presente investigación es describir el comportamiento de los Modos de Afrontamientos, e identificar como se manifiestan los niveles de Autoestima en este tipo de pacientes que presenta esta alteración en la Dinámica Sexual.

Por ello se planteó el siguiente **Problema Científico**: ¿Cómo se manifiestan los Modos de Afrontamientos y la Autoestima en pacientes con Alteraciones en la Respuesta Sexual en Cienfuegos?

Objetivos:

Evaluar cómo se comporta la Autoestima y Los Modos de Afrontamientos en los pacientes con alteración en la esfera sexual del estudio.

Escenario de la Investigación:

Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Departamento de Psicología donde tiene lugar la consulta de psico-seguimiento a pacientes con disfunción sexual, la cual mantiene una frecuencia de una vez por semana y son remitidos a la misma todos aquellos pacientes que valoramos en la consulta multidisciplinaria de Uropsicología que cuenta con una frecuencia de una vez al mes y determinamos que requieren de seguimiento por nuestra especialidad por estar presentando una disfunción sexual, pero cuentan con un fuerte componente psicógeno, además de algún paciente que asiste en busca de asistencia por nuestro servicio por presentar este tipo de condición médica.

Tipo de estudio: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional, sobre una serie de casos.

Universo:

Se incluyeron todos aquellos pacientes que asistieron a consulta multidisciplinaria de Uro-psicología y consulta de Psico-seguimiento (20) que se ajustaban a los siguientes criterios para la realización de dicha investigación.

Criterios de inclusión:

- ✚ Pacientes que asisten a consulta multidisciplinaria de Uropsicología y Psico-seguimiento en el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” con diagnóstico de Disfunción Sexual Eréctil, Eyaculación precoz, Deseo sexual hipoactivo
- ✚ La voluntariedad del paciente para cooperar con la investigación.
- ✚ Pacientes con una edad superior o igual a los 18 años hasta los 70 años de edad.

Criterios de exclusión:

- ✚ Pacientes con alteraciones psiquiátricas previas que les impida realizar las baterías de exámenes.
- ✚ Pacientes con diagnóstico de retraso mental o nivel intelectual deficitario.

Criterios de salida:

- ✚ Pacientes que no deseen continuar cooperando con la investigación, que se muden, fallezcan, o que su estado de salud no le permita seguir en esta.

Período de duración: En el período comprendido desde febrero del 2016 hasta mayo del 2017.

Variables en estudio:

Sociodemográficas: Sexo, Edad, Color de la Piel, Escolaridad, Estado Civil, Procedencia.

Clínicas: Disfunción Sexual Eréctil; Eyaculación Precoz; Deseo Sexual Inhibido.

Diseño de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, correlacional, de corte transversal, sobre una serie de casos.

Métodos para el procesamiento de los datos.**Procesamiento Estadístico**

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21; el mismo permitió el estudio de los datos obtenidos, con el fin de expresar los resultados en tablas de frecuencia y de relación de variables en número y por ciento.

Se utilizó de la Estadística descriptiva, la Media Aritmética, la Mediana, la Moda, la Desviación Estándar, así como los valores Máximo y Mínimo.

- ✚ Análisis de frecuencia: Se aplicó para medir en cada una de las variables la frecuencia en que se comportaban.
- ✚ Moda, Media aritmética, mediana, la desviación estándar, así como los valores Máximo y Mínimo, con el fin de conocer la medida de ocurrencia del fenómeno estudiado.

Por haberse utilizado el universo para el estudio definido no se hace necesario el uso de la Estadística Inferencial.

RESULTADOS.

Se observa que la media obtenida es de 50 años, la mínima es de 18 años, la máxima es de 70 años, donde predominan los pacientes del sexo masculino con una representación del (95%) de la muestra seleccionada, se evidencia que sobresalen los pacientes de color de la piel blanca sobre otras clasificaciones para el (90%) , el nivel de escolaridad que prevalece lo ocupa la enseñanza preuniversitaria con un (45%), los pacientes que refieren como estado de soltería casados para un (45%), los de procedencia urbana para un (75%).

Se muestra en relación a la descripción de los pacientes según los tipos clínicos un predominio de los pacientes con diagnóstico de Disfunción Sexual Eréctil (80%), precedidos por los que presentaron Eyaculación Precoz (20%), y luego los que asistieron a consulta por presentar el Deseo Sexual Inhibido (5%).

Se observa a la hora de describir la causa de la disfunción un predominio de pacientes que asisten a consulta multidisciplinaria con diagnóstico de Disfunción Sexual de origen psicógeno para un (60%), predominando los que presentaron menos de 5 años como tiempo de evolución de la enfermedad para un (75%).

Se describe un predominio de los pacientes que presentaron un nivel de Autoestima Baja (45%).

En relación a la variable relacionada con los Modos de Afrontamientos ante la enfermedad se observa un predominio de pacientes que utilizaron la Reevaluación Positiva como Modo de Afrontamiento ante este tipo de problemática para un (35 %).

Se Observa como del total de los pacientes que asistieron a consulta por presentar Disfunción Sexual Eréctil predominaron como Modos de Afrontamientos elegidos por estos pacientes Confrontación, Planificación; y Aceptación de la Responsabilidad con un comportamiento similar entre ellos para un (80 %), Sin embargo, de los pacientes que asistieron por presentar Eyaculación Precoz predominó como Modo de

Afrontamiento el Autocontrol para un (15 %), precedidos por el total de pacientes que asistió a consulta por presentar Deseo Sexual Inhibido que se identificó con el Modo de Afrontamiento Reevaluación Positiva para un (5 %).

En Cuanto al grado de pacientes que presentó el porcentaje más elevado de Autoestima Baja se localizó en los pacientes que presentaron como tipo clínico la Disfunción sexual Eréctil (30 %).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Se conoce que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas, como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer y amor. ⁽²⁾

Es el resultado de variadas influencias y determinaciones de carácter tanto orgánico como psicológico, social y sexual, que se integran y expresan de una manera única en cada individuo a lo largo de su existencia.

Es ampliamente aceptada como una parte importante e integral del bienestar físico y emocional, un marcador del estado de salud y la calidad de vida del paciente, Su importancia para la salud física y mental es fundamental. Sin embargo, en los procesos de atención de salud, la sexualidad continúa siendo un tema poco abordado, sobre el que los usuarios no suelen consultar por propia iniciativa, y sobre el cual se mantienen representaciones que tienden a mantenerla hablando en voz baja.

Es un fenómeno complejo que depende de mecanismos neurológicos, vasculares y hormonales. Está condicionada por factores psicológicos, sociales y de la propia pareja. La disfunción eréctil (DE) es un problema de salud de alta prevalencia entre los hombres y tiene una importante repercusión en la calidad de vida del varón, así como en la de su pareja. ⁽³⁾

En nuestro medio existen pocos programas de intervención en las áreas de salud destinados a la población adulta en lo referente a la detección de factores de riesgo para los trastornos sexuales.

Hay consenso internacional entre los investigadores en la desinformación sobre sexualidad de la mayoría de la población y en la importante influencia de la educación en una respuesta satisfactoria.

Existen pocos artículos que avalúen Los Modos de Afrontamientos y la Autoestima en pacientes que presentan estos diagnósticos enmarcados dentro de las Disfunciones Sexuales en nuestro País, por lo que se nos dificulta lograr una variedad en la comparación de los resultados, siendo los datos obtenidos una fuente de referencia teórica para investigaciones posteriores y para conocer, así como descubrir los Estilos de Afrontamientos asumidos por estos pacientes, también el comportamiento de la Autoestima permitiéndonos una asistencia más individualizada a la problemática que están presentando.

En un estudio realizado por Moya González relacionado a la Caracterización epidemiológica de población con disfunción eréctil y análisis de sus factores de riesgo cardiovascular y grado de disfunción eréctil en un centro cuaternario se obtuvo una media de edad de 60 a 69 años, resultados que difieren a los recogidos en nuestra investigación donde la media de la edad fue de 50 años. ⁽⁴⁾

En una investigación desarrollada por Ballester-Arnal y colaboradores relacionado a la Respuesta Sexual en el Varón Adulto, estudio preliminar, en relación a la variable relacionada con su estado civil se obtuvo un predominio de pacientes que refirió ser

casados, datos que se corresponden a nuestra investigación donde igualmente la mayoría de los pacientes evaluados para una representación del 45 % presentó el mismo estado social. ⁽⁵⁾

En una investigación realizada en Colombia relacionada al Efecto del trasplante renal en la percepción de la función sexual de los pacientes con insuficiencia renal terminal se obtuvo una media de edad de 45.2 años resultados que difieren con los recogidos en nuestro trabajo donde la media fue de 50 años.

En un estudio relacionado a la frecuencia y tipo de disfunción sexual en mujeres con diabetes mellitus tipo 1 en relación a la variable color de la piel se plantea un predominio de esta enfermedad en pacientes de color de piel blanca, resultados que se ajustan a los obtenidos en nuestra investigación. ⁽⁶⁾

En un estudio Preliminar” en relación a la variable estado de soltería el porcentaje mayor refirió estar casado (65,7) datos que se ajustan a los resultados obtenidos en nuestra investigación. ⁽⁵⁾

En una investigación realizada en el Hospital de San José en Bogotá Colombia titulada Efecto del trasplante renal en la percepción de la función sexual de los pacientes con insuficiencia renal terminal se obtuvo una media de 45,2 años, resultados que difieren con nuestra investigación donde la media fue de 50 años de edad. ⁽⁷⁾

En un estudio realizado en La Habana; Cuba “Afrontamiento al distrés relacionado con la disfunción eréctil en varones con diabetes mellitus tipo 2 al calificar la frecuencia de los Modos de Afrontamientos en primera opción en término de más frecuente se obtuvo la Búsqueda de Apoyo Social resultados que difieren de los obtenidos en nuestra investigación donde predominó La Reevaluación Positiva, nos llama la atención la diversidad de los resultados obtenidos aunque pienso que lo podemos asociar a la a los criterios de selección de la muestra en estudio y el tipo de diagnóstico correspondiente a los pacientes de cada estudio. ⁽⁸⁾

CONCLUSIONES

- En la Investigación prevalecieron los pacientes del sexo masculino, los de color de la piel blanca, el nivel de escolaridad pre-universitario, con estado civil casados.
- En cuanto a las variables clínicas se observa un predominio de pacientes que asiste a consulta por presentar Disfunción Sexual Eréctil.
- Se distingue un predominio de pacientes que asisten a consulta con disfunción sexual de origen psicógeno, sobresalen los que presentaron de 0-5 años como tiempo de evolución de la enfermedad.
- Predominó en los pacientes evaluados en el estudio los que presentaron Autoestima baja, en relación a Los Modos de Afrontamientos se obtuvo un predominio de pacientes que asume como Estilo de Afrontamientos la Reevaluación Positiva.
- Se observó según la relación Tipos de Disfunción y Autoestima un predominio de los pacientes que presentaron Baja Autoestima con un comportamiento similar a la Autoestima Media en los pacientes que presentaron Disfunción Sexual Eréctil.
- Al describir la relación existente entre los Modos de Afrontamientos y los Tipos de Disfunción se obtuvo en los pacientes con Disfunción Sexual Eréctil un

predominio para el Modos de Afrontamientos de Reevaluación Positiva, En la Eyaculación Precoz un predominio para el Autocontrol, mientras en el Deseo Sexual Inhibido un predominio para la Reevaluación positiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wespes E, Amar, E, Eardley, I, Giuliano F. Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. European Association of Urology. 2010;846–900.
2. Rodríguez T, Navarro JJ, Moreno A, Castro CJ. LA SEXUALIDAD DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN EL MARCO DE LA REHABILITACION CARDIOVASCULAR. revsexologiaysociedad [Internet]. 2006;31. Available from: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/viewFile/331/384>
3. Oliver Gómez C. Disfunción eréctil, marcador de riesgo cardiovascular. Scielo. Cap. 24:221–30 Available from: http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap_24.pdf
4. Moya González F. Caracterización epidemiológica de población con disfunción eréctil y análisis de sus factores de riesgo cardiovascular y grado de disfunción eréctil en un centro cuaternario. Revista Chilena de Urología. 2016;81(2):19–24.
5. Ballester-Arnal R, Castro-Calvo J, Salmerón-Sánchez P. RESPUESTA SEXUAL EN EL VARÓN ADULTO: ESTUDIO PRELIMINAR. Revista de Psicología. 2016;2(1):199–206.
6. Real Cancio RM, Licea Puig ME, Pacheco Y, Mora Díaz I. Frecuencia y tipo de disfunción sexual en mujeres con diabetes mellitus tipo 1. Revista Sexología y Sociedad. 2016;22(1):98–112.
7. Salgado Sánchez LE, Quiroz Y, Riátiga D. Efecto del trasplante renal en la percepción de la función sexual de los pacientes con insuficiencia renal terminal. Sociedad Colombiana de Urología. 2015;24(2):78–81.
8. Ledón Llanes L, Elías-Calles LC. Afrontamiento al distrés relacionado con la disfunción eréctil en varones con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cubana de Endocrinología [Internet]. 2013;24(3). Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script>

TITULO: MORBIMORTALIDAD HOSPITALARIA POR CIRROSIS HEPÁTICA COMPLICADA. CIENFUEGOS. 2014

Autores:

Dra. Teresa Amparo Fonseca Fernández, teresa.fonseca@gal.sld.cu, Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba.

Dr. Manuel Castillo Frías, manuel.castillo@gal.sld.cu, Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, Master en Educación médica y en Urgencias, Subdirector de Medios Diagnósticos

Dra. Maribel Misas Menéndez, maribel.misas@infomed.cfg.sld.cu, Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba, Master en Educación médica.

Resumen

La cirrosis hepática representa uno de los principales problemas de salud pública en el mundo debido a su alta morbilidad, elevada tasa de mortalidad general y gran repercusión socioeconómica en la población económicamente activa.

Objetivo: Determinar aspectos relacionados con la morbilidad hospitalaria por cirrosis hepática complicada.

Material y método: Estudio descriptivo-correlacional, prospectivo, serie de casos, de 115 pacientes con cirrosis hepática complicada en los servicios de Medicina Interna y Unidades de Cuidados Intensivos, Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos. Enero - diciembre 2014.

Resultados: El 83,4% del género masculino, edad media 55 años y estadía promedio 10,8 días. La cirrosis de causa alcohólica (67.8%) y la ascitis (52.1%), la etiología y complicación más frecuente respectivamente. El 66.1% de los casos se encontraba en un estadio B y la gastropatía portal el hallazgo endoscópico predominante. La letalidad mayor en pacientes femeninas, con sangramiento digestivo, en los casos en estadio C de la escala pronóstica y/o pacientes con esplenomegalia. Los valores medios de las variables analíticas según estado al egreso, con diferencias significativas: recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y albumina sérica.

Conclusiones: La cirrosis hepática es una enfermedad que predomina en el género masculino, alrededor de la quinta década de vida, el alcoholismo su principal causa; siendo las complicaciones, los hallazgos ecográficos, las alteraciones de la analítica sanguínea y la utilización de las escalas pronósticas variables a tener en cuenta en el estudio de la morbilidad de estos pacientes.

Palabras claves: cirrosis hepática, morbilidad, letalidad.

Introducción: El hígado tiene importancia vital en muchos procesos fisiológicos esenciales del organismo humano constituyendo una fuente de albúmina, así como de otras proteínas plasmáticas y de la glucosa sanguínea después de su absorción. Es el sitio principal de la síntesis de lípidos y el órgano diana donde se biotransforman una gran variedad de sustancias endógenas y exógenas, tales como amoníaco, hormonas esteroideas, medicamentos y tóxicos.¹ Las enfermedades del hígado o hepatopatías conforman un grupo heterogéneo de afecciones que suelen ser agudas y crónicas, según la duración de la lesión histopatológica de los hepatocitos.^{1, 2} Entre las patologías crónicas se destaca la cirrosis hepática.

La cirrosis hepática (CH) representa uno de los principales problemas de salud pública en el mundo debido a su alta morbilidad. Esta entidad constituye una de las primeras causas de consulta en los servicios de Gastroenterología y de hospitalización en las instituciones de salud, con una elevada tasa de mortalidad general. Tiene una gran repercusión en lo social y económico ya que afecta fundamentalmente a la población económicamente activa.³ Es una enfermedad crónica, difusa, progresiva y generalmente irreversible del hígado; caracterizada por la presencia de necrosis, fibrosis y nódulos de regeneración (los tres cambios histológicos han de estar presentes); que condicionan una alteración de la arquitectura vascular intrahepática y reducción de la función del hígado o de la masa funcional; lo que trae como consecuencia el desarrollo de hipertensión portal e insuficiencia hepática, y como resultado final las complicaciones mayores: ascitis, hemorragia digestiva alta por ruptura de várices esofágicas o gástrica, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea primaria y síndrome hepatorenal.⁴

La mortalidad por cirrosis hepática, fluctúa mundialmente entre tasas de 5 a 30 por 100.000 habitantes por año, pero algunos países como Rumania y Hungría registran tasas de defunción de 91 y 85 por 100.000 habitantes respectivamente.⁵⁻⁸ La cirrosis se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo.⁹ Según estadísticas en España y Corea del Sur, representa la octava y cuarta causa de muerte respectivamente, asociado con la alta incidencia de infección por virus hepatotrópos y el consumo de alcohol.^{10,11} En algunos países de América Latina, como México y Chile, ocupan, entre el 5^{to} y 6^{to} lugar como causa de muerte general en adultos de 45 a 60 años de edad; siendo el consumo de alcohol la etiología en el 50 por ciento de los casos.⁷ En los Estados Unidos fue la duodécima causa de muerte en el 2008 y se reporta, que en dependencia de los códigos de enfermedad hepática crónica reportados por la Clasificación Internacional de Enfermedades para el análisis estadístico, y de datos obtenidos en estudios de autopsias, puede ser superior.¹² En el Perú, la cirrosis hepática con una tasa de mortalidad de 9.48 por 100.000 habitantes, ocupa el 5^{to} lugar, en orden de magnitud entre las defunciones generales y es la 2^{da} causa de muerte entre las defunciones registradas para el grupo de edad de 20 a 64 años.¹³ Teniendo en cuenta todo esto podemos decir que las variaciones de las tasas de mortalidad entre las diferentes regiones y países se deben fundamentalmente a los niveles de consumo de alcohol, el tipo de este y las infecciones por virus de la hepatitis B y C.¹⁴ También la mortalidad por cirrosis hepática está principalmente relacionada con las complicaciones de la enfermedad.¹⁵⁻¹⁷ Los costos de atención médica que cada paciente cirrótico genera, puede alcanzar hasta los 18 mil dólares en Estados Unidos, mientras que en México un paciente atendido en consulta externa en el Instituto Mexicano del Seguro Social genera un costo de 3.685.11 dólares americanos, que asciende en la atención hospitalaria a 17.777.63.¹⁸ Según el Anuario Estadístico de Salud de Cuba, desde hace varias décadas, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado se encuentran entre las diez primeras causas de defunciones en el país, con una tasa de mortalidad que oscila alrededor de 13,8 por 100.000 habitantes, incrementándose el número de defunciones, de 1347 en el 2013 a 1550 en 2016; año en el que también se observa mayor mortalidad en el sexo masculino, con una

tasa de 21,7 por 100 000 habitantes y una razón de tasa por sexo (M/F) de 3,6. En relación con los años de vida potencial perdidos según principales causas de muerte por 1 000 habitantes, de 1 a 74 años; también hay un aumento de 1,8 en el 2013 a 2.1 en el año 2016.¹⁹ Sin embargo, se desconocen casi de manera absoluta sus cifras de morbilidad global. Los datos de mortalidad disponibles y los reportes epidemiológicos de las causas de hepatitis, sugieren que los factores etiológicos más importantes son las infecciones crónicas por los VHC y VHB, así como la ingesta excesiva de alcohol. En los últimos años en Cuba ha surgido el trasplante hepático como una opción terapéutica, que a pesar de su alto costo, se realiza en varios centros del país, y en relación con esta estrategia terapéutica uno de los problemas actuales es la adecuada selección de los candidatos; ya que no hay suficiente conocimiento de la mortalidad de estos pacientes cuando están descompensados y no son enviados a las consultas especializadas para su evaluación en el momento apropiado.²⁰ La provincia de Cienfuegos presentó una tasa de 14.1, cifra que se encuentra por encima de la media nacional.¹⁹ Los datos aportados por el Anuario Estadístico de Salud revelan que en la provincia Cienfuegos, la cirrosis hepática es la octava causa de muerte entre todas las enfermedades;²¹ lo cual valida la necesidad de abordarla desde la investigación científica, por lo que estos datos constituyen herramientas para evaluar aspectos tan importantes como la correcta ubicación de los pacientes, su pronóstico y a la vez sirven de retroalimentación sobre la calidad asistencial, y pueden contribuir a mejorar la atención médica. Desde el punto de vista económico, se pudiese decir que con el mayor conocimiento de la enfermedad se podrán prevenir complicaciones o mejorar su tratamiento lo que repercutirá de forma positiva en la disminución de la estadía y en el número de ingresos hospitalarios, todo ello con menor costo económico.

Objetivo: Determinar aspectos relacionados con la morbimortalidad hospitalaria por cirrosis hepática complicada.

Desarrollo.

Material y método: Estudio descriptivo-correlacional, prospectivo de serie de casos, en 115 pacientes con cirrosis hepática complicada hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Unidades de Cuidados Intensivos, del Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos, entre primero de enero y el 31 de diciembre del 2014. Para dar cumplimiento al objetivo propuesto se revisaron las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico previo de cirrosis hepática y que acudieron por la presencia de algunas de las posibles complicaciones de esta enfermedad, con un seguimiento diario hasta el alta hospitalaria. Dadas las características del estudio no fue necesario realizar consideraciones bioéticas particulares. De igual modo se cumplió con los principios de beneficencia, respeto y confidencialidad. Para la recogida de la información se empleó una ficha de recolección de datos confeccionada con este fin, que incluyó variables sociodemográficas (género y edad), clínicas(etiología de la enfermedad y presencia de complicaciones), estado al egreso del paciente y la estadía hospitalaria, también fueron utilizadas variables paraclínicas relacionadas con estudios hematológicos, imagenológicos y endoscópicos, la escala pronostica

de Child –Pugh también fue contemplada en el estudio. Los datos se procesaron mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. Los indicadores empleados en el estudio fueron descritos mediante estadígrafos de tendencia central, dispersión (desviación estándar), el intervalo de confianza para la media y la mediana, así como de agregación (números absolutos y porcentajes). Se utilizó como prueba de diferenciación el Chi-cuadrado para proporciones con un nivel de significación de $p < 0,05$. En los casos que fue necesario se utilizó el test de Shapiro Wilk, la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la U de Mann-Whitney, así como el cálculo de riesgo relativo (RR) en el momento que se precisó, también se compararon las medias utilizando la T-de student.

Resultados: Se muestra en tablas en los Anexos

Discusión: De acuerdo con la caracterización general de la serie estudiada, predominó el género masculino y la edad media fue de 55 años con una estadía promedio general de 10,8 días, siendo la letalidad mayor en los pacientes del género femenino (42,1%). Iguales resultados reportan Campollo y cols.⁸ y datos similares obtuvieron Carlos Meléndez y cols, del Hospital General del Estado de Chiapas en México, con respecto a la edad media de una serie de casos estudiados, mientras que difieren en cuanto al predominio del género.²² En cuanto a la mortalidad, resultados similares encontró Yamilka Mejías, en su tesis de especialidad, donde el 22,3% de los pacientes fallecieron, con predominio del género masculino,²³ no coincidiendo este aspecto con el presente estudio. Con respecto a la estadía promedio general, existe coincidencia con la investigación de Bustíos y col., donde la estadía promedio es de 9,43 días.²⁴ El consumo de alcohol se ha citado como factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades hepáticas crónicas, y la cirrosis hepática es la más relacionada con el mismo,²⁵ la presente investigación encontró resultados similares a la literatura consultada en el predominio del alcoholismo como etiología más frecuente de la cirrosis hepática como es en el estudio reportado en Estados Unidos por Said y col. reportaron el alcohol en un 30%, seguido por la infección viral por hepatitis C en un 22 %, ²⁶ así también Rodríguez Magallán A. y colaboradores, en México 2008 coincidieron con una mayor frecuencia de la etiología alcohólica, que predominó en los hombres, seguida del virus de la hepatitis C y las hepatopatías autoinmunes²⁷ En nuestro medio, María H. Fajardo y cols, obtuvieron resultados similares, reportando en el 40 % de los sujetos estudiados, la causa alcohólica, seguidos por la etiología viral.²⁸ Según lo anteriormente referido el consumo de alcohol continúa siendo la causa principal de morbilidad por cirrosis hepática, a pesar de que existen otras patologías que influyen en la etiopatogenia de la misma, como es el caso del virus de la hepatitis C, reportándose más de 500 mil muertes por año secundaria a esta infección, fundamentalmente debido al uso de drogas intravenosas y el costo del tratamiento médico en numerosos de los países afectados, tanto los desarrollados como subdesarrollados.²⁹ Múltiples son las complicaciones que pueden presentarse en el curso de la cirrosis hepática, relacionadas con enfermedades secundarias a la hipertensión portal o a la insuficiencia hepática en sí, estas complicaciones ensombrecen su pronóstico y comprometen la vida del paciente, de ahí que la presente investigación señala la letalidad según las mismas como un acápice a tratar. Samada Suárez³⁰ señala que la principal

complicación que presentaron los pacientes cirróticos fue la ascitis, seguida en orden de frecuencia por el sangrado digestivo y la encefalopatía hepática, coincidiendo estos resultados con los de la presente investigación. En cuanto al comportamiento de la letalidad según esta complicación en los pacientes estudiados es importante señalar que fue menor con respecto al resto de las complicaciones, no coincidiendo en este aspecto con la literatura revisada que señala su presencia como un factor de mal pronóstico, pues aproximadamente 50 por ciento de ellos podrían morir a los dos años si no se les realiza un trasplante.^{11,31} La encefalopatía hepática es un síndrome neurológico complejo debido a insuficiencia hepática severa, caracterizado por cambios neuropsiquiátricos y alteraciones de la función neuromuscular siendo la supervivencia de pacientes cirróticos después de un primer episodio de encefalopatía hepática aguda reportada en 42 por ciento al año y 23 por ciento a los tres años.³² Otra de las complicaciones más temidas es el sangramiento digestivo alto por ruptura de várices esofágicas o gástricas, y constituye una de las principales causas de muerte en estos pacientes, los que sobreviven a un primer episodio hemorrágico tienen un riesgo de recidiva de hasta 63 por ciento a los dos años.³³ En estudios realizados por Malpica y cols³⁴ también encontraron como principal motivo de hospitalización el sangramiento digestivo alto y este caso asociado a la encefalopatía hepática, siendo el provocado por várices esofágicas la causa de la tercera parte de muerte en los pacientes con cirrosis e hipertensión portal,²⁵ coincidiendo también con la presente serie de casos. En el estudio de las variables analítica en la serie existió diferencia significativa en el comportamiento de los valores del conteo de plaquetas, tiempo de protrombina y la dosificación de albúmina, en relación con el estado al egreso, coincidiendo también con la literatura revisada la prolongación del TP y la albúmina que, aunque pobres indicadores de daño hepatocelular, son factibles en cuanto a la severidad de la enfermedad, con un valor pronóstico en la cirrosis hepática y componente de varios modelos predictivos, como en el caso de la escala de Child-Pugh que en el estudio realizado en cuanto a la letalidad según esta escala pronóstica, predominaron los pacientes que se incluyeron en el estadio B, siendo la letalidad mayor en los que clasificaron para el estadio coincidiendo con un estudio realizado en el Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila, en el cual predominó el grupo B en la mitad de los casos, no siendo así en el caso del grupo C que incluyó el menor por ciento, pero todos los pacientes incluidos en este grupo fallecieron antes de los 5 años.³⁵ Los cambios en el parénquima hepático en la ecografía se traducen como una ecoestructura hepática heterogénea y granular por la presencia de nódulos, así como los signos de hipertensión portal (esplenomegalia, aumento del diámetro de la vena porta, circulación colateral) que ayudan sin duda, a realizar su diagnóstico; sin embargo, la ecografía es todavía poco útil para identificar los cambios iniciales.³⁶ En el presente estudio predominó la presencia de un hígado pequeño (47,8%) asociado a una ecoestructura de patrón granuloso fino (83,5%) y la ausencia de esplenomegalia (54,8%), siendo la letalidad mayor en los pacientes que presentaron las dos primeras características ecográficas y en los que se encontró esplenomegalia, coincidiendo parcialmente con caracterización realizada por Ángela M. Giraldo y cols, en que más de la mitad de los sujetos investigados predominó la disminución del tamaño hepático,

con un parénquima heterogéneo; conjuntamente con la presencia de esplenomegalia en los pacientes que fallecieron.³⁷ Dentro de las complicaciones más temidas de la hipertensión portal se encuentran la presencia de várices gastroesofágicas y de la gastropatía hipertensiva portal, en el presente estudio fue más frecuente la presencia de la gastropatía portal hipertensiva (51,3%), donde la letalidad mayor estuvo representada por los pacientes con diagnóstico de várices esofágicas (39,5 %), siendo importante señalar que 36 pacientes no se le realizó el estudio y estos mostraron una letalidad de 38.9%. En la literatura consultada³⁸ se describe que la mortalidad a las 6 semanas con cada episodio de hemorragia por várices esofágicas es aproximadamente del 15 al 20% y del 30% en los pacientes con enfermedad de Child-Pugh grado C. En toda la literatura revisada queda demostrado el valor creciente del estudio endoscópico para el diagnóstico de las complicaciones de la hipertensión portal y su repercusión en el pronóstico y supervivencia de los pacientes.

Conclusiones: La cirrosis hepática es una enfermedad que predomina en el género masculino, alrededor de la quinta década de vida, el alcoholismo su principal causa; siendo las complicaciones, los hallazgos ecográficos, las alteraciones de la analítica sanguínea y la utilización de las escalas pronósticas variables a tener en cuenta en el estudio de la morbimortalidad de estos pacientes así como la presencia de varices esofágicas que constituyeron un elemento importante en las complicaciones del paciente con cirrosis hepática en la serie de casos estudiados donde la letalidad fue elevada por esta causa.

Bibliografía:

1. Carbonell TD, Moné M, García L. Algunas consideraciones clinicopatogénicas de las hepatitis tóxicas. Rev MEDISAN 2012; 16(1):127.
2. Hepatitis por sustancias tóxicas y medicamentos. En: Harrinson TR. Principios de medicina interna. 17 ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2008.
3. Mesejo A, Juan M, Serrano A. Cirrosis y encefalopatía hepáticas: consecuencias clínico-metabólicas y soporte nutricional. Nutr. Hosp [Internet]. 2008 [citado 2 Abr 2014]; 23.(suppl 2): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112008000600003&lng=es
4. Córdoba J. Relación entre encefalopatía hepática, calidad de vida y proteínas de la dieta en pacientes con cirrosis hepática. [Tesis]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2011.
5. Serra MA. Consenso para el tratamiento de las hepatitis B y C. Virus de la hepatitis C. Historia natural de la infección por virus C. Gastroenterol Hepatol. 2006; 29(Supl 2):101-06.
6. Naveau S, Perlemuter G, Balian A. Epidemiology and natural history of cirrhosis. Rev Prat. 2005 Sep; 55(14):1527-32.
7. Varvasovszky Z, Mckee M. Problem drinking among hospitalized patients in Hungary. Alcohol & Alcoholism. [Internet]. 2000 [citado 10 may 2014]; 35(6):574-579. Disponible en: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/>

8. Campollo O, Valencia Salina J, Berumenarellano A. Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. *Salud Pública Mexicana* 1997; 39: 195-200
9. Narro J, Gutiérrez J, López M. La mortalidad por cirrosis hepática en México: Características epidemiológicas relevantes. *Salud Pública de México* 1992; 34 (4).
10. García M, Blanco E, Stepien A, Paton N. Cirrosis hepática en la infancia. Hallazgos en un caso de autopsia [Internet] University of Transkei/Nelson Mandela Ac. Hospital república sudafricana. 2005 [citado 10 may 2014]; Disponible en: <http://www.conganat.Org/7congreso/final/vistalmpresion.asp>
11. Adam R, McMaster P, O'Grady JG, Castaing D, Klempnauer JL, Jamieson N. Evolution of liver transplantation in Europe: report of the European Liver Transplant Registry. *Liver Transpl.* 2003; 9:1231-43.
12. Manos MM, Leyden WA, Murphy RC, Terrault NA, Bel BP. Limitations of Conventionally Derived Chronic Liver Disease Mortality Rates: Results of a Comprehensive Assessment. *Hepatology* 2008; 47:1150-57.
13. Farfan G, Cabezas C. Mortalidad por enfermedades digestivas y hepatobiliares en el Perú, 1995-2000. *Rev Gastroenterol Perú* 2002; 22(4):212-233.
14. Mokdad AA, Lopez AD, Shahrzaz S, Lozano R, Mokdad AH, Stanaway J, et al. Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *BMC Medicine* [Internet]. 2014 [citado 2 may 2015], 12:145. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/145>.
15. Uddenfeldt P, Danielsson A. Primary biliary cirrhosis: survival of a cohort followed for 10 years *J Intern Med.* 2000 Oct; 248(4):292-8.
16. Das K, Datta S, Pal S, Hembram JR, Dhali GK, Santra A, et al. Course of disease and survival after onset of decompensation in hepatitis B virus-related cirrhosis. *Liver Int.* 2010 Aug; 30(7):1033-42.
17. Jepsen P, Vilstrup H, Andersen PK, Lash TL, Sorensen HT. Comorbidity and survival of Danish cirrhosis patients: A nationwide population based cohort study. *Hepatology.* 2008 Jul; 48(1):214-20.
18. Quiroz ME, Flores YN, Aracena B, Granados-García V, Salmerón J, Pérez R, et al. Estimating the cost of treating patients with liver cirrhosis at the Mexican Social Security Institute. *Salud Pública Mex.* 2010 Nov-Dec; 52(6):493-501.
19. Bess S. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017. [citado 10 marzo 2017]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/2017/03>
20. Samada M, Santos C, Hernández JC, Ramos L, González L, González A, et al. Comportamiento del Child-Turcotte-Pugh y algunos indicadores nutricionales prequirúrgicos en la sobrevida de pacientes con trasplante hepático en Cuba. En: Pérez Bernal J editor. Actualizaciones en trasplantes 2003. Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; 2003.p. 236-41.
21. Bess S. Anuario Estadístico de Salud 2013 [Internet]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2014. [actualizado 1 jun 2014; citado 5 may 2014]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>.

- 22.** Melendez CA, Melendez JJ. Principales causas y factores asociados a cirrosis hepática en los pacientes del Hospital General de Zona 2 de Chiapas, México. *Medwave* 2012 Ago;12(7):e5454.
- 23** Mejías Y. Caracterización de los pacientes con cirrosis hepática en el servicio de medicina interna. [Tesis]. Cienfuegos: Universidad Ciencias Médicas “Raúl Dorticos Torrado”; 2012.
- 24.** Bustíos C, Dávalos M, Román, R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y Clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Rev Gastroenterol Perú*. [Internet]. 2004 [citado 14 septiembre 2014]; 27 (3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000300003&script=sci_arttext.
- 25.** D’Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systemic review of 118 studies. *J Hepatol* 2006; 44: 217–31.
- 26.** Italian Multicentre Cooperative Project on Nutrition in Liver Cirrhosis. Nutritional status in cirrhosis. *J Hepatol*. 1994 Sep; 21(3):317-25.
- 27.** Caballería LI, Pera G, Auladell MA, Torán P, Muñoz L, Miranda D, et al. Prevalence and factors associated with the presence of nonalcoholic fatty liver disease in an adult population in Spain. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2010; 22:24-32.
- 28** Fajardo MH. Comportamiento de la cirrosis hepática en el hospital "Arnaldo Milián Castro" de julio de 2007 a marzo de 2009. [Tesis]. Cienfuegos: Universidad Ciencias Médicas “Raúl Dorticos Torrado”; 2010.
- 29.** Jayasekera CR, Barry M, Roberts LR, Nguyen MH. Treating hepatitis C in lower-income countries. *N Engl J Med*. 2014 May 15;370(20):1869-71.
- 30.** Giraldo AM, Barraza M, Villa H, Martínez JW, García G. Caracterización epidemiológica de pacientes con cirrosis en una consulta de gastroenterología en Pereira, Colombia, 2009-2012. *Rev. Méd. Risaralda*. 2014; 20 (2):86-94.
- 31.** Torre A, M. Martín-Llahí M, Ginés P. Hiponatremia dilucional, ascitis refractaria y síndrome hepatorenal: tratamiento actual. *Gastroenterol Hepatol*. 2004; 27 (Supl 4):26-39.
- 32.** Bustamante J, Rimola A, Ventura PJ, Navasa M, Cirera I, Reggiardo V, Rodés J. Prognostic significance of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis. *J Hepatol*. 1999; 30(5):890-5.
- 33** Bosch J, García-Pagan J. Prevention of variceal rebleeding. *Lancet*. 2003; 361:952-4.
- 34.** Malpica A, Ray T, Salazar M, Cheng L, Valenzuela V, Huerta J. Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. *Rev. gastroenterol Perú*. 2013; vol.33 no.4 oct./dic.
- 35.** Pérez A. Ecografía e hígado. *SEMERGEN*. 2003; 29 (2):78–97.
- 36.**Krier M, Aijaz A. The Asymptomatic Outpatient with Abnormal Liver Function Tests. *Clin Liver Dis*. [Internet]. 2009 [citado 13 may 2015];13:167–177. Disponible en: <http://www.med.upenn.edu/%20gastro/documents/ClinLiverDis>.
- 37.** Martínez D, Vecerra CP, Huerta M, Rueda G, López S, Leticia C. Operación Sugiura tiempo abdominal más escleroterapia en pacientes con hipertensión portal hemorrágica. *Experiencia de 10 años Cir Cir* 2002; 70 (4): 226-31.

38. Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis. N Engl J Med 2010;362:823-32.

Anexos.

Tabla 1. Caracterización general de la serie. Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos. 2014

Variables		Vivos	Fallecidos	Total
X edad(años)		54,1 ± 10,73	56,8 ± 9,59	55 ± 10,407
Género	Masculino	66/68,7%	30/31,3%	96/83,4%
	Femenino	11/57,9%	8/42,1%	19/16,6%
X estadía(días)		11,3 ± 6,90	9,9 ± 7,81	10,8 ± 7,20
Total		77/100%	38/100%	115/100 %

Fuente: Cuestionario e Historia clínica

Tabla 2. Letalidad según etiología de la cirrosis hepática.

Etiología de la cirrosis	Frecuencia		Letalidad
	No	%	
Alcohólica	78	67,8	28.2
Virus hepatitis B	4	3,5	25.0
Virus hepatitis C	7	6,1	42,8
Mixta	6	5,2	33.3
Hepatitis autoinmune	5	4,3	20.0
Causada por colestasis	2	1,7	50.0
Otras	13	11,3	53.8

Fuente: Cuestionario e Historia clínica

Tabla 3. Letalidad según complicaciones de la cirrosis hepática.

Complicaciones	Frecuencia		Letalidad
	No	%	
Ascitis	60	52,2	21,6
Encefalopatía hepática	51	44,3	39,2
Sangramiento digestivo alto	35	30,4	42,8
Peritonitis bacteriana espontánea	14	12,2	35,7
Otras	11	9,6	36,4

Fuente: Cuestionario e Historia clínica

Tabla 4. Valores medios de las variables analíticas según estado al egreso.

Variables analíticas	Vivos (X)	Fallecidos (X)	Valor de p= 0,05
Conteo de plaquetas	184,03	150,95	0,00
Tiempo de protrombina prolongado	23,1	32,95	0,00
Bilirrubina total	75,9	83,2	0,63
Albúmina	32,1	27,5	0,003

ALT(TGP)	64,6	114,5	0,010
AST (TGO)	104,1	136,2	0,14
GGT	199,8	250	0,038
Creatinina	112,1	167,5	0,014
Colesterol	3,5	3,1	0,20
Coeficiente AST/ALT	2,1	1,6	0,053

Fuente: Cuestionario e Historia clínica

Tabla 5. Letalidad según clasificación de Child-Pugh.

Clasificación de Child-Pugh	Frecuencia		Letalidad	RR	IC
	No	%			
Estadio A	3	2,6	-	-	-
Estadio B	76	66,1	18,3	0.40	0.25-0.63
Estadio C	36	31,3	69,4	4.43	2.45-7.99

Fuente: Cuestionario e Historia clínica p=0.00

Tabla 6. Letalidad según variables del ultrasonido.

Variables del ultrasonido		Frecuencia		Letalidad
		No	%	
Tamaño del hígado	Normal	28	24,3	32,1
	Hepatomegalia	32	27,8	28,1
	Pequeño	55	47,8	36,4
Ecoestructura hepática	Heterogénea	19	16,5	26,3
	Granuloso fino	96	83,5	34,4
Esplenomegalia	Presente	52	45,2	40,4
	Ausente	63	54,8	27,0

Fuente: Cuestionario e Historia clínica

Tabla 7. Letalidad según Variables de la endoscopia

Variables de la endoscopia		Frecuencia		Letalidad
		No	%	
Várices esofágicas	Presente	38	33,1	39,5
	Ausentes	77	66,9	29,9
Gastropatía portal	Presente	59	51,3	27,1
	Ausente	56	48,7	39,3
No endoscopia		36	31,3	38,9

Fuente: Cuestionario e Historia clínica

MUJER VIOLENTADA POR SU PAREJA, UN PROBLEMA AÚN VIGENTE

Autores:

Ruiz Hernández Marioly ¹; Hernández Cabrera Yoan ²; López Angulo Laura³; Calzada Urquiola Yanara⁴; Hernández Muñoz Niusha⁵; Alzuri Falcato Mario⁶

¹mariolisrh@jagua.cfg.sld.cu; Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cuba. Máster en Atención Integral a la mujer; yoan.hernandez@gal.sld.cu; Hospital provincial "Gustavo Aldereguía Lima". Cuba. Máster en Atención Integral a la mujer; ourquiola@ucf.edu.cu; Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cuba; ³Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cuba. Máster en Psicología de la salud; ⁴Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cuba.

RESUMEN

Introducción: La Violencia contra la mujer en la relación de pareja, es una entidad multicausal y multidimensional, con repercusiones negativas en la salud y con un deterioro creciente del capital social, identificada como línea prioritaria del Ministerio de Salud Pública en Cuba (MINSAP). Objetivo: Describir el estado del arte sobre la violencia contra la mujer, a partir de los puntos de vista de diferentes autores. Resultados: La violencia psicológica y física, el desempeño de los roles productivo reproductivo, ser menos tradicionales genéricamente y el insuficiente apoyo del EBS y de los grupos mediatizadores, con reacciones emocionales negativas intensas y trastornos del aparato cardiovascular, constituyen los hallazgos más relevantes relacionados con la violencia íntima. Conclusiones: El maltrato conyugal repercute de manera negativa en la salud de las mujeres que sufren de violencia conyugal, de modo que, constituye una piedra angular para brindar servicios de salud integral y de excelencia a las mujeres maltratadas por sus parejas.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es un tema tan antiguo como la historia misma de la humanidad. Análisis históricos y bíblicos recogen aspectos de este fenómeno, los cuales se basan en una serie de mitos, creencias erróneas y prejuicios que justifican y minimizan el problema desde épocas muy remotas hasta la actualidad y que se sustentan en la construcción cultural del género. (1,2)

En la mayoría de las sociedades del mundo está presente el maltrato hacia la mujer. Estudios recientes evidencian que lejos de disminuir con el tiempo, una de cada tres féminas sufren este fenómeno y que al ser una de las principales causas de violación de los derechos humanos, ser mayor productor de enfermedades y de mala salud, se ha convertido en una pandemia silenciosa que pronostica ser una de las primeras quince causas de enfermedad y muerte en el 2020. (3)

Existen múltiples discrepancias en la conceptualización de la violencia contra la mujer. De hecho, la mayoría de los expertos, se detienen a aclarar que la manera de denominar a la violencia contra la mujer no es arbitraria, y que hay

diferencias importantes según se hable de violencia doméstica, violencia en la familia, conyugal, en la pareja, malos tratos, violencia contra la mujer, violencia de género, sexista, etc. Las diferencias entre cada fórmula dependen de donde se pone el acento (en el ámbito privado o personal, familia, pareja, hogar o en el social, en los factores de género, en el sexismo...) y con cuánto enseña o deja de enseñar cada denominación respecto al problema, sus actores y sus causas. ^(3,4)

La Declaración adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada." ^(5,6)

La Cumbre de Beijing de 1995 marcó un punto clave en el paso hacia una visión social y cultural de la violencia contra las mujeres. El origen de la violencia de género se sitúa en la necesidad de los hombres de controlar a las mujeres en el sistema social patriarcal, enmarcándola como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, a la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. ⁽⁴⁾

La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital, dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad. ^(7, 8)

Barrientos argumenta que la agresión a la mujer se tolera socialmente porque resulta muy efectiva como elemento de control y como mecanismo para preservar la desigualdad y la dominación. Plantea que socialmente se la minimiza a través de una serie de prejuicios y justificaciones que no apuntan a su esencia y sus causas estructurales, sino que la enmarcan dentro de la marginalidad como problema de algunos, de "otros", no de "nosotros". Falta por tanto entenderla y abordarla de manera global e integral, como entramado sociocultural, con sus principios y valores, y no de manera particular, personal o apuntando sólo a sus manifestaciones y consecuencias. ⁽⁹⁾

El impacto negativo de la violencia contra la mujer en la sociedad mundial, hace necesario revelar su verdadera extensión, tendencia y severidad, con el objetivo de disminuir el deterioro creciente del capital social, constituyendo así una línea prioritaria de investigación e intervención de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Ministerio de Salud Pública en Cuba (MINSAP). ⁽¹⁰⁾

Anualmente 9 millones de años de vida saludable (AVISA) se pierden en el mundo por concepto de violencia contra la mujer, cifra mayor que el total de mujeres víctimas de todos los tipos de cáncer. Se estima que estas mujeres son 12 veces más susceptibles al suicidio, una de cada 10 realizan un brote psicótico y requieren 4 o 5 veces más de tratamiento psiquiátrico. Por lo general presentan los síntomas, al menos 5 años después de haber cesado la

violencia y hasta 15 años después surgen trastornos psicosomáticos ocasionados por este problema. Es de señalar que aumentan el consumo de drogas y que sus hijos inician en edades más tempranas las adicciones. ^(10, 11, 12)

Cuba no ha estado exenta de este mal y este fenómeno ha estado condicionado por las características de los procesos económicos, políticos y sociales, ocurrido a lo largo de más de 500 años. En la sociedad cubana de nuestros tiempos no se engendra violencia estructural ni institucional, pero aún persisten conductas sexistas y manifestaciones violentas en la relación de pareja, teniendo en cuenta que una de las características más comunes de la violencia de género es su invisibilidad. ^(13, 14)

Al igual que en el resto del país, la provincia de Cienfuegos tiene una subdimensión de la percepción de la violencia con desconocimiento generalizado de las formas posibles que puede adoptar este fenómeno. La prevalencia real del maltrato no se conoce, la vigilancia epidemiológica es muy insuficiente por tanto los casos de violencia conyugal no se diagnostican, también debido a que la mayoría de los casos, la víctima reprime el impulso de denunciar el hecho por múltiples causas, no obstante se han hecho estudios que evidencian que el 97% de las mujeres adultas encuestadas reciben actos de violencias de sus parejas. ^(15, 16)

En la actualidad, las acciones que desde el sector salud se realizan en el enfrentamiento al problema, están centradas en la atención a las lesiones físicas de las mujeres que acuden a los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS) y las que acuden al peritaje de las lesiones en las consultas de sanidad que se llevan a cabo en las instituciones habilitadas para ello pertenecientes a la Policía Nacional Revolucionaria (PNR), lo que demuestra que ha faltado un ordenamiento, una estabilidad organizacional y una sistematización de acciones integrales en las que estén presentes la transdisciplinabilidad, la participación comunitaria y la transversalidad sectorial requerida para dar respuestas a las necesidades de las mujeres maltratadas por su parejas. ^(16, 17)

Partiendo de que la violencia contra la mujer es multicausal y multidimensional y sus repercusiones son sociales e individuales, su abordaje debe ser multidisciplinario e intersectorial, con una respuesta global, sistémica y holística desde la prevención, asistencia, protección y recuperación. ⁽¹⁷⁾

Es consideración de los autores de la presente investigación, que la violencia contra la mujer en la relación de pareja, no debe ser considerada como un evento único y aislado de la sociedad, sino como un fenómeno creciente, multifactorial y multidimensional, que permite aumentar la percepción de la entidad como un problema de salud, que repercute negativamente en lo individual, la familia y la sociedad, se ha hecho necesaria la realización de una revisión bibliográfica del tema con el **objetivo** de:

Describir el estado del arte sobre la violencia contra la mujer dentro de la relación de pareja, a partir de los puntos de vista de diferentes autores.

DESARROLLO

Consideraciones actuales sobre la violencia contra la mujer en la relación de pareja.

La violencia contra la mujer, no es desde luego un tema trivial, múltiples planteamientos de una serie de expertos han definido y desarrollado el tema desde distintas disciplinas como la medicina forense, la psiquiatría o los estudios de género; por lo que se hace necesario entender en qué consiste concretamente, cuáles son sus principales formas de presentación y las acciones del EBS para brindar una atención integral a las mujeres que sufren del maltrato conyugal. ^(18, 19)

La OPS, en su Primer Informe sobre la Violencia y Salud, refleja que la violencia contra la mujer en la pareja o violencia del compañero íntimo contra la mujer, es “cualquier comportamiento dentro de una relación íntima presente o anterior que cause daño físico, psíquico o sexual de un hombre contra una mujer”. En este concepto no se tiene en cuenta la trascendencia social ni económica que produce este tipo de violencia, que puede limitar la incorporación de la mujer a su vida social y familiar. ⁽²⁰⁾

En este trabajo se define la violencia hacia la mujer en su relación de pareja como “toda acción innecesaria y destructiva resultante de las agresiones llevadas a cabo por el hombre sobre su pareja, o mujer a la que estuviese o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad que atenta contra los derechos fundamentales de la mujer, ocasionándole daños a su integridad social-psicológica-física-sexual-económica”. ⁽²⁰⁾

En ambos conceptos se destacan los daños físicos que ocasiona este acontecimiento, es por ello que miles de mujeres mueren cada año por esta causa. Estudios realizados en Cuba y en España han confirmado que el número de mujeres muertas por este tipo de violencia es incomparablemente superior a las muertes de hombres a manos de sus parejas femeninas. ^(21, 22)

Es un hecho que en una relación de pareja la interacción entre sus miembros adopta formas agresivas. En todas las relaciones humanas surgen conflictos y en las relaciones de pareja también. Las discusiones, incluso discusiones acaloradas, pueden formar parte de la relación de pareja. En relaciones de pareja conflictivas pueden surgir peleas y llegar a la agresión física entre ambos. Esto, que podría alcanzar cuotas de violencia que serían censurables y perseguibles, formaría parte de las dificultades a las que se enfrentan las parejas. El maltrato nada tiene que ver con esto; en el maltrato el agresor siempre es el mismo: Por definición, el conflicto es una modalidad relacional que implica reciprocidad y es susceptible de provocar un cambio. Por el contrario, el maltrato, aunque adopte las mismas formas –agresiones verbales y físicas-, es unilateral, siempre es la misma persona la que recibe los golpes. ^(22, 23)

El desconocimiento de cómo opera realmente la violencia de género se encuentra en la base del conjunto de justificaciones, prejuicios y estereotipos que recaen sobre el problema y sus protagonistas. Estudios recientes coinciden en la necesidad de entender que el maltrato hacia la mujer es un fenómeno continuado en el tiempo, que consta de ciclos y que se desarrolla de una manera bastante particular que nada tiene de explosiva, inesperada o puntual,

lejos de lo que muchas veces se piensa. Lo primero por tanto es no confundir episodio violento con violencia contra la mujer. ⁽²⁴⁾

Suele hablarse de tres fases típicas de la agresión a la mujer por parte de su pareja o ex pareja. La primera fase, denominada de tensión creciente, es aquella en que la relación entre el hombre y la mujer se va haciendo cada vez más tensa y distante.

En esta fase predomina el silencio, la indiferencia, la ira contenida, y las agresividades verbales más o menos encubiertas en forma de menosprecios y sarcasmos que se van haciendo cada vez más intensas y frecuentes. El hombre se muestra irritable y no reconoce su enfado, por lo que la mujer no logra comunicarse con él, lo que provoca en ella un sentimiento de frustración. El mensaje reiterado es que su percepción de la realidad es incorrecta, por lo que la mujer empieza a preguntarse qué es lo que hace mal y comienza a culpabilizarse de lo que sucede. ^(24, 25)

Finalmente se produce la agresión física. A este primer estadio de acumulación de tensión le sucede así la segunda fase, llamada de explosión violenta, marcada por episodios de violencia agudos, consistentes en golpes y/o abusos sexuales, acompañados de agresión verbal, en forma de insultos, frases hirientes, ataques y excusas. El episodio violento finaliza y da paso a una tercera fase de amabilidad tanto verbal como de conducta, conocida como “luna de miel”, en la que el agresor regresa mostrando arrepentimiento y prometiendo que la agresión no volverá a ocurrir. El hombre busca justificar su actuación con múltiples argumentos, ya sea referidos a sí mismo, como que había bebido o que está pasando por un mal momento en el trabajo trasladando la responsabilidad a la mujer por llevarle la contraria y sacarle de sus casillas. Al final, la conclusión es que no ha sido él quien la ha golpeado sino que lo han hecho las circunstancias, ni tampoco ha golpeado a la mujer, sino a su conducta. ⁽²⁵⁾

Durante esta fase, el hombre cambia para contentar a su compañera y durante un tiempo se comporta como ella espera. En cierto modo, tanto el agresor como la víctima creen sinceramente que los episodios de violencia no volverán a ocurrir. El agresor cree que no se repetirá debido a la lección que ha dado a su mujer, y ella se siente reforzada por la buena conducta de su pareja y cree que han sido esas circunstancias “especiales” las que le han llevado a realizar esa conducta, puesto que de lo contrario supondría un choque y un derrumbamiento de todas sus expectativas vitales. A esta falsa ilusión sigue un nuevo ciclo de tensiones en el momento en que el hombre considere que está perdiendo el control sobre la mujer, al que seguirán otras agresiones y otras lunas de miel, y así sucesivamente. De este modo se produce la victimización completa de la mujer. ^(25, 26)

El maltrato conyugal. Un tema aún en controversia.

Los rasgos más visibles del maltrato conyugal, son las palizas y los asesinatos, son los que trascienden del ámbito de la pareja; sin embargo, los maltratos de «baja intensidad», los maltratos psíquicos que mantenidos en el tiempo socavan la autoestima de la mujer, son los que mayoritariamente se dan

cuando trasciende un caso de maltratos, la mujer puede llevar años sufriendolos. Los maltratos pueden producirse en cualquier etapa de la historia de la pareja, es en el momento de la ruptura y tras esta, si se produce, cuando llegan a exacerbarse. ⁽²⁷⁾

La selección de las manifestaciones concretas que incluyen o excluyen distintos autores en sus definiciones, es un tema aún en controversia. La mayoría suscribe que existen básicamente cinco categorías dentro de la violencia contra las mujeres, tales como, el maltrato físico, sexual, psicológico, social y económico. ^(1, 3, 5, 20, 21)

Se entiende por malos tratos físicos, cuando las conductas implicadas suponen abusos físicos que van desde la bofetada al homicidio, recibiendo lesiones que requieran o no de hospitalización. El maltrato sexual está muy unido a los malos tratos físicos, e incluye desde la violación dentro del vínculo de la pareja, hasta obligar a la mujer a prácticas sexuales degradantes o no deseadas. ^(28, 29)

Los malos tratos psicológicos van desde el insulto a la amenaza, gestos amenazantes, conductas restrictivas y por último, culpabilización a otros de las conductas violentas del propio maltratador. Su efecto suele ser profundo, perturbador y desvalorizante que conduce muchas veces al maltrato físico. El maltrato social se produce cuando se aísla o aleja a la persona maltratada, se le priva de relaciones significativas o se le humilla en las relaciones sociales. ^(29, 30)

Por último, el maltrato económico o financiero consiste en impedir el acceso de la víctima a la información o manejo del dinero. Se valora este aspecto por su frecuencia y la importancia del factor económico en las situaciones de maltrato. ⁽³⁰⁾

En la pareja el maltrato es mayoritariamente ejercido por él contra ella. Tiene causas específicas: los intentos del hombre por dominar a la mujer, la baja estima que determinados hombres tienen de ellas; causas que conducen a procurar instaurar una relación de dominio mediante desprecios, amenazas y golpes. La violencia contra las mujeres se deriva de un sistema social cuyos valores y representaciones asignan a la mujer el status de sujeto dominado. ⁽³⁰⁾

Las víctimas del maltrato suelen conocer muy bien a sus autores, pero el silencio se convierte en el peor enemigo y en el mejor aliado para repetir los abusos, pues al quedarse calladas favorecen al agresor y contribuyen a que permanezca libre, en condiciones de hacer lo mismo a otras personas. ^(29, 30)

CONCLUSIONES

Es acertado incluir la violencia a la mujer por parte de su pareja como una situación que transgrede el funcionamiento, la capacidad y la satisfacción de la mujer consigo misma, por lo que afecta su percepción subjetiva de bienestar psicológico, es por ello que en el presente trabajo se comparten los criterios expresados por prestigiosos autores cubanos y extranjeros que consideran que la violencia de pareja es un problema político, social, legal y de derechos

humanos; pero también es un problema de salud que impacta, prácticamente todos los ámbitos de la vida personal y colectiva que aún persiste en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Arocho DM. La mujer como objeto y sujeto de la violencia, apuntes para una reflexión. La Habana: UNICEF; 2001. p. 12-24.
- 2- Marina JA, Valguma M. La lucha por la desigualdad. Barcelona, España: El Manual Moderno; 2011. p.75.
- 3- Alfonso RA. Violencia contra la mujer. Un problema de todos y de todas. Recuentos y propuestas [tesis]. Cienfuegos: Universidad de las Ciencias Médicas; 2001.
- 4- Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: OPS; 2003. p.4-12.
- 5- Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la Mujer: un tema de salud prioritario. Washington, D.C.: OPS; 2002. p.6-10.
- 6- Organización Panamericana de la Salud. Para vivir sin violencia: Dimensiones del problema. Compromisos de solución. División de salud y desarrollo humano. Washington, D.C.: OPS; 2004. p.4.
- 7- Goomarasguamy R. La lucha contra la violencia domestica. Las obligaciones del estado. Disponible en: <http://www.unicef-inde.org/june2000.htm>.
- 8- Buvic Morris Y. Prevención de la violencia. Washington, D.C.: Departamento de Desarrollo Sostenible; 2004.
- 9- Barrientos G, Clavijo A. Violencia y Salud Mental. En: Álvarez Sintés R, Báster Moro JC, Hernández Cabrera G, García Núñez RD. Medicina general integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. [Monografía en internet]. V. III. 2. ed. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008. p. 288-294 [citado 4 diciembre 2008]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoiij_seg_edicion/cap108.pdf
- 10- Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Washington, D.C.: OPS; 2008. p.49.
- 11- Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Los nuevos retos que nos impone la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belén do Pará) San José, D.C.: OPS; ago. 2009. 24 p. (OPS. Serie Género y Salud Pública, 3).

- 12-Moreno MF. La violencia en la pareja. Revista Panamericana de Salud Pública. 1999; 5(4/5):245-58.
- 13-Consuegra M, Hijar M, Valdés R. Programa de Intervención con Mujeres Víctimas de violencia de pareja y con sus agresores. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Comisión de Equidad y Género; 2009.
- 14-Fuzul SR, Samuniski F, Lindner M, Grela C. Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer: guía de procedimientos en el primer nivel de atención de salud. Montevideo; Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2006.
- 15-López Angulo L, Apollinaire Pennini JJ, Array Marlen MA. Respuesta de estrés en la mujer maltratada en la relación de pareja: una aproximación a su estudio. Medisur. 2007; 5(1).
- 16-Vásquez PN. Caracterización de la violencia en la mujer. Barrio San Lázaro, Área 3. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas; 1999.
- 17-Alfonso Rodríguez AC. Violencia contra las mujeres: una alerta para profesionales de la Salud. La Habana: Editorial CENESEX; 2007.
- 18-Lorne G. Dominicans recover their memory. The Courier UNESCO. [Seriado en Internet]. 2009; (9): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID%3D46269%26URL_DO%3DDO_PRINTPAGE%26URL_SECTION%3D201.html
- 19-Guardia Gutiérrez, Miriam; Ledea Pérez, Manuel Felipe; Estrada Yero, Rafael. La mujer víctima del maltrato de pareja: casos atendidos por el Centro Provincial de Medicina Legal MULTIMED;12(1), ene.-mar. 2008.
- 20-Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2006
- 21-Guardia Gutiérrez, Miriam; Ledea Pérez, Manuel Felipe; Estrada Yero, Rafael. La mujer víctima del maltrato de pareja: casos atendidos por el Centro Provincial de Medicina Legal MULTIMED;12(1), ene.-mar. 2008.
- 22-Organización Panamericana de la Salud. La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos. Revista Futuros. [Seriado en Internet] 2005; 3 (10): 1-4. Disponible en: http://www.revistafuturos.info/raw_text_Fraw_futuro/Fviol_mujer.doc.
- 23-Bonfim, Elisiane Gomes; Lopes, Marta Julia Marques; Peretto, Marcele. (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. [Esc. Anna Nery Rev. Enferm](#) 14(1):97-104, jan.-mar. 2010.
- 24-Majdalani MP, Alemán M, Fayán R. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. Revista Panamericana de Salud Pública. 2005;17(2):79-83.

- 25-Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2006
- 26-Guido L. Proyecto centroamericano de acción local para prevenir la violencia contra la mujer. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 2015; 118(5):462-7.
- 27-Medina Rivas LY, Torres Gallardo RF. Manifestaciones de la violencia doméstica en mujeres que demandan atención en la clínica consejería de familia, Hospital Gabriela Alvarado, Danlí 2004. Ocotal, Honduras: s.n; 2004.
- 28-Moura Leides BA, Gandolfi Lenora V, Nogales AM. Violencias contra mujeres por pareja íntima en área urbana económicamente vulnerable. Brasilia. [Rev. saúde pública](#) 2009;43(6):944-53.
- 29-Canaval GE, González MC, Humphreys J, De León N. Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Cali, Colombia. [Invest. educ. enferm](#) 2009;27(2):209-217.
- 30-Ramis Andalia RM. La causalidad compleja: ¿un nuevo paradigma causal en Epidemiología? Rev Cubana Salud Pública. [Seriado en Internet]. 2014; 30(3): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu10304.htm

Nivel de conocimiento en profesionales sobre la atención estomatológica a pacientes con VIH. Cienfuegos, 2017.

Autores: Diosky Ferrer Vilches ¹, Ana Belkys Hernández Millán ², Ana Ibis Betancourt García ³.

¹Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral, Máster en Atención de Urgencias en Estomatología, Investigador Agregado, Profesor Auxiliar. Dpto de Estomatología de Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. est5906@ucm.cfq.sld.cu. ² Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral, Máster en Atención de Urgencias en Estomatología, Máster en Educación Médica Superior, Investigador Agregado. Profesor Auxiliar. ³ Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral, Máster en Atención de Urgencias en Estomatología, Profesor Asistente.

RESUMEN

La epidemia del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) se ha convertido en un problema de salud mundial sin precedentes en la historia contemporánea. Existe un grupo importante de enfermedades y lesiones bucales que afectan considerablemente al grupo de pacientes portadores de la infección, así como un gran desconocimiento del profesional de estomatología ante el contacto con este grupo de pacientes durante el tratamiento estomatológico, lo cual demanda medidas de bioseguridad para reducir el riesgo de infección cruzada así como el cumplimiento de aspectos bioéticos a tener en cuenta en la asistencia a dichos pacientes.

Objetivo: determinar el nivel de conocimientos de profesionales sobre bioseguridad y el principio bioético de justicia en el tratamiento a pacientes con virus de inmunodeficiencia humana.

Métodos: estudio descriptivo de corte transversal que incluyó a 100 profesionales que laboraron en clínicas estomatológicas de la provincia Cienfuegos durante enero a diciembre de 2017. Se analizó: profesión, nivel de conocimiento (mecanismos de transmisión de la enfermedad, medidas de control, flujograma de esterilización, medidas ante un accidente de trabajo) y sobre el principio bioético justicia (momento y lugar de tratamiento, instrumental a utilizar, tiempo a dedicar al paciente).

Resultados: se obtuvo como nivel de conocimiento sobre el principio bioético de justicia: el 66.67% de los técnicos medios, el 65.52% de los licenciados y el 64.62 % fueron buenos; solo un porcentaje despreciable obtuvo malo.

Conclusiones: el nivel de conocimientos sobre el principio bioético de justicia y sobre las medidas de bioseguridad para tratar a pacientes que viven con virus de inmunodeficiencia humana fue regular la mayoría de los profesionales encuestados.

Palabras clave: ética médica, VIH/ SIDA, manifestaciones bucales.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) surge por la presencia de un virus (VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana), La epidemia del sida se ha convertido en un problema de salud mundial sin precedentes en la historia contemporánea.¹

El SIDA no es una sola enfermedad, sino la etapa final de la infección por VIH, caracterizada por un conjunto o "síndrome de enfermedades potencialmente fatales". Si bien existen medicamentos para ayudar a las personas con SIDA, todavía no hay una cura.²

En el año 1983 el grupo del Instituto Pasteur de París dirigido por Luc Montagnier descubre como probable agente causal del SIDA un retrovirus LAV (virus asociado a linfadenopatías) por haberse aislado primeramente en un paciente con este síndrome. Meses más tarde el grupo de trabajo dirigido por Robert Gallo del National Cancer Institute de Bethesda, Maryland, Estados Unidos identifica como agente etiológico a un retrovirus denominado HTLV-III (humam-t-leukemia-linphoma-virus III).³

A medida que ha aumentado la transmisión sexual de VIH, la diferencia entre el número de mujeres infectadas se ha hecho menos marcada; actualmente se calcula que la razón de hombres a mujeres con infección por VIH es de 3 a 1. El programa mundial del SIDA estimó que para el año 2000 el número de casos nuevos de infección en las mujeres se aproximó a lo observado en hombres. Una mayor tasa de infección en mujeres se acompaña de un aumento de niños que nacen infectados.⁴

El SIDA es la forma más grave y la etapa final de la infección por VIH, esta enfermedad provoca una grave deficiencia en los mecanismos de defensa del organismo, el VIH ataca a los linfocitos T4 que son una clase de glóbulos blancos que rigen el sistema inmunitario, penetra en esas células donde se replica y a la larga las destruye. La destrucción de estos glóbulos blancos causa una deficiencia en las respuestas inmunitarias de la persona.²

En el año 2003 se produjo el mayor incremento anual de casos de VIH/ SIDA hasta el momento en los más de 20 años de epidemia. Durante los últimos 12 meses, cinco millones de personas han pasado a engrosar la lista de infectados que suman 40 millones en todo el mundo (28 millones en África y 6 en el sudeste de Asia) de las que han fallecido más de 15 millones.

El SIDA es en la actualidad la cuarta causa de mortalidad en todo el planeta y la primera en África subsahariana. En Europa occidental viven en la actualidad alrededor de 560.000 personas con el VIH/SIDA (tan solo el 1,4 % del total de casos del mundo). En España según datos oficiales del Ministerio de Sanidad del año 2002 existen unos 150.000 portadores del VIH, de los que un 25% desconocen que son seropositivos ya que no acuden al médico a realizarse las pruebas por miedo a la penalización social y la discriminación. Esto ha provocado que en el año 2002 en nuestro país el 37,7% de los nuevos casos de sida se hayan identificado tardíamente.⁵

En América Latina en el año 2014, 1,7 millones (entre 1,4 y 2 millones) de personas vivían con el VIH y aunque entre el 2000 y el 2014 hubo una disminución del 13 % se estima que se produjeron 87 mil (70 000- 100 000) nuevas infecciones y murieron 41 mil (31 000- 71 000) personas a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.⁶

Es necesario hacer notar que la relación hombre/mujer difiere considerablemente con el patrón observado en otros espacios geográficos, ya

que aun cuando a nivel mundial la proporción de mujeres viviendo con VIH/SIDA se ha mantenido alrededor de 50 por ciento, en algunas regiones la proporción de mujeres en esta condición supera a la de los hombres, como en el caso del África Subsahariana y el Caribe, donde 59 y 53 por ciento de la población que vive con VIH son mujeres.⁷

Cuba se encuentra entre las 18 naciones de más baja prevalencia de la infección en el mundo. Cuba mantiene una tasa de prevalencia del 0,1, la más baja del Caribe. La epidemia se ha caracterizado por un aumento lento pero sostenido de la incidencia en el último quinquenio.

Según reflejan las estadísticas, desde el año 1986 al término del 2010, se reportaban 10090 personas viviendo con VIH, 2921 casos con SIDA y 2127 fallecidos, de ellos 1974 por el propio síndrome. La mortalidad por SIDA continúa teniendo una tendencia ascendente con un incremento del 18% en el 2010 a nivel nacional. Ese año la tasa para ambos sexos fue 1.8 por 100 000 habitantes, encontrándose entre las primeras 25 causas de muerte en Cuba.⁸

Se observa un predominio del sexo masculino. El grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es el más afectado, con el 72 por ciento de todos los casos diagnosticados. Cuba ha logrado contener la propagación del VIH en la población y se mantienen eliminadas, como problema de salud, la transmisión por sangre, sus derivados y la vertical. La forma de infección de más del 99% de los casos diagnosticados corresponde a la transmisión sexual.⁹

En la provincia de Cienfuegos durante el último quinquenio se observó un incremento en la incidencia de casos con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana/sida. Según datos del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, también en la provincia se ha observado un incremento de la incidencia en el último quinquenio. Al finalizar el año 2010 se reportaban 270 personas viviendo con VIH, de ellos 58 detectados en el último año, 17 casos más que en el año 2009 con un incremento de las tasas de incidencia por 100 000 habitantes.^{10, 11}

El VIH debilita el sistema inmunitario, haciéndolo vulnerable a una variedad de enfermedades. Las enfermedades bucales son particularmente comunes. En realidad, según los Institutos Nacionales de Salud, más de un tercio de las personas VIH positivas sufren problemas de salud bucal que son resultado directo de su afección. Los problemas dentales como encías sangrantes, lesiones por herpes bucales e infecciones micóticas se encuentran entre los primeros signos del SIDA.¹²

El riesgo de contraer o diseminar la infección por el VIH a través del tratamiento estomatológico es muy bajo. La negativa de tratamiento dental u otras afecciones bucales para los portadores conocidos de la infección por el VIH solo alienta a los pacientes a buscar cuidado en otros lugares, apropiados o no, y a mentir acerca de su historial médico. Todos los pacientes, si son portadores de la infección por el VIH, asintomáticos o sintomáticos, deben tener acceso al tratamiento estomatológico. La única forma en la que puede transmitirse el VIH durante el tratamiento estomatológico es el contacto con la sangre de una persona portadora del virus, por lo cual todos los profesionales siguen rutinariamente normas de higiene y control de la infección para evitar la transmisión: limpieza y esterilización de los instrumentos y superficies después del tratamiento, uso de artículos desechables como guantes y agujas, además de otras barreras de protección.

El desarrollo de la práctica estomatológica está regulado por métodos, técnicas y procedimientos de bioseguridad que tienden a optimizar el tratamiento de los pacientes en los consultorios. Esto implica mejorar la calidad en la atención clínica en beneficio del paciente y del profesional.

Para muchos investigadores la bioseguridad se considera una doctrina de comportamiento, que está dirigida al logro de actitudes y conductas con el objetivo de minimizar el riesgo de enfermar de quienes trabajan en la prestación de servicios de salud, por las infecciones propias a las que se está expuesto durante este ejercicio.

La bioética, como toda disciplina del quehacer humano, se fundamenta en el bien y hacia él tiende constantemente, por lo tanto para comprenderla, es necesario analizar esa fuente de la cual se alimenta a través de sus cuatro raíces principales, denominadas: principios de beneficencia, de no maleficencia, de autonomía y de justicia.

Entre los conflictos éticos relacionados con el sida, podemos señalar la discriminación, los problemas relacionados con el secreto profesional, la calidad y el carácter sagrado de la vida, el aborto y la anticoncepción, los problemas relativos al nacimiento y la muerte, el ensañamiento terapéutico, la reproducción humana y las investigaciones biomédicas. No podemos presentar el sida como una consecuencia lógica de formas de apareamiento, elección sexual y obtención de placer diferentes al modelo de vida y familia que se promueve socialmente, basado en parámetros ya establecidos, o como el castigo de una "mala conducta".

El principio bioético de justicia expresa y sintetiza las instancias éticas que en el acto médico hace valer un tercer sujeto y actor, como es la sociedad, en la que el paciente y el médico se encuentran insertos.

Este principio debe regular el comportamiento de los profesionales de estomatología al tratar a la población en general, donde se incluyen pacientes seropositivos asintomáticos, identificados o no y pacientes con manifestaciones del sida. Además representa consideración igual para todos, imparcialidad, veracidad y honradez, rasgos esenciales que no pueden faltar en ningún profesional de la salud.

El rechazo de la atención sanitaria o su negación por parte de los profesionales de la salud multiplica el sufrimiento de dichas personas y, lo que es peor, deteriora su estado de salud.

Actuamos con justicia cuando priorizamos la atención de un seropositivo en una institución de salud o la atención dentro de ellos al más necesitado, cuando jerarquizamos las acciones de salud, y cuando recordamos que el paciente con VIH/sida, ante todo, es una persona que no debe ser discriminada por poseer esta condición.

Aunque aún se confrontan dificultades, la relación estomatólogos-pacientes se debe establecer sobre la base del respeto, fraternidad, alta calidad científica y humana, para lograr la excelencia en la atención estomatológica, lo cual engrandece y preconiza una relación profesional-paciente cada vez más sólida.

13

Por tales razones, la presente investigación tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos de profesionales sobre bioseguridad y el principio bioético de justicia en el tratamiento a pacientes con virus de inmunodeficiencia humana.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal que incluyó a 100 profesionales (estomatólogos, licenciados en atención estomatológica y técnicos medios) que laboraron en clínicas estomatológicas de la provincia Cienfuegos durante enero a diciembre de 2017

La recolección de la información pertinente se realizó a través de dos encuestas, para lo cual se diseñaron sendos cuestionarios estructurados. Se registraron las informaciones aportadas por los estomatólogos en relación con el principio bioético de justicia y las medidas de bioseguridad frente al tratamiento a pacientes con virus de inmunodeficiencia humana.

Dichos cuestionarios fueron avalados y orientados por un grupo de expertos, las respuestas fueron estandarizadas a las preguntas asignándole puntajes evaluativos que facilitaron su procesamiento y evaluación. Se conceptualizaron y operacionalizaron las siguientes variables: profesión, nivel de conocimiento (mecanismos de transmisión de la enfermedad, medidas de control, flujograma de esterilización, medidas ante un accidente de trabajo) y sobre el principio bioético justicia (momento y lugar de tratamiento, instrumental a utilizar, tiempo a dedicar al paciente)

Nivel de conocimientos sobre el principio bioético de justicia. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: momento de tratamiento, lugar de tratamiento, instrumental a utilizar, tiempo a dedicar al paciente. Para el análisis de esta variable se consideró:

1. Bueno: cuando todas las respuestas al cuestionario aplicado fueran correctas según la clave.
2. Regular: cuando, de las cuatro respuestas, al menos una de ellas fuera incorrecta.
3. Malo: cuando, de las cuatro respuestas, dos o más fueran incorrectas.

Nivel de conocimientos sobre bioseguridad. Los aspectos a evaluar fueron: mecanismos de transmisión de la enfermedad, medidas de control, flujograma de esterilización, medidas ante un accidente de trabajo. El análisis de la variable se realizó de la misma forma que la anterior.

Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis porcentual. Los datos recolectados fueron introducidos en una base de datos y procesados mediante el paquete de SPSS versión 11,0. Los resultados se presentan en tablas mediante números absolutos y porcentaje.

RESULTADOS

Tabla 1 Distribución de los profesionales según edad.

Profesión					
Estomatólogos n=65		Licenciados n=29		Técnicos medios n=6	
No.	%	No.	%	No.	%
18	27.69	6	20.69	2	33.34
43	66.15	23	79.31	3	50
4	6.15	-	-	1	16.67
65	65	29	29	6	6

En relación con la profesión de acuerdo a los profesionales encuestados se determinó que el 65 % son estomatólogos, el 33.34% son técnicos medios y el 20.69% son licenciados.

Tabla 2 Nivel de conocimiento sobre el principio bioético de justicia en relación con el momento de tratamiento.

Frente a un paciente con VIH/SIDA.	Profesión					
	Estomatólogos n=65		Licenciados n=29		Técnicos medios n=6	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lo trata como un paciente más.	37	56.93	21	72.42	5	83.33
Lo trata al finalizar la consulta.	23	35.38	5	17.24	1	16.67
Lo cita para horario extra.	5	7.69	3	10.34	-	-

En relación con el momento de tratamiento, el 83.3 % de los técnicos medios, el 72.42% de los licenciados y el 56.93% de los estomatólogos señalaron que tratarían a todo paciente con esta enfermedad como uno más.

Tabla 3 Nivel de conocimiento sobre el principio bioético de justicia en relación con el lugar de tratamiento.

En relación con estos pacientes considera que	Profesión					
	Estomatólogos n=65		Licenciados n=29		Técnicos medios n=6	
	No.	%	No.	%	No.	%
No debe ser tratado en consulta estomatológica.	-	-	-	-	-	-
No tiene problemas en tratarlo en consulta estomatológica.	53	81.54	21	72.41	6	100
Debe ser tratado en consultas especializadas para ellos.	12	18.46	8	27.59	-	-

En relación con el lugar de tratamiento, el 81.54 % de los estomatólogos refirió que atendería al paciente con VIH/sida en el consultorio, seguido por 72.71% de los licenciados, solo un porcentaje despreciable refirió la necesidad de equipar para ellos una consulta aparte.

Tabla 4 Nivel de conocimiento sobre el principio bioético de justicia en relación con el instrumental a utilizar.

Al tratar a este tipo de paciente	Profesión					
	Estomatólogos n=65		Licenciados n=29		Técnicos medios n=6	
	No.	%	No.	%	No.	%
Utilizan el instrumental separado y rotulado específico.	8	12.31	6	20.69	1	16.67
Usan el instrumental destinado a la población	57	87.69	23	79.31	5	83.33

en general.						
--------------------	--	--	--	--	--	--

En relación con el instrumental a utilizar, el 87.69 % de los estomatólogos, el 83.33% de los técnicos medios y el 79.31% de los licenciados refirieron que usan el instrumental destinado a la población en general; solo un porcentaje despreciable refirió que poseen un juego de instrumentos separados y rotulados específicos para estos pacientes.

Tabla 5 Nivel de conocimiento sobre el principio bioético de justicia en relación con el tiempo dedicado.

Al tratar a este tipo de paciente	Profesión					
	Estomatólogos n=65		Licenciados n=29		Técnicos medios n=6	
	No.	%	No.	%	No.	%
Le dedicaría el tiempo necesario para una buena atención.	51	78.46	22	75.86	3	50
Le dedicaría el menor tiempo posible para evitar exponer a otras personas.	14	21.54	7	24.14	3	50

Referente al tiempo que le dedicarían a la atención de dichas personas, el 78.46% % de los estomatólogos, el 75.86% de los licenciados y el 50% de los técnicos medios refirieron que dedican el tiempo necesario para tratar adecuadamente a este tipo de pacientes.

Tabla 6 Nivel de conocimiento sobre el principio bioético de justicia.

Nivel de conocimientos	Profesión					
	Estomatólogos n=65		Licenciados n=29		Técnicos medios n=6	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	20	30.77	9	31.03	-	-
Regular	38	58.46	12	41.38	6	100
Mal	7	10.77	8	37.59	-	-

Al evaluar de forma integral los aspectos vinculados con el principio bioético de justicia, teniendo en cuenta los criterios anteriormente mencionados en las tablas precedentes, resulto que el 100% de los técnicos medios, el 58.46% de los estomatólogos y el 41.38% de los licenciados poseen regulares conocimientos sobre el principio bioético de justicia.

Tabla 7 Nivel de conocimiento sobre bioseguridad.

Nivel de conocimientos	Profesión					
	Estomatólogos n=65		Licenciados n=29		Técnicos medios n=6	
	No.	%	No.	%	No.	%
Medidas y métodos de control.	47	72.31	21	72.41	3	50
Flujograma de	65	100	29	100	6	100

esterilización.						
Medidas ante un accidente de trabajo.	35	53.84	16	55.17	2	33.33

Al analizar los criterios acerca de bioseguridad se comprobó que el 72.41% de los licenciados, el 72.31% de los estomatólogos y el 50% de los técnicos medios conocían de las medidas y métodos de control; el 100 % de los profesionales sabían el protocolo que se sigue para la desinfección y esterilización de los medios. El 55.17% de los licenciados, el 53.84% de los estomatólogos y el 33.33% de los técnicos medios conocían los pasos a seguir frente a un accidente de trabajo.

Tabla 8 Nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad.

Nivel de conocimientos	Profesión					
	Estomatólogos n=65		Licenciados n=29		Técnicos medios n=6	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	42	64.62	19	65.52	4	66.67
Regular	21	32.30	7	24.14	2	33.33
Mal	2	3.08	3	10.34	-	-

Teniendo en cuenta las respuestas dadas sobre bioseguridad, el nivel de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad mostró que el 66.67% de los técnicos medios, el 65.52% de los licenciados y el 64.62 % fueron buenos; solo un porcentaje despreciable obtuvo malo.

DISCUSIÓN

La mayoría de los profesionales encuestados fueron estomatólogos, seguidos por las licenciadas y por último los técnicos medios.

Estos resultados coinciden con Neidle¹⁴ que plantea que al tratar a pacientes con esta dolencia fuera del horario normal de consulta se incurre en una acción antiética porque refleja el temor y la inseguridad del profesional que a su vez es transmitida a otros pacientes, además de carecer de bases científicas para hacerlo, puesto que las condiciones en consulta deben ser creadas para satisfacer por igual a todos los pacientes.

El estudio coinciden con Betancourt¹³ donde plantea que cada paciente, cualquiera que sea su enfermedad, ha de ser tratado con los medios disponibles en cada momento histórico y en cada lugar concreto; habría que recordar también que los códigos de ética de la profesión médica impiden a los profesionales de la salud rechazar a un determinado paciente, discriminado por razones sociales, raciales, ideológicas o de otra índole.

Es contrario a Betancourt¹³. Se considera por parte del autor que lo adecuado sería considerar a todos los pacientes por igual, como de alto riesgo y aplicar las medidas de seguridad, pues el fenotipo no declara la presencia de una enfermedad transmisible.

Se asemejan con Betancourt¹³. Se considera por parte del autor que es fundamental que en la atención estomatológica integral a estos pacientes se cumplan a cabalidad los principios de la ética médica sin discriminarlos por poseer esta condición.

Similares resultados obtuvo Betancourt ¹³. El autor considera que aún existen prejuicios que demuestran la carencia de conocimientos, por lo cual es necesario trabajar en el perfeccionamiento del desempeño profesional para mejorar de manera continua la calidad de la atención a los pacientes que viven con VIH/SIDA.

Difieren de Betancourt ¹³. El autor considera que aunque se ha ganado en la adquisición de saberes en la materia, no se concibe profesionales que no tengan claras todas las medidas de control para evitar la propagación de enfermedades infectocontagiosas y solo se limiten a enumerar el uso de guantes, lentes, bata sanitaria y nasobuco.

El estudio coincide con Betancourt ¹³. El autor opina que se debe seguir prestando atención a medidas y medios de protección, a la esterilización del instrumental, al manejo de los desechos contaminados, de los instrumentos críticos y semicríticos, la desinfección de instrumentos de corte (turbina, micromotores, ultrasonidos), entre otros. Además de instruir a los profesionales con talleres científico-técnico que propicien elevar el nivel de conocimiento de la temática y la calidad de la atención estomatológica a estos pacientes.

CONCLUSIONES

Se pudo concluir que a pesar de que los profesionales poseen un buen nivel de conocimiento de la salud sobre la temática, se hace necesario crear cursos de postgrados encaminados a profundizar aspectos científico-técnicos de este tema. Aceptar al individuo aquejado de VIH/SIDA como alguien responsable y libre de sus actos, es respetar la libertad de la persona, así como salvaguardar su inviolable condición humana; por lo que es necesario utilizar todos los medios para desarrollar en los miembros del equipo de salud y en sus usuarios la conciencia plena de que el humanismo, la espiritualidad y los comportamientos éticos en las relaciones profesionales, exigen una interacción humana recíprocamente respetuosa, afable, de empatía y cortés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe de ONUSIDA para el día Mundial del SIDA 2013. Organización Mundial de la Salud; 2013. [citado 5 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2216>
2. Medline Plus [Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; 2013. DATOS-Cifras del VIH/SIDA alrededor del mundo. [Citado 20 noviembre 2015]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_105940.html
3. Hurtado de Mendoza AJ. El mundo ha alcanzado su sexto Objetivo del Milenio en 2015, detener y reducir la propagación del sida. La Habana: Infomed, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 1999 - 2015. [Actualizado 16 julio 2015; citado 22 junio 2015]. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/scap/2015/07/16/>
4. Ministerio de salud de Chile. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Informe Nacional: Evolución de la Infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012. Rev. Chil. Infectol. 2015; 32, (1): 7-33.
5. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud NIH. VIH/SIDA. [Internet]. Estados Unidos de América: MedlinePlus,

- 2014 [Citado 3 de julio de 2014] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>
6. Boletín de Prensa Latina. Cada día miles de jóvenes se infectan con VIH. [Internet]. 2013 [citado 23 Ene 2014]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2013/09/18/>
 7. Zapata GR, González F JE, Rangel G MG. Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes. Pap. poblac [Internet]. Ene.-Mar. 2014 [citado 18 Nov 2014]; 20(79):[aprox.12p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S140574252014000100003&script=sci_arttext
 8. Miranda G, Fariñas R. Comportamiento de la epidemia de VIH en Cuba. Rev. Médica. Electrónica [Internet]. Enero.-febrero 2013 [citado Agosto 2015];34(1):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242012000100002&script=sci_arttext
 9. Toro AJ. Vulnerabilidad de hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a la epidemia del VIH/SIDA en América Latina: La otra historia de la masculinidad. Ciudadanía sexual. Boletín [Internet]. 2010 [citado 21 Enero 2013]; 36(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1/La%20otra%20historia%20de%20la%20masculinidad.pdf>.
 10. León SB, León SC, López OT, González SJ, Soroa IC. Epidemia de virus de inmunodeficiencia humana/sida. Cienfuegos, 1986- 2011. Medisur [revista en Internet]. 2012 [cited 3 Ene 2013] ;10 (6): [aprox. 11p]. Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2226/1033>
 11. CPHE. Estadísticas del Programa de ITS-VIH/Sida. Cienfuegos: Centro Provincial de Higiene y Epidemiología; 2013.
 12. Garibay R LRA, Cisneros ZL Manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH/SIDA. Odontol Sanmarquina. 2007; 10(1): 39-40.
 13. Betancourt García A, Nodal García C, García Rodríguez J, Ferrer Vilches D, Álvarez Heredia E. Ética y bioseguridad en la atención estomatológica al paciente con virus de inmunodeficiencia humana. Medisur [revista en Internet]. 2013. [citado 2016 Febrero 1]; 11(1):[aprox. 9p]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2303>
 14. Neidle EA. Infectious disease in dental practice-professional opportunities and obligations. J Am Coll Dent. 1994; 61 (1): 12-7.

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS BRISAS. MATAQUESCUINTLA. JALAPA.

TÍTULO: NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS BRISAS. MATAQUESCUINTLA. JALAPA.

Autor:

M.Sc. Lic. Yamirka González Puerto. yamirkagp@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba.

Coautor:

Lic. Milagros López Frank, mlopezfrank12@nauta.cu, Dirección Provincial de Salud, Cuba.

M.Sc. Lic. Jayce Díaz Díaz, jaycedd@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Especialista en Medicina Familiar.

M.Sc. Zenia Tamara Sánchez García, zeniazg@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba.

Lic. Esther Hernández Pérez, metdircit3003@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba.

Resumen

La satisfacción implica una experiencia racional o cognoscitiva, definida en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio. Depende de muchos factores como las experiencias previas, las expectativas e información recibida de otros usuarios y de la propia organización de Salud. Esto hace que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en circunstancias diferentes. En el trabajo estudio transversal y longitudinal en la aldea Las Brisas perteneciente al municipio Mataquescuintla, Departamento de Jalapa, Guatemala, en el período comprendido entre enero-agosto de 2016. A partir de la naturaleza del problema científico y el carácter de la investigación, la unidad de análisis estuvo centrada en las embarazadas censadas durante el periodo anteriormente expuesto. La población quedó constituida por 18 embarazadas censadas. Los datos se recogieron y procesaron utilizando una base de datos Excel. El 88.8 % reconoció que el personal cubano que labora en su aldea es muy buen profesional y se encuentra satisfecho con la atención que recibieron en el puesto de salud. Se debe destacar que ninguno mostró que era mal profesional.

Palabras Clave: nivel de satisfacción, Enfermería, embarazadas, puesto de salud

Introducción

Con el desarrollo de la humanidad, y en particular con los avances en el terreno de la medicina, es necesario hacer un llamado para humanizar la asistencia en salud y ofrecer servicios de mayor calidad. La calidad en la atención médica debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida. La satisfacción implica una experiencia racional o cognoscitiva, definida en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio. Depende de muchos factores

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS BRISAS. MATAQUESCUINTLA. JALAPA.

como las experiencias previas, las expectativas e información recibida de otros usuarios y de la propia organización de Salud. Esto hace que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en circunstancias diferentes. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los pacientes tienen derecho y responsabilidades al recibir atención médica en unidades hospitalarias. La utilidad de la satisfacción, como indicador de la percepción que los pacientes tienen de los servicios de Salud, radica en su carácter personal y subjetivo. Es uno de los principales indicadores de la calidad del servicio, aunque es difícil de medir. La Satisfacción del Usuario es de fundamental importancia como medida de la calidad de la atención, por que proporciona información sobre el éxito del prestador en alcanzar los valores y expectativas del paciente, que son asuntos sobre los que éste es la autoridad última.⁽¹⁾ La satisfacción implica una experiencia racional o cognoscitiva, definida en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio. Depende de muchos factores como las experiencias previas, las expectativas e información recibida de otros usuarios y de la propia organización de Salud. Esto hace que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en circunstancias diferentes.

Para muchos autores, la satisfacción es un juicio transitorio del encuentro específico de servicio, lo que otros relacionan con las expectativas de los clientes y la importancia de conocerlas por los prestatarios del servicio, para alinear sus actividades con las necesidades y expectativas del cliente.^(2,3)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los pacientes tienen derecho y responsabilidades al recibir atención médica en unidades hospitalarias. La utilidad de la satisfacción, como indicador de la percepción que los pacientes tienen de los servicios de Salud, radica en su carácter personal y subjetivo. Es uno de los principales indicadores de la calidad del servicio, aunque es difícil de medir. La Satisfacción del Usuario es de fundamental importancia como medida de la calidad de la atención, por que proporciona información sobre el éxito del prestador en alcanzar los valores y expectativas del paciente, que son asuntos sobre los que éste es la autoridad última.

Anivel global; se conoce que el estudio más antiguo data de 1950 y mide calidad asistencial tomando el punto de vista del cliente, el cual fue realizado por Rose Lanb Coser en el hospital MontHermon. A la misma conclusión llegan los estudios realizados por Cartwrith en Inglaterra en 1964; Por Friedman en 1966 en una encuesta nacional en Estados Unidos, por Fisher en un hospital de Oklahoma en 1961 y por Rober Word Jonson en 1978. El Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, en los servicios de Atención Primaria prestados por el Servicio Andaluz de Salud (España) en el año 2005, se llevó a cabo un estudio para conocer cómo puede variar la satisfacción global de los usuarios del servicio sanitario público Andaluz en función de su satisfacción con aspectos concretos del mismo.³

La satisfacción con los aspectos organizativos del servicio es la dimensión con

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS BRISAS. MATAQUESCUINTLA. JALAPA.

más capacidad para explicar un aumento o descenso de la satisfacción global de los usuarios. Se concluyó que, tras alcanzar un nivel de satisfacción alto con el acto médico, el ámbito que determina la satisfacción global en Atención Primaria es el organizativo, que contiene los aspectos con mayores niveles de insatisfacción. "Enfermería clínica", revista Medisur entre otras.

El estado de salud de la población se puede definir como la categoría de salud pública que se expresa sistemáticamente para un momento histórico concreto, el nivel alcanzado en la relación del hombre con la naturaleza y entre los propios hombres respecto a la salud en el plano biofísico, psicológico y social. La relación enfermera-paciente es un aspecto muy importante pues una relación basada en la confianza constituye un requisito necesario para la buena marcha del proceso terapéutico. Una comunicación efectiva propicia obtener una información adecuada y generar en el enfermo un sentimiento de seguridad que lo haga receptivo a la sugerencia y recomendaciones de la enfermera, son aspectos que inciden positivamente en la evolución de la enfermedad.⁵ La satisfacción es en sí un bien de la atención y figura en el balance de beneficios y daños, que es el núcleo fundamental de la definición de la calidad.⁶ Por otra parte, la medición de la satisfacción es un valioso instrumento para la investigación en materia de salud, para su gerencia y planificación, ya que ofrece información de los éxitos y fracasos de todo el sistema de salud o de instituciones o individuos en particular; además, al ser experimentada por la población, refuerza la confianza que esta siente hacia el sistema e incrementa el grado de cooperación y participación activa que en las acciones de salud puede obtenerse en una comunidad.⁽⁶⁾

En encuesta realizada sobre satisfacción a los usuarios en los servicios de hospitalización y emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido de Julio- Agosto 2014 se encontró que el 82% de encuestados manifestaron satisfacción con la atención brindada por seguridad, 85% por admisión, 88% por médico y 90% por enfermería.

Un estudio realizado en la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú; evaluó la Satisfacción de usuarios en Centros de Salud y Hospitales del MINSA. Donde se analizó la relación entre Satisfacción del usuario y nivel socioeconómico; y se identificaron los factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Lo que concluyeron que los usuarios de los establecimientos mostraron características diferenciadas. La Satisfacción del Usuario fue 68,1% y 62,1% para los Centros de Salud y Hospitales, respectivamente. Los usuarios de menor Nivel socioeconómico presentaron mayor satisfacción. La edad, educación, distancia al establecimiento y el tiempo de espera presentan asociaciones con la Satisfacción del Usuario. Existen factores sociodemográficos, económicos y de accesibilidad para la atención, que muestran relación con la satisfacción del usuario.^(4,5)

En la bibliografía médica abundan estudios sobre la satisfacción de los pacientes con las condiciones de hospitalización encaminados a identificar posibles aéreas de mejoría en los servicios de salud fundamentalmente respecto al confort de los ingresados en las diferentes salas de estas instituciones.

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS BRISAS. MATAQUESCUINTLA. JALAPA.

Sobre esa base, en los últimos 15 años se ha incrementado el interés por conocer las opiniones de los pacientes acerca de la efectividad y eficacia del tratamiento recibido y su resultado, toda vez que en el nuevo enfoque de las investigaciones, tanto clínicas como quirúrgicas o de ambos tipos, han venido abordándose con frecuencia progresiva esos importantes aspectos, entre otros.

En Cuba, la salud se considera uno de los bienes más preciados que tiene el hombre. Su Sistema de Salud está inmerso en un proceso de permanente adecuación de los servicios de salud, teniendo en cuenta los problemas, demandas y necesidades de salud de la población cubana.

En la región (Guatemala) se realizó una encuesta de Satisfacción de las Usuaris del servicio de obstetricia en relación con la atención de Enfermería, donde se obtuvo que la percepción sobre la satisfacción fue "buena".

En relación al usuario dentro del ámbito hospitalario, se concluyó que la satisfacción en los cuidados de Enfermería corresponde a una alta satisfacción de los pacientes. Este trabajo tiene como objetivo Determinar el nivel de satisfacción de las embarazadas atendidas en el puesto de salud de Las Brisas. Mataquescuintla.

Desarrollo:

Se realizó un estudio transversal y longitudinal en la aldea Las Brisas perteneciente al municipio Mataquescuintla, Departamento de Jalapa, Guatemala en el período comprendido entre enero-agosto de 2016. La población quedó constituida por 18 embarazadas censadas. La muestra se corresponde con el universo.

Teniendo en cuenta la edad predominó el grupo etareo entre 35-40, representando el 28% de las encuestadas, seguidas de las 20-24 y 25-29 respectivamente con el 22%.(Tabla 1)

Tabla No.1

Distribución de la edad en las embarazadas del puesto de salud Las Brisas.

Edad	Nº	%
15 a 19	3	16,6
20 a 24	4	22,2
25 a 29	4	22,2
30 a 34	1	5,5
35 a 39	5	27,7
40 y +	1	5,5
Total	18	100

Fuente: Encuesta

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS BRISAS. MATAQUESCUINTLA. JALAPA.

En cuanto al grado de escolaridad se muestra que el 94.4% de las embarazadas encuestadas tienen un nivel de escolaridad muy bajo, predominando la primaria. (Tabla 2)

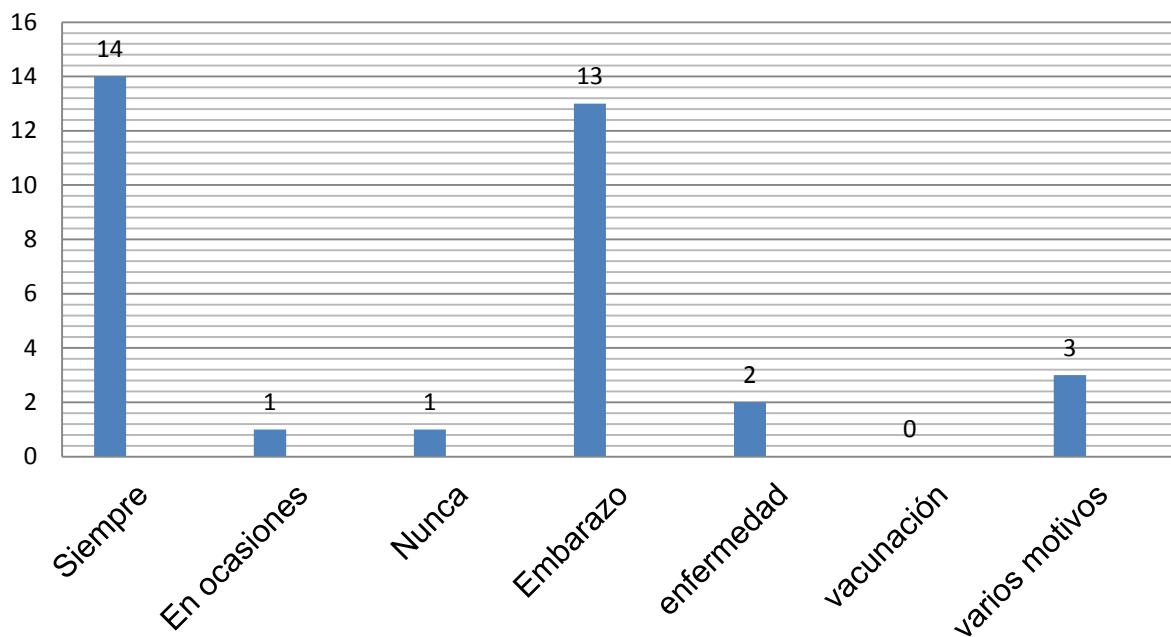
Tabla 2 Grado de escolaridad de las embarazadas. Puesto de Salud: Las Brisas.2016

Escolaridad	Total	%
Primaria	17	94.4
Universitaria	1	5.5
Total	18	100

Fuente: Encuesta

Se evidencia que en la aldea Las Brisas la necesidad de la atención de las licenciadas cubanas es vital, de 18 encuestadas 14 de ellas siempre acuden al puesto de salud, representando el 77,7% y no solo acuden por un embarazo sino por enfermedades u otros motivos. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Frecuencia y motivos para utilizar los servicios del Puesto de Salud. Las Brisas . 2016

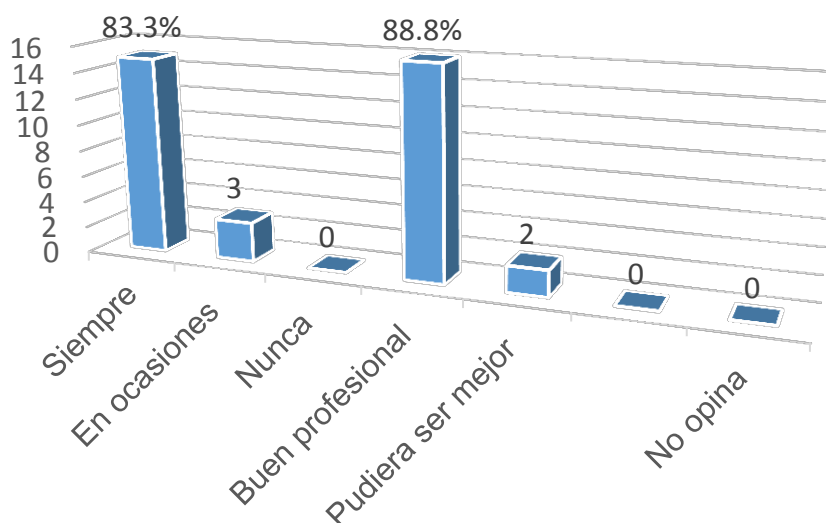


Fuente: Encuesta

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS BRISAS. MATAQUESCUINTLA. JALAPA.

Se muestra que el 83,3 % de los pacientes confirmo la presencia de la licenciada en Enfermería de la brigada médica cubana en el puesto de salud. El 88.8 % reconoció que el personal cubano que labora en su aldea es muy buen profesional y se encuentra satisfecho con la atención que recibieron en el puesto de salud. Se debe destacar que ninguno mostró que era mal profesional. (Gráfico 4)

Gráfico 4 Permanencia en el Puesto de Salud y opinión de la Licenciada en Enfermería. Las Brisas. 2016

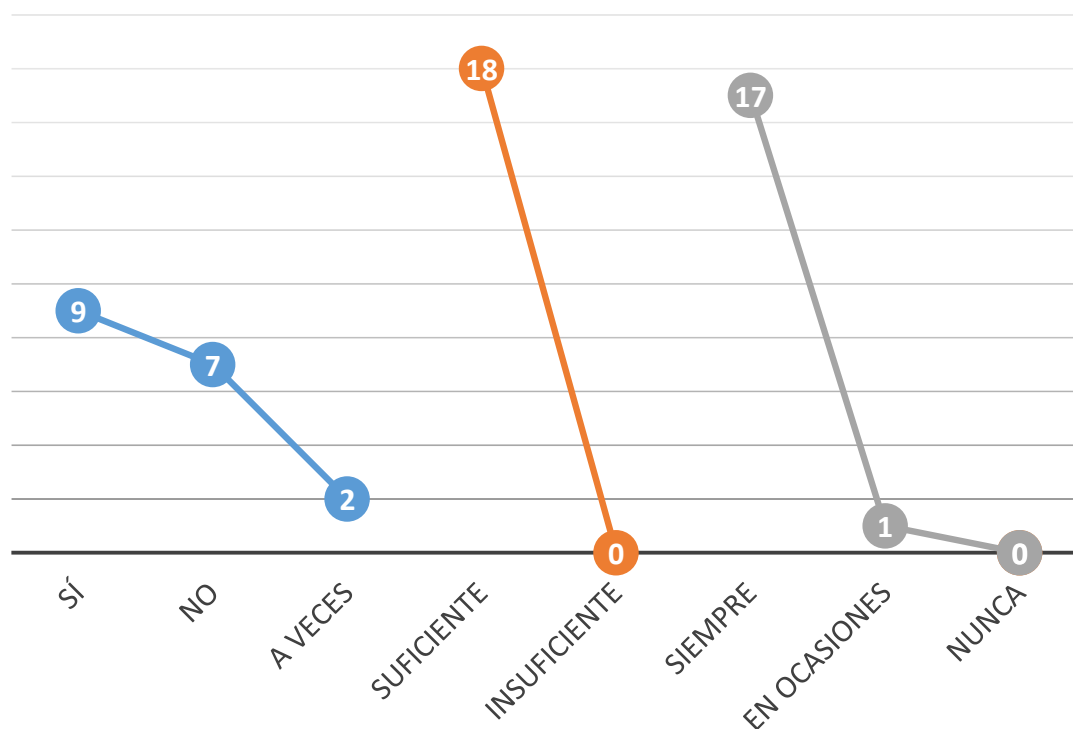


Fuente: Encuesta

En un análisis detallado de la atención médica a las embarazadas anteriormente y el recibido por la licenciada cubana así como el trato hacia las mismas (Gráfico 5) en el puesto de salud se constató que solamente 9 de ellas había recibido atención médica en embarazos anteriores representando el 50% de las embarazadas estudiadas, no comportándose de igual forma con la llegada de la licenciada cubana en esta aldea que el 100 % de las ellas fue atendida considerando el trato de suficiente y 17 de ellas refirieron siempre ser atendidas por la licenciada en enfermería cubana, excepto una que se captó de forma tardía por migrar hacia la aldea y a pesar de ello de le realizaron todos sus controles del embarazo en el puesto de salud.

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS BRISAS. MATAQUESCUINTLA. JALAPA.

Gráfico 5 Atención a embarazos anteriores, atención actual y trato recibido por las Licenciadas Cubanas. Las Brisas. 2016



Fuente: Encuesta

Los resultados (Tabla 6) muestran que el 66.6 % de las embarazadas y su familias han cambiado sus modos y estilos de vida, para mejorar su salud, por las acciones de prevención y promoción para la salud realizadas por la licenciada en Enfermería de la Brigada médica Cubana en la aldea Las Brisas.

Tabla 7 Cambios de modos y estilos de vida para mejorar su salud. Puesto de Salud. Las Brisas.2016

Cambios en su vida con respecto a la salud	Total	%
Si	12	66.6
No	6	33.3
Total	18	100

Fuente: Encuesta

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS BRISAS. MATAQUESCUINTLA. JALAPA.

Conclusiones.

Existe un alto nivel de satisfacción en las embarazadas con la atención recibida por el personal médico en especial las Licenciadas en Enfermería de la brigada médica cubana en Guatemala , evidenciándose el carácter internacionalista , humanista y la preparación de nuestros profesionales de la salud.

Referencias bibliográficas

1. Bos A ,Hoogstraten J , Prah-Andersen B . Attitudes towards orthodontic treatment. A comparison of treated and untreated subjects. Eur J Orthod. 2005 Apr;27(2):148-54. [Internet]. [citado: Ene 2013]. Available from:<http://ejo.oxfordjournals.org/content/27/2/148.long>
2. Al-ZareaBK . Satisfaction with appearance and the desired treatment to improve aesthetics. Int J Dent. [Internet]. 2013 [citado: Feb 2014]; 2013:912368.Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3590633/>
3. Keles F, Bos A. Satisfaction with orthodontic treatment. Angle Orthod [Internet]. 2013 May [citado: Feb 2014]; 83(3):507-11. Availablefrom: <http://www.angle.org/doi/full/10.2319/092112-754.1>
4. Hincapié RA, Carvajal AF, Sánchez LA, Arias O. Satisfacción de los usuarios frente a la calidad de la atención en el Programa de Odontología Integral del Adolescente y Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. RevFacOdontUnivAnt [Internet]. 2004 [citado: Ene 2013];15(2): 5-11. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/viewFile/3238/2999>
5. Hamui LS, Ruth Fuentes RG, Aguirre RH, Ramírez OF R .Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. 2014
6. Peña Ávila I, Pereda Pileta M, Pérez Gonzales DE, Merino Aguilera I. Nivel de satisfacción de la población de un consultorio médico de familia con los servicios de enfermería. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Abr 24];32(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1162>
7. Díaz FJ, Yáñez CY. Nivel de satisfacción multidimensional en pacientes atendidos en un servicio de cirugía maxilofacial. Revista Cubana MEDISAN 2017; 21(2):179 [revista en Internet] 2017[citado 2018 Abr 24] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds172g.pdf>

PERCEPCIÓN DE LA ESTÉTICA FACIAL EN LA POBLACIÓN QUE ACUDE A LOS SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS. ÁREA I. CIENFUEGOS

Beatriz María Borrell Fuster, ⁽¹⁾ Víctor René Navarro Machado, ⁽²⁾ Ana Belkys Hernández Millán, ⁽³⁾ Emma Gil Ojeda, ⁽⁴⁾ Beatriz María Fuster Cabrera, ⁽⁵⁾

¹Estudiante de quinto año de Estomatología. Alumno Ayudante de Estomatología General Integral. ²Doctor en Ciencias de la Salud. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. ³Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. MSc. en Urgencias Estomatológicas. Msc. en Educación Médica. Investigadora Agregada. Profesora Asistente. ⁴Especialista en II Grado en Estomatología General Integral. Especialista en Administración de Salud. Profesora Auxiliar. ⁵Licenciada en Gestión de la Información. MSc. en Educación Médica. Profesora Asistente.

Correspondencia:

Est. Beatriz María Borrell Fuster.

Universidad de Ciencias médicas.

Calle 51 a y Ave 5 de Septiembre.

Cienfuegos.

CP: 55 100.

Dirección electrónica: beatrizfc@jagua.cfg.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la estética es la disciplina que investiga las condiciones de lo bello en el arte y en la naturaleza así como la apariencia exterior de una persona. **Objetivo:** determinar la percepción estética facial que poseen los pacientes que acuden a los servicios de estomatología general integral en el área I, municipio de Cienfuegos. **Material y método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el periodo comprendido entre 1ro de enero al 1ro de mayo de 2017. La muestra quedo conformada por 150 pacientes (técnica de muestro probabilístico aleatorio simple). Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, forma de la cara, ojos, nariz, tipos de sonrisa, emociones, éxito, dientes. La información se recopiló a través de una encuesta aplicada. **Resultados:** predominó el sexo femenino, los pacientes entre 16- 26 años fueron los más representados. El nivel de escolaridad predominante fue el 9no grado. Prevalcieron las personas que para considerar la belleza de una persona se fijan en su rostro. **Conclusión:** La concepción de la estética facial del grupo estudiado se basa en las características de la cara, los ojos y la nariz. La sonrisa jugó un papel necesario para considerar un rostro bello pues una sonrisa estética actúa como sinónimo de juventud, atractivo y éxito social que se traduce en un aumento de la autoestima y de la forma de relacionarse con el medio.

Palabras Clave: estética, expresión facial, sonrisa, belleza

INTRODUCCIÓN

El ser humano se ha sentido atraído por la belleza y ha buscado lo considerado bello en la naturaleza, tratando de emularlo a través del arte. Alexander Baumgarten en 1753 definió la Estética como *“la rama de la filosofía que relaciona la esencia y la percepción de la belleza y fealdad”*.^(1,2)

El término estética dental se debe a Pilkington, quien en 1939 la define como *“la ciencia de copiar o armonizar nuestro trabajo con las estructuras dentarias y armónicas circunvecinas resultando un trabajo bello, expresivo e imperceptible”*.^(1,3)

En la actualidad la búsqueda de la belleza sigue constituyendo un reto y más en una sociedad contemporánea altamente competitiva, donde el atractivo físico de la persona cobra vital importancia a la hora de conseguir éxito emocional y laboral, una persona atractiva, recibe mejor trato que personas no atractivas, por lo mismo cada vez son más conscientes de la importancia de la estética.⁽⁴⁾

El rostro es una importante área y canal de comunicación no verbal, que juega un rol significativo en las emociones más que ninguna otra parte del cuerpo, el rostro comunica, revela y exhibe instantáneamente estados emocionales. La sonrisa es una parte importante del estereotipo físico y la percepción del individuo y además es importante en la apreciación que otros tienen de su apariencia y personalidad^(5,6)

Durante el ejercicio profesional del estomatólogo, éste debe enfrentar diariamente el desafío de dar una adecuada solución a las demandas de sus pacientes, es así como se vuelve una necesidad para los especialistas que trabajan en lo concerniente a las estructuras anatómicas del complejo máxilo facial, contar con métodos objetivos para la evaluación estética. Hasta la fecha, no existen estudios que reflejen las preferencias estéticas de individuos cubanos.

Por todo lo anterior, se realiza esta investigación con el objetivo de determinar la percepción estética facial que poseen los pacientes que acuden a los servicios de estomatología general integral en el área I, municipio de Cienfuegos en el periodo de enero a mayo de 2017.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal sobre todos los pacientes que acuden a los servicios de estomatología general integral en el área I de salud en el municipio de Cienfuegos en el periodo comprendido entre 1ro de enero al 1ro de mayo de 2017. No se tuvieron en cuenta a los pacientes que acudían a las consultas del segundo nivel.

El universo estuvo constituido por 300 pacientes mayores de 16 años que acudieran a consulta del servicio de estomatología general integral, utilizando un muestreo aleatorio simple les fue asignado un número consecutivo y de ellos se seleccionaron los números pares constituyendo la muestra 150 pacientes.

La información se recogió a través de una encuesta elaborada y validada por un grupo de profesores de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, los cuales fueron considerados informantes clave, mediante una técnica Delphi. Las principales preguntas se relacionaron con los elementos del rostro que ellos consideraban más estéticos. Aclarando los acápites que pudiesen generar dudas a los participantes. (Anexo 1)

La información relacionada con la identidad de los pacientes y los resultados obtenidos, fueron tratados confidencialmente y atendidos solo por el personal especializado que participó en la investigación.

El procesamiento de la información se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Los resultados se presentan en tablas mediante números absolutos y porcentaje.

RESULTADOS

Hubo un total de 150 pacientes encuestados. No hubo predominio de sexo (53.3% mujeres y 46.7% hombres). Los pacientes tuvieron edades entre los 16 y 70 años, sin diferencias porcentuales importantes entre las décadas, aunque existió un predominio de los jóvenes (24 %). EL nivel educacional que agrupó más personas fue el 9no grado (33.3%)

De 150 pacientes encuestados 112 consideraron el rostro importante para considerar la belleza de una persona y solo 38 manifestaron no tenerlo en cuenta para valorar estéticamente a una persona.

Tabla 1 Determinación de la influencia del rostro en la belleza según grupo de edades.

Respuestas	Grupo de Edades											
	16-26		27- 37		38- 48		49- 59		60- 70		Total	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
Si	27	18.0	21	14.0	17	11.3	24	16	23	15.3	112	74.7
No	9	6.0	8	5.3	11	7.3	7	4.7	3	2.0	38	25.3

El elemento del rostro que más predominó fue la sonrisa con un 93.3% aunque la nariz y los ojos tuvieron una marcada equidad, lo que demuestra que la población en estudio le confiere gran importancia a los tres.

Tabla 2 Determinación de los elementos del rostro según grupo de edades

Respuestas	Grupo de Edades											
	16-26		27- 37		38- 48		49- 59		60- 70		Total	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
Ojos	23	15.3	11	7.3	17	11.3	14	9.3	13	8.7	78	52.0
Nariz	25	16,7	8	5.3	9	6.0	21	14.0	14	9.3	77	51.3
Sonrisa	34	22.7	28	18.7	24	16.0	29	19.3	25	16.7	140	93.3

Al analizar las distintas formas que posee la cara se observa que la cara ovoide predomina con un 68% y fue de forma unánime en todos los grupos etarios. Por su parte la cara cuadrada fue la considerada menos atractiva con un 36.7%

Tabla 3 Determinación de la forma de los ojos según grupo de edades.

Respuestas	Grupo de Edades											
	16-26		27- 37		38- 48		49- 59		60- 70		Total	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
Cara ovoide	21	14.0	22	14.7	17	11.3	19	12.7	23	15.3	102	68.0
Cara cuadrada	3	2.0	12	8.0	4	2.7	14	9.3	22	14.7	55	36.7
Cara redonda	12	8.0	15	10	10	6.7	26	17.3	25	16.7	88	58.7

La forma de los ojos que agrupo mayor número de caso fue los ojos grandes con un 68.7% pues estos eran capaces de transmitir un mayor número de emociones y sentimientos. Los ojos pequeños y los asiáticos tuvieron comportamientos muy similares.

Tabla 4 Determinación de la forma de los ojos según grupo de edades

Respuestas	Grupo de Edades											
	16-26		27- 37		38- 48		49- 59		60- 70		Total	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
Ojos grandes	17	11.3	22	14.7	13	8.7	25	16.7	26	17.3	103	68.7
Ojos pequeños	15	10.0	14	9.3	9	6.0	18	12.0	22	14.7	78	52.0
Ojos asiáticos	11	7.3	15	10	6	4.0	17	11.3	22	14.7	71	47.3

La forma de la nariz (Tabla 7) que predominó fue la pequeña con un 77.3%, seguido de la puntiaguda con un 53.3%. La que resultó menos atractiva fue la achatada con un 36.7%.

Tabla 5 Determinación de la forma de la nariz según grupo de edades.

Respuestas	Grupo de Edades											
	16-26		27- 37		38- 48		49- 59		60- 70		Total	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
Nariz grande	2	1.3	13	8.7	6	4.0	14	9.3	22	14.7	57	38.0
Nariz pequeña	29	19.3	19	12.7	15	10	27	18.0	26	17.3	116	77.3
Nariz puntiaguda	14	9.3	17	11.3	9	6.0	18	12.0	22	14.7	80	53.3
Nariz achatada	4	2.7	11	7.3	4	2.7	14	9.3	22	14.7	55	36.7

Al analizar el éxito en distintas esferas de la vida 132 personas respondieron a favor de las relaciones amorosas, 112 en el trabajo y solo 90 en el estudio. Esto es comprensible debido a que esta sociedad es altamente competitiva y las tendencias actuales juzgan primero por la imagen que transmiten las personas y luego por sus capacidades.

Tabla 6 Determinación del éxito en distintas esferas de la vida según grupo de edades.

Respuestas	Grupo de Edades											
	16-26		27- 37		38- 48		49- 59		60- 70		Total	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
Trabajo	21	14.0	21	14.0	20	13.3	26	17.3	24	16.0	112	74.7
Relaciones amorosas	32	21.3	23	15.3	24	16.0	28	18.7	25	16.7	132	88.0
Estudio	10	6.7	17	11.3	16	10.7	23	15.3	24	16.0	90	60.0

La sonrisa normal agrupó un mayor número de casos con 96% hecho destacable pues en el estudio se considera la sonrisa normal como sonrisa Mona Lisa o social, en la cual el componente emotivo está controlado. La mayoría de los pacientes coincidieron en que una sonrisa bonita es aquella que luce natural, una sonrisa espontánea y sincera, que sale sin esfuerzo. Esta, según Duchenne, además de elevar la comisura de los labios, eleva las mejillas y produce arrugas en el contorno de los ojos.

Tabla 7 Determinación del tipo de sonrisa según grupo de edades

Respuestas	Grupo de Edades											
	16-26		27- 37		38- 48		49- 59		60- 70		Total	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
Sonrisa amplia	26	17.3	24	16.0	21	14.0	27	18.0	26	17.3	124	82.7
Sonrisa gingival	12	8.0	18	12.0	13	8.7	21	14.0	24	16.0	88	58.7
Sonrisa normal	34	22.7	27	18.0	26	17.3	31	20.7	26	17.3	144	96.0

Al analizar los elementos para considerar una sonrisa bella se observa que 144 personas para un 96% manifiestan que lo principal es poseer dientes con una coloración lo más cercana a lo blanco, seguido por los que opinan que estos deben poseer un tamaño mediano (123 para un 82%). Es destacable el hecho de que las personas adultas (60- 70 años) manifestaran como parámetro estético para la sonrisa el uso de adornos como los casquillos y las incrustaciones.

Tabla 8 Determinación de los elementos de la sonrisa según grupo de edades.

Respuesta	Grupo de Edades											
	16-26		27- 37		38- 48		49- 59		60- 70		Total	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
Todos los dientes	35	23.3	28	18.7	26	17.3	29	19.3	26	17.3	144	96.0
Dientes grandes	5	3.3	13	8.7	5	3.3	15	10.0	22	14.7	60	40.0
Dientes pequeños	7	4.7	15	10.0	8	5.3	17	11.3	24	16.0	71	47.3
Dientes medianos	29	19.3	24	16.0	21	14.0	24	16.0	25	16.7	123	82.0
Que tengan cualquier tipo de adorno (casquillo, incrustaciones)	7	4.7	15	10	11	7.3	15	10.0	22	14.7	70	46.7
Dientes blancos	35	23.3	27	18.0	26	17.3	30	20.0	26	17.3	144	96.0
Dientes amarillos	8	5.3	12	8.0	8	5.3	16	10.7	23	15.3	67	44.7

Se observó que la mayoría de las personas manifiestan que la sonrisa transmite emociones positivas como alegría (132 casos para un 88%), seguridad (110 casos para un 73.3%) y placer (104 casos para un 69.3%). Muy pocos refieren que esta transmita emociones negativas aunque dentro de estas la que más destaco fue la ira con 7 casos para un 4.7%.

Respuestas	Grupo de Edades											
	16-26		27- 37		38- 48		49- 59		60- 70		Total	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
Placer	21	14.0	20	13.3	15	10.0	24	16.0	24	16.0	104	69.3
Alegría	35	23.3	23	15.3	21	14.0	27	18.0	26	17.3	132	88.0
Seguridad	25	16.7	20	13.3	17	11.3	23	15.3	25	16.7	110	73.3
Ira	4	2.7	0	0	1	0.7	2	1.3	0	0	7	4.7
Desprecio	2	1.3	1	0.7	0	0	1	0.7	0	0	4	2.7
Incomodidad	4	2.7	0	0	0	0	1	0.7	0	0	5	3.3

Discusión

En las investigaciones de Guzmán Mora ⁽⁶⁾ y Palma Pinto ⁽¹⁾ no existieron diferencias significativas entre las variables demográficas edad y sexo con comportamientos muy similares en ambas. Es destacable es hecho que ninguno de los estudios consultados tuviesen en cuenta el nivel educacional de la población como parámetro para medir la percepción estética que estos poseen. A pesar de que los psicólogos afirmen que el fenómeno perceptivo esté relacionado con el nivel de conocimiento y el medio donde ese desarrolle el individuo. ⁽⁴⁾

En el estudio de Palma Pinto ⁽¹⁾ sus grupos etarios manifestaron importancia a poseer un rostro agradable, debido a que sin duda afecta en primera instancia para obtener un trabajo o encontrar pareja. De igual manera se observa en el estudio Medina Gallo ⁽⁷⁾ donde la mayoría de sus casos manifestaron que la belleza de una persona depende en mayor medida de su rostro y de las características que este posee.

La sonrisa, junto a la mirada, es el elemento facial más significativo, tanto a nivel estético como emocional, ya que, además de aportar al rostro una imagen saludable y estética, condiciona nuestra autoestima y la percepción que los demás tienen de nosotros. García Sosa ⁽⁸⁾ en su estudio demuestra que el rostro es más atractivo a medida que existe mayor proporcionalidad entre sus elementos. Flores y cols ⁽⁹⁾ manifiestan en su estudio que los rasgos más importantes del rostro para los legos, son los ojos y la boca.

Koenig Maunsell ⁽¹⁰⁾ en su estudio caracteriza los tipos de perfiles más atractivos en la ciudad de Lima unidos a los tipos de cara donde el más atractivo resultó ser el perfil con

una ligera retrusión maxilar y la cara ovoide. Esto demuestra cómo han variado a través de los años los patrones de belleza pues en la antigüedad este era el patrón que más se buscaba en los hombres pues era símbolo de virilidad.

Los ojos y la nariz son únicos, pero dependen de la herencia genética que posee la persona, predominando algunos tipos en determinadas poblaciones humanas particulares de una región como es el caso de la sociedad Occidental donde las narices puntiagudas representan un símbolo de virilidad. ⁽¹¹⁾

En el estudio González Blanco ⁽¹²⁾ se muestra que los sujetos más atractivos de los dos sexos son juzgados más calurosos, más amables, más sensibles, más interesantes como compañeros, más fuertes, más equilibrados, más sociables y más abiertos. Un sujeto bello será percibido mucho más favorablemente por sus padres, por sus profesores, por sus compañeros y por sus parejas del sexo opuesto, que un sujeto feo. La belleza es un verdadero valor social

Sheets⁽¹³⁾ en su estudio afirma que a aquellas personas de aspecto atractivo, saludable, se les considera a priori mejor calificadas y, en general, son mejor recibidas y aceptadas que individuos menos atractivos y no olvidemos que es la conciencia de cómo nos percibe el otro, factor fundamental en el éxito o fracaso de las relaciones interpersonales y, por tanto, en el equilibrio psíquico personal.

En el estudio de Palma Pinto ⁽¹⁾, la totalidad de los entrevistados, mencionaron como componente vital de una sonrisa bella, la presencia de piezas dentarias, sin embargo, jóvenes asociaron como requisito de una sonrisa bella, un correcto alineamiento de las piezas, mientras que los adultos, establecieron que como requisito sería la presencia de éstas, con las condicionantes que estuvieran presentes en su totalidad, sanas y en caso que estuvieran rehabilitadas, lo más natural posible. En relación al color, éstas deben ser lo más cercano al blanco.

CONCLUSIONES

La concepción de la estética facial del grupo estudiado se basa en las características de la cara, los ojos y la nariz. La sonrisa jugó un papel necesario para considerar un rostro bello pues una sonrisa estética actúa como sinónimo de juventud, atractivo y éxito social que se traduce en un aumento de la autoestima y de la forma de relacionarse con el medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palma Pinto CP. Análisis de la percepción estética de la sonrisa [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2012.
2. Dion K, Berscheid E, Walster E. What is beautiful is good. *Journal Pers Soc Psychol.* 1972; 24(3): 285-290.
3. Phillip C, Edwards K. Self-Concept and the Perception of Facial Appearance in Children and Adolescents Seeking Orthodontic Treatment. *Angle Orthodontist.. J Orthod Dentofacial Orthop.* 2009; 79(1): 6-12.

4. Hoefel L. La Psicología de la Estética I. El término "estética" en la Odontología. 3ra. Alemania: Dental Tribune Spanish Edition; 2013.
5. Ker AJ. Esthetics and smile characteristics from the layperson's perspective: a computer-based survey study. Journal of the American Dental Association. 2008.; 139(10): 1318-1327.
6. Guzmán Mora M, Vera Serna ME, Flores Ledesma A. Percepción de la estética de la sonrisa por odontólogos. . Revista Mexicana de Ortodoncia [Internet]. 2015 [citado 1 abril 2017]; 3(1): [aprox. 13-21 p.]. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
7. Medina Gallo CX, Gómez Narváez S, Martínez Ramírez CM, Bermúdez Jaramillo PC. Parámetros estéticos de la sonrisa aceptados por odontólogos especialistas y pacientes de ortodoncia [Tesis]. Santiago de Cali: Colegio Odontológico en la Institución Universitaria Colegios de Colombia UNICOC; 2015.
8. Garcia SJ, Llidó B., Gutiérrez B., Cotrina MD., Thams V., García-Camba P., Mahillo, I., Varela, M. Valoración estética de 5 perfiles faciales modificados por ordenador: influencia de la edad del evaluador. Cien Dent 2010; 7; 3:173-178.
9. Flores-Mir, C. Lay person's perception of smile aesthetics in dental and facial views. Journal Orthod.2013. 31(3), 204-209
10. Koenig Maunsell R, Lavado Torres A, Donayre, Maybe JA, Quicaño A, Ramos Neglia E. Percepción estética de los perfiles faciales en adultos en los diferentes estratos socio económicos de la ciudad de lima. Kiru. 2011. 8(1).37- 44
11. Behrbohm H, Hildebrandt T, Kaschke O. Functional and aesthetic surgery of the nose. Endo Press. 2015; 15(1), 7-15.
12. González Blanco O, Solórzano Peláez AL, Balda Zavarce R. Estética en odontología. Parte I aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal. [Tesis]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela.; 2016.
13. Sheets CG. Modern dentistry and the esthetically aware patient. Journal of American Dental Association 1987; special issue: 103E- 105E.

ANEXO ENCUESTA PARA DETERMINAR LA PERCEPCIÓN DE LA ESTÉTICA

Sexo ----- Edad ----- Nivel Educativo ----- Fecha -----

Estimado colaborador:

Usted ha sido seleccionado para contribuir a la investigación que tendrá como objetivo determinar la percepción de la estética en la población del área I. Para la misma deberá responder el cuestionario que a continuación aparece marcando con una cruz (X) según criterio. Le solicitamos su cooperación, que confiamos de antemano será seria y activa, recordándole siempre que los resultados se emplearán para contribuir a la comunidad científica sin fines de lucro.

1. Para considerar la belleza de una persona te fijas en su rostro

----- si -----no

2. Qué elementos del rostro usted considera importante para tener belleza

---- ojos ----nariz ---sonrisa

3. Qué forma de la cara usted considera más bella

Cara ovoide -----

Cara cuadrada -----

Cara redonda -----

4. Qué tipo de ojos son más atractivos

Forma de los ojos grandes -----

Forma de los ojos pequeños -----

Forma de los ojos con rasgos asiáticos -----

5. Que forma de la nariz es más agradable a la vista

Nariz grande -----

Nariz pequeña -----

Nariz puntiaguda -----

Nariz achatada -----

6. Crees usted que poseer un rostro bello ayuda a tener éxito

Trabajo -----

Estudio -----

Amoroso -----

7. Qué tipo de sonrisa influye más en la belleza

Sonrisa amplia (se muestran las primeras muelas) -----

Sonrisa gingival (se muestra la encía) -----

Sonrisa normal (se muestran solo los dientes) -----

8. Para considerar una sonrisa bella crees deba tener:

Dientes grandes -----

Dientes pequeños -----

Dientes medianos-----

Que tengan cualquier tipo de adorno (casquillo, incrustaciones) -----

Dientes blancos-----

Dientes amarillos -----

9. Qué sientes cuando te sonríen

Placer -----

Alegría -----

Seguridad -----

Ira -----

Desprecio -----

Incomodidad -----

Título: “PERCEPCION DE RIESGOS DE ENFERMEDADES CANCERIGENAS ASOCIADAS A LOS ALIMENTOS EN PLAZA LOS GUAJIROS CIENFUEGOS”.

Autores: Lic. Martha Capote Padilla, Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos,
jdhigiene@ucm.cfg.sld.cu

Lic. Mey-Ling Castillo Capote, Direccion Provincial de Cultura.

MSc. Mey Ling Capote Padilla, Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto, lclinico@hosped.cfg.sld.cu

Resumen

La investigación se titula “Percepción de riesgos de enfermedades cancerígenas asociadas a los alimentos en Plaza Los Guajiros Cienfuegos”. Se aborda la problemática de salud reflejada en la presencia de factores ambientales, sociales y económicos, expresados por las prácticas del expendio y elaboración de alimentos por parte del sector cuentapropista, su repercusión en el consejo popular y la escasa percepción social existente ante los riesgos que se presentan a diario a raíz del consumo de alimentos contaminados por los pobladores. El estudio es exploratorio puesto que se carece de investigaciones previas relacionadas al tema y su importancia se encuentra en lo novedoso de sus resultados, por el impacto que presentan las prácticas culturales en la salud de la población cienfueguera.

Palabras claves: Percepción, Ambiente, Tumores

Introducción

La atención a las enfermedades cancerígenas tiene una creciente prevalencia a nivel mundial expresado en las altas tasas de mortalidad. Cuba no escapa a esta problemática, reconociendo desde el 2012 esta patología como la primera causa de muerte en el país.

El tema investigativo que se trabaja no ha sido tratado con anterioridad en otras investigaciones y no existen disertaciones como la actual en el contexto de La Juanita II de la Ciudad de Cienfuegos.

En la salud de los seres humanos intervienen disímiles factores tal es el caso de las **preferencias alimentarias**. Las enfermedades cancerígenas transmitidas por la ingestión de alimentos constituyen un problema de salud pública que ha cobrado auge en los últimos años. La alimentación es una de las preocupaciones y necesidades esenciales del ser humano por lo que su inocuidad es fundamental para la salud y la vida.

La Juanita II, con énfasis en la Plaza Los Guajiros ubicada en Calle 59, es una zona que posee gran cantidad de trabajadores por cuenta propia dedicados a la práctica de la elaboración-venta de alimentos. Algunos indicios de estudios generales de la ciudad han arrojado una baja percepción de riesgos de enfermedades cancerígenas asociadas a los alimentos, por lo que se parte que este personal posee esta problemática asociada a su actividad económica y su contribución al incremento de enfermedades asociadas al cáncer crece.

Desarrollo

Capítulo 1: Las prácticas y sus determinaciones.

Las prácticas culturales son llevadas a cabo por el hombre determinado por rasgos o características distintivas e individuales, creando relaciones de cooperación e intercambio a través de las acciones de elaborar, copiar, producir y cambiar el espacio donde se desenvuelve o desarrolla su vida. Se basan en el pasado y sus antecedentes socio-históricos, económicos y políticos los utilizan a su favor en el presente. Son producto de las formas de organización y de las necesidades de la sociedad, donde el manejo de los recursos, en este caso, el expendio y elaboración de alimentos influye directamente en la salud de la población.¹

Las prácticas de la elaboración y consumo de alimentos en La Plaza Los Guajiros son el resultado de elementos (historia, ambiente), circunstancias (crianza, modo y estilo de vida) e influencias (medios de comunicación, desarrollo tecnológico) que conllevan a un resultado único. Se encuentran en constante cambio y son producto de las necesidades que trae aparejado el desarrollo vertiginoso del hombre.

La puesta en práctica de la elaboración y venta de alimentos en el sector cuentapropista por un lado cubre demandas y necesidades básicas pero por otro trae consigo en ocasiones impactos negativos a la sociedad y al medioambiente al explotar los recursos naturales y realizar un inadecuado uso de los medios de trabajo, condiciones sanitarias del personal, productos y el lugar.

En el caso de los alimentos la ingestión de productos mal elaborados o almacenados trae consigo la aparición de enfermedades gastro-intestinales que pueden llegar a convertirse en patologías cancerígenas produciendo afectaciones graves a la salud, siendo en algunos casos irreversible.⁴

La percepción es un factor importante que se debe considerar cuando se comunican riesgos. Diversos estudios en antropología y sociología han mostrado que la percepción y la aceptación de un riesgo tienen sus **raíces en factores culturales y sociales**. A diario la sociedad se expone a factores de riesgos de los cuales cada territorio posee su propia noción. Las características del contexto y por ende de sus habitantes influyen en el reconocimiento o no de los mismos.²

Los factores causales de tumores malignos son más bien factores de riesgo, los cuales son dependientes del contexto cultural y de los valores de cada sociedad. Se desarrollan debido a los efectos de sustancias químicas, hormonales, infecciosas o físicas, como radiaciones ultravioletas, y también debido a factores internos, hereditarios y la casualidad.⁷

Las causas identificadas que son prevenibles son: tabaquismo, alcohol, infecciones, **hábitos nutricionales**, conducta sexual de riesgo y otras. El control de estas conlleva al cambio en la conducta y a un contexto adecuado tanto económico como ambiental para que se haga posible.³

Un ejemplo de factor de riesgo presente en la actualidad es el asbesto el cual es un material natural que presenta estructura fibrosa. Es resistente al calor y a muchas sustancias químicas y tiene, además, una capacidad de aislamiento eléctrico y térmico muy alta. Lo peligroso de este es el polvo fino que produce y que llega a los pulmones mediante la respiración. Ya desde 1950 se hablaba de la peligrosidad de

este material y de su implicación en la aparición de mesoteliomas, un tipo de tumor de tratamiento muy difícil y que se desarrolla en la pleura y en el peritoneo.²

Resultado de la interacción del medioambiente y el comportamiento del hombre resultan las infecciones siendo el caso por citar un ejemplo del Helicobacter Pylori o del schistosoma, el cual provoca un tumor muy específico en la vejiga.⁶

La conservación con sal de los alimentos y el tipo de preparación de las comidas (hidrocarburos que surgen al sofreír, en asados en parrilla) o sustancias que surgen en el almacenamiento (aflatoxinas), intervienen también en el desarrollo a largo plazo de tumoraciones malignas.

El exceso de peso conlleva al aumento de riesgo para muchos tumores, por ejemplo, de esófago, de útero, del intestino grueso, del páncreas, de mama y de la vesícula biliar.

La salud de una persona está determinada básicamente por dos factores: la genética y el ambiente. Para determinar que el ambiente es saludable es fundamental contar con aire limpio, agua potable y suficiente, alimentación y nutrición adecuada y un contexto y ecosistema seguro. La contaminación del aire a raíz del desarrollo económico con el surgimiento vertiginoso de industrias que emiten partículas de polvo y gases son el camino hacia las enfermedades pulmonares, de los ojos y el aumento de riesgo de cáncer.

El vertimiento de residuos sólidos y líquidos al suelo (agroquímicos, hidrocarburos, aceite, fertirriego, etc.), produce la contaminación de los suelos y por ende de los alimentos que incorporamos a nuestra dieta diaria. La contaminación de las aguas se caracteriza por ser: física, química, orgánica y microbiológica. Cuando el agua entra en contacto con el aire, el suelo e incluso el propio hombre, adquiere impurezas y modifica su composición. Debido a una manipulación incorrecta de los alimentos, se pueden originar tres tipos de riesgos: físicos, químicos y biológicos.⁴

Capítulo 2: La percepción de riesgos y determinantes de la salud en el área Plaza de Los Guajiros del Consejo Popular “Juanita II”.

Los Determinantes Sociales de la salud, han tratado de ser descritos desde numerosas entradas, desde la higiene clásica, la epidemiología y la salud pública, la antropología, el marxismo y últimamente desde la demografía y la economía. La situación de salud de un país está estrechamente ligada a la forma como se presenta la pobreza en la población, lo que nos conduce a señalar que la **pobreza** es el primer determinante social de la salud, la accidentada geografía, la escasez de recursos, las inclemencias del clima, el patrón de asentamiento. Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Los factores socioeconómicos regulan cómo se emplean los suministros. La alimentación depende del estado de los recursos naturales pero también de los factores económicos y sociales, como las prácticas agrícolas y las técnicas empleadas para su desarrollo. Un entorno seguro y pacífico es otra condición vital para la salud, así como el estado de la vivienda, el empleo, las relaciones familiares y el nivel educacional.⁵

En Cuba los determinantes aceptados son: Modo, condiciones y estilo de vida, Ambiental /Ecológico, Biogenético y Organización de los servicios de salud.⁶

Según el **sistema social, la ideología y la cultura** que esté presente serán los determinantes de salud.

Caracterización del Consejo Juanita II.

Fue constituido en el año 2003 a partir de la desagregación del Consejo Popular de la Juanita. Representa una extensión territorial de 4,2 km cuadrados. La actividad económica fundamental que realiza la población de este consejo es los servicios. Presenta 1473 familias funcionales y 1203 familias no funcionales, esta última afectada por los divorcios y la convivencia de familias extensas.⁷ El nivel de escolaridad que predomina en la población son los técnicos medios con 1739 individuos.⁹

Los impactos en la Juanita II están presentes a través de algunos elementos que a continuación se mencionan:

- Posee insuficiente abastecimiento de agua producto al deterioro de las redes hidráulicas y alcantarillado y al bajo nivel de agua de los embalses.
- Deficientes condiciones de las viviendas y por ende de habitabilidad.
- Elevado índice de enfermedades por antrópodos y roedores.
- Contaminación del aire de origen industrial y por vehículos de motor y tracción animal.
- Inadecuada eliminación de desechos sólidos o basuras.
- Existencia de áreas con deficiente drenaje lo cual favorece a la acumulación de agua contaminada.
- Derrumbes parciales o totales de edificaciones y vivienda por lo que se evidencia la presencia de terrenos con escombros y otros desechos.
- Detrimento del atractivo urbano, con afectación a la imagen y la calidad del paisaje por escasez de vegetación.
- Falta de mantenimiento sistemático a los elementos de la estructura urbana.
- Incorrecto vertimiento de los residuos sólidos.
- Deterioro por abandono y maltrato de las áreas libres y espacios públicos.

Es una obligación de los expendedores de alimentos, disponer adecuadamente de los desechos, para así poder erradicar los focos contaminantes, por lo tanto es necesario eliminarlos diariamente y de manera adecuada, elemento en el cual se evidencia dificultad.

Epígrafe 3 Determinantes sociales y ambientales de la salud en el Consejo Popular “Juanita II” con influencia en la elaboración y venta de alimentos.

En los hogares cubanos el ingreso personal o familiar, los riesgos a los que se exponen y los servicios higiénicos-sanitarios de la vivienda determinan el estado de salud de sus habitantes. Los estilos de vida, la cultura de masa, la conducta personal y social de la población, los hábitos de consumo, la tradición y conocimientos nutricionales, la preocupación por la atención y chequeo de la salud y la actividad física que se practique conllevarán en dependencia al cumplimiento o no de los mismos a una vida sana y longeva. Los sucesos que ocurren desde el nacimiento inciden en el estado de salud de los individuos así como la educación recibida desde

edades tempranas. Las políticas públicas que establezca el estado intervienen en el mejoramiento de la calidad de vida por lo que es muy importante que el sistema social tenga como prioridad las necesidades su pueblo. En Cuba, el sistema de salud se promueve socialmente de forma participativa como consecuencia del accionar de toda una sociedad implicada y cohesionada. Los resultados que hoy se observan en la salud del país se deben a la voluntad política y acción comunitaria del mismo. La seguridad de la salud, educación, alimentación, vivienda y ambiente es responsabilidad de todos. Cada uno de estos aspectos es importante y la ausencia de uno de ellos puede perturbar la calidad de vida. Estos aspectos hacen que el Consejo Popular Juanita II y por ende la calle 59 constituya una zona necesitada de acciones integrales para el mejoramiento de su calidad urbano-ambiental.⁸

En Cienfuegos existe un vasto desarrollo industrial, con mayor peso en la producción de energía eléctrica, fertilizantes y la refinería de petróleo que han favorecido al desarrollo pero también han incidido de forma negativa contaminando el medio ambiente. Dentro de los focos contaminantes existentes se encuentran la termoeléctrica “Carlos Manuel de Céspedes”, la torrefactora de café, canteras para la construcción, la fábrica de cemento incidiendo por la dirección de los vientos en la ciudad. También se presentan el transporte automotor, la emisión de gases por el empleo de queroseno y gas licuado. La fuente contaminante más cercana a los puestos de elaboración y expendio analizado es la Planta Torrefactora de Café, la cual proyecta concentraciones de polvo y partículas sedimentables que sobrepasan las normas establecidas en 365 veces más.

Se evidencia el deterioro de los alimentos producto a las altas temperaturas pues se conoce que cuando están elevadas favorece la rápida reproducción de microorganismos, por lo tanto los alimentos no deben estar expuestos a la acción del sol. La afluencia de transporte y población propicia que los alimentos se expongan a microorganismos que habitan normalmente en el aire y la tierra por lo que es necesario protegerlos. Los animales cumplen un importante papel en la degradación de los alimentos por ser portadores de gérmenes que causan enfermedades en los

humanos, en este caso frecuentan el área de expendio: moscas, perros, gatos, ratones, etc.

El Consejo Juanita II con sus zonas de cultivo (organopónicos, etc.) hace también su aporte con el flujo de aguas residuales que provocan el aumento aún más de nitratos en el agua común que se utiliza en los hogares, centros de trabajo (estanquillos de alimentos) y manantiales naturales. Estos nitratos y nitritos son fuertes destructores de glóbulos rojos y altamente cancerígenos capaces de provocar cáncer de hígado, riñón, cerebro, pulmón, estómago, intestino, esófago, lengua, vejiga y nariz, además de tener la capacidad de incitar accidentes vasculares. La razón por la cual se les incorporan los nitratos a las carnes es para otorgarles un aspecto fresco y mayor sabor a la vista del consumidor y es entonces cuando se observan en ellas un tono rosado. Ejemplo de ello son: perros calientes, hamburguesas, jamones, etc. Las pizzas que se elaboran están cargadas de aminos y cuando se le adicionan salchichas a petición del público consumidor da lugar a la formación de nitrosaminas que son en extremo cancerígenas. Ejemplo de alimentos que las contienen: chorizo, jamón, perros calientes, salchichas, hamburguesas, agua del grifo, pizzas y queso.

Resultados del estudio de percepción a los cuentapropistas de la Juanita II.

En esta área: Plaza Los Guajiros ubicada en calle 59 se seleccionó un grupo de personas, los cuales comparten tareas comunes. Se analizaron las valoraciones y criterios asumidos por dicho grupo social. Su lenguaje, modos de decir, comportamiento individual y social, costumbres y actitudes. Se efectuaron un total de cinco entrevistas a los cuentapropistas que se ubican en este entorno, los cuales se dedican a la actividad de elaborador-expendedor de alimentos. En el caso de los cuentapropistas estudiados existen debilidades en el cumplimiento del código de ética, infracción de las normas de precios, volumen y calidad de los productos. Se estipuló que la alimentación de estos sujetos depende de normas y tradiciones religiosas, sociales e individuales. También el gusto, el poder económico y las razones biológicas y sanitarias influyen. Se evidenció que en la actualidad existe la necesidad de cambiar el comportamiento respecto a la elaboración de alimentos, siendo necesario el interés por la aprehensión de conocimientos para contribuir a la

educación alimentaria. Se puede afirmar que en cuanto al sexo, existe un predominio de hombres. Por grupos de edades son más representativas las personas comprendidas entre 30-45 años.

Conclusiones

El sector cuentapropista actual es muy heterogéneo y posee gran auge por parte de la población, representando una de las actividades priorizadas en el país. La percepción que estos poseen es escasa o nula, haciéndose necesario el trabajo educativo para la toma de conciencia y puesta en práctica de medidas preventivas que contribuyan al cuidado de la salud. Muchos de los factores de riesgo con incidencia de cáncer que se evidenciaron en la Juanita II son en la actualidad modificables. Es por ello que se trabaja en la implementación de estrategias de prevención por parte del Ministerio de Salud Pública y Educación de nuestro país.

El trabajo por cuenta propia específicamente la elaboración y expendio de alimentos presenta riesgos considerables pero también satisface necesidades, es fuente de empleo generando ingresos que contribuyen al desarrollo local e incrementa el proceso de interacción social. Además constituye una oportunidad para poner en práctica habilidades e innovaciones que benefician y aportan soluciones a los problemas que afectan a los habitantes.

Referencias bibliográficas

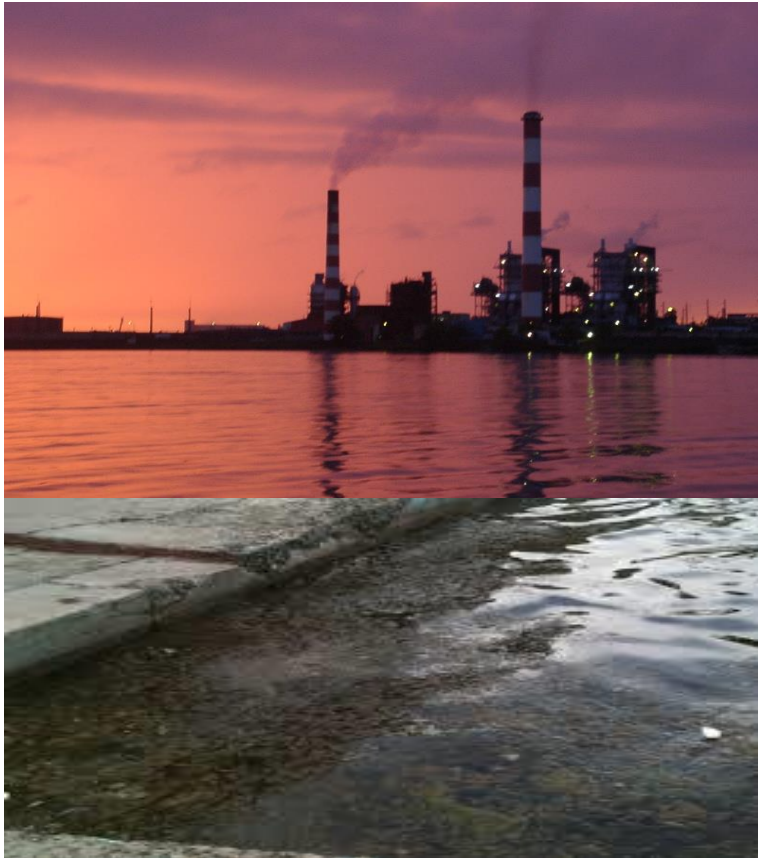
1. Definición de [Página Web]. Definición de práctica social. Disponible en: <https://definicion.de/practica-social/#ixzz3yyYrIHq>
2. López JA, Luján JL. Ciencia y política del riesgo. España: Alianza; 2000.
3. Cavalli F. Cáncer. El gran desafío. La Habana: Ciencias Médicas; 2012.
4. Riesgos para la salud derivados del consumo de alimentos [documento en Internet]. Disponible en: <http://www.fehr.es/documentos/productos/capitulos/cap-5.pdf>
5. Fernández RM, Bormey B, Thielmann K. Determinantes individuales y sociales de salud en medicina familiar. Revista Cubana de Salud Pública. 2012; 38(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

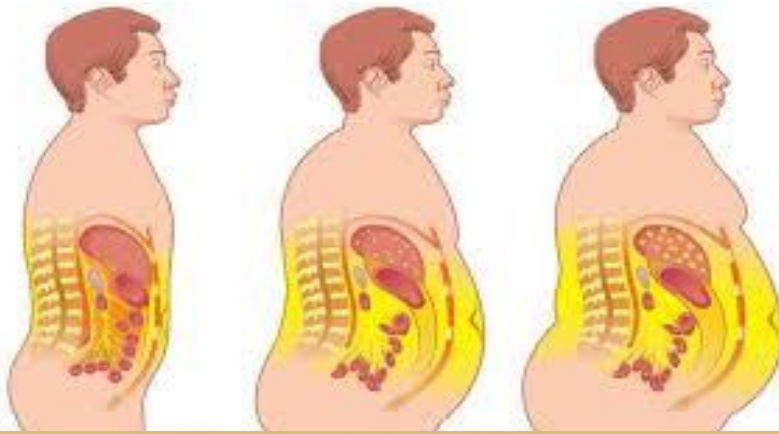
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300014

6. Lage Dávila A, Crombet Ramos T. Control del cáncer avanzado: La ruta hacia la cronicidad. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2011; 1(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/71>
7. Lago Dueñas L. Educación ambiental en la Ciudad Nuclear [tesis]. Cienfuegos: Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”; 2011.
8. Curbelo T. Fundamentos de Salud Pública I. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004.
9. Poder Popular. Estadística Provincial Cienfuegos. 2016.

Anexos







El alcohol y el tabaco



Entrevista a los cuentapropistas

Objetivo: Identificar los niveles de opinión que se tienen en el sector sobre las interacciones de sus prácticas socioculturales y los factores de riesgo y determinantes de salud asociados a las enfermedades cancerígenas en las actividades de elaboración y venta de alimentos.

Preguntas:

- Actividad que desempeña
- Sexo
- Edad
- Nivel educacional
- ¿Conoce acerca de los principales problemas ambientales existentes en la Juanita II?
- Conoce cuáles son las instituciones involucradas en dichos problemas ambientales? Mencione alguna.
- ¿Cuánto tiempo lleva elaborando y vendiendo alimentos? _____
- ¿Qué acciones realiza a diario para mantener una adecuada higiene de los alimentos?
- ¿Qué considera usted como "higiene de los alimentos"?
- ¿Cómo es la reacción de las personas al ingerir sus alimentos?
- ¿Opinión respecto al control por parte de los inspectores?
- ¿Qué problemas sanitarios ha presentado su establecimiento?
- ¿Conoce los factores de riesgo de enfermedades de cáncer en relación a su función económica? En caso de responder si, mencione uno.
- ¿Cumple con las normas sanitarias para evadir estos factores de riesgo?
- ¿Conoce si existe algún mecanismo oficial relacionado al control de estas normas?
- ¿Cómo valora la actividad que desempeña?
- Fuentes de abastecimiento

TÍTULO: PERFECCIONAMIENTO DEL TRABAJO METODOLÓGICO EN LA CARRERA DE MEDICINA COMO PARTE DEL PLAN DE MEJORA.

AUTOR:

MCs. Dra. Mabel Rocha Vázquez, mabelrv@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Master en Educación Médica.

RESUMEN:

Fundamento: La búsqueda de la excelencia en la educación superior es una exigencia que se manifiesta en la voluntad de un perfeccionamiento continuo de la enseñanza universitaria sobre bases científicas. **Objetivo:** Diseñar una estrategia para perfeccionar la labor de los niveles organizativos para el trabajo metodológico de la carrera. **Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación de desarrollo en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Se emplearon métodos del nivel teórico y del nivel empírico. **Resultados:** La Estrategia propuesta consta de tres etapas: Diagnóstico, propuesta de guía de evaluación para los niveles organizativos de carrera, año, disciplina, asignatura, Declaración del patrón de calidad para año, disciplina y asignatura. **Conclusiones:** Los resultados del diagnóstico corroboran que existen insuficiencias en la labor desarrollada por los niveles organizativos del proceso y el cumplimiento de sus funciones, aspectos que refuerzan la necesidad de la estrategia que se presenta como un sistema de acciones estructuradas donde se integra el cumplimiento de las funciones de los niveles organizativos del proceso a los estándares de calidad establecidos por la Junta de Acreditación Nacional (JAN), propuesta valorada por especialistas como pertinente, viable y novedosa.

Palabras clave: trabajo metodológico, niveles organizativos.

INTRODUCCIÓN:

La búsqueda de la excelencia en la educación superior es una exigencia que se manifiesta en la voluntad de un perfeccionamiento continuo de la enseñanza universitaria sobre bases científicas, que sustenta las decisiones y el quehacer cotidiano de las universidades e impulsa, a la vez, el desarrollo de la investigación pedagógica y la reflexión de la propia práctica por el profesor universitario.

El trabajo metodológico es la labor que, apoyados en la Didáctica, realizan los sujetos que intervienen en el proceso docente educativo, con el propósito de alcanzar óptimos resultados en dicho proceso, jerarquizando la labor educativa desde la instrucción, para satisfacer plenamente los objetivos formulados en los planes de estudio.

El trabajo metodológico se realiza tanto de forma individual como colectiva, este último, en el cual se centra la presente investigación, se lleva a cabo en cada uno de los niveles organizativos del proceso docente educativo, como vía para lograr su perfeccionamiento identificándose como subsistemas o niveles organizativos principales para el trabajo metodológico los siguientes: colectivos de carrera, años, disciplinas e interdisciplinarios, en los casos necesarios y colectivos de asignaturas.

La Resolución 210/2007 establece, además de los niveles donde se desarrolla este trabajo, las funciones que cada uno de estos niveles debe cumplimentar, ahora cómo lograr el cumplimiento de esas funciones y el desarrollo de la labor e incluso como evaluarlo depende de las particularidades de cada contexto ⁽¹⁾.

La lógica que se asume en la presente investigación pretende orientar el desarrollo de la labor de los niveles organizativos sobre la base del cumplimiento de las funciones reglamentadas, es decir gestionar la calidad de estos niveles, integrándolo a los criterios de evaluación de calidad establecidos por el Sistema de Evaluación y Acreditación de Carreras Universitarias (SEA-CU) como órgano colegiado que certifica la calidad en Cuba ⁽²⁾.

En la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos el manual para la acreditación se utiliza como un instrumento de gestión cotidiana y sistemática para el aseguramiento y mejoramiento continuo de la calidad.

La información que genera este instrumento pone de manifiesto que existen brechas en el cumplimiento de las funciones de los niveles organizativos para el trabajo metodológico en la carrera, lo cual no se logra de manera uniforme, cada colectivo le imprime una manera de hacer en función del nivel alcanzado de generalidad, esencialidad y sistematicidad.

Teniendo en cuenta los referentes anteriores se plantea como problema de investigación la siguiente interrogante:

¿Cómo contribuir perfeccionar la labor de los niveles organizativos para el trabajo metodológico en la carrera de medicina?

Objetivo Diseñar una estrategia para perfeccionar la labor de los niveles organizativos para el trabajo metodológico de la carrera.

DESARROLLO:

Diseño

La investigación se desarrolló en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de Cienfuegos durante el curso escolar 2016- 2017. Participaron 18 profesores que pertenecen al claustro de la carrera y que constituyen actores responsables de implementar, seguir y evaluar la estrategia.

El paradigma investigativo sociocrítico con los criterios de la investigación cualitativa permitió integrar los métodos que se aplicaron en los niveles empíricos, teóricos y estadísticos matemáticos.

Teóricos.

Análisis y síntesis: Se utilizó para analizar el SEA-CU y el trabajo metodológico con vistas a diagnosticar el estado actual.

Histórico-lógico: Se utilizó para buscar tendencias y regularidades en el proceso de trabajo metodológico. **Empíricos.**

Análisis de datos y documentos: Se utilizó con el objetivo de realizar una amplia revisión de documentos rectores del proceso de evaluación y acreditación así como del trabajo metodológico en la educación superior como SEA-CU y Resolución 210/2007.

La encuesta: Permitted profundizar en el diagnóstico sobre la labor metodológica desarrollada por los colectivos de carrera, año, disciplinas y asignaturas como niveles organizativos para el trabajo metodológico.

La entrevista: Posibilitó conocer los criterios sobre el cumplimiento de las funciones de los colectivos.

La observación no participante: Permitted diagnosticar deficiencias en el cumplimiento de las funciones de los niveles organizativos para el trabajo metodológico.

La revisión documental: permitió valorar los resultados de los controles a los niveles organizativos y profundizar en las deficiencias en el cumplimiento de sus funciones.

La triangulación metodológica: se empleó para determinar regularidades derivadas de las diferentes fuentes (encuestas, entrevistas, guía de observación, revisión documental).

Método criterios de especialistas: Se aplicó con el objetivo de validar la estrategia. La selección se realizó dentro de directivos docentes y metodólogos, de manera rigurosa y bien definida con el cálculo de los coeficientes de competencia y argumentación.

Coefficiente de competencia: El 75 % de los especialistas son directivos docentes, el 25% restante son metodólogos, el 100 % tienen más de 15 años en la docencia.

Coefficiente de argumentación: Todos los especialistas poseen varias publicaciones en revistas especializadas en los últimos 5 años, el 100 % han dirigido Tesis de Maestría y /o Especialidad.

Por lo antes expuesto el coeficiente de competencia promedio calculado supera el 85 %, lo que garantiza una competencia alta de los especialistas seleccionados.

La estrategia se organiza en tres etapas:

E 1. Diagnóstico del estado actual de la labor desarrollada por los niveles organizativos en cumplimiento de sus funciones.

E 2. Propuesta de la guía de evaluación para los niveles organizativos de año, disciplina y asignatura.

E 3. Declaración del patrón de calidad para los niveles organizativos de año, disciplina y asignatura.

Resultados:

E 1. Diagnóstico del estado actual de la labor desarrollada por los niveles organizativos en cumplimiento de sus funciones.

Objetivos:

- Valorar el cumplimiento de aspectos formales para el desarrollo de la labor de los niveles organizativos.
- Evaluar el cumplimiento de las funciones de los niveles organizativos.

Esta etapa se desarrolló a través de encuesta, entrevista, observación no participante y revisión documental. Participaron 18 personas representados por profesores principales de años, disciplinas, asignaturas, metodólogos y directivos.

Los métodos empleados de forma independiente y la triangulación develaron que:

Nunca se logra la participación de todos los que establecen los documentos rectores deben participar en los colectivos. La periodicidad de realización de colectivos de carreras y años es mensual, los de asignaturas se realizan habitualmente cada 15 días. De forma excepcional se realizan colectivos de disciplinas o interdisciplinarios.

Al analizar el cumplimiento de las funciones de los niveles organizativos las más comprometidas resultan:

- Para colectivos de carrera: asegurar el cumplimiento de los objetivos de la carrera, garantizar el adecuado diseño y aplicación de la estrategia educativa, tomando como punto de partida el modelo del profesional y lograr un adecuado balance de las tareas curriculares y extracurriculares.
- Para colectivos de años: el cumplimiento de los proyectos educativos de los grupos que conforman el año y la participación en el proceso de diagnóstico integral y evaluación de los integrantes de la brigada.

- Para los colectivos de disciplina: el enfoque metodológico adecuado para su desarrollo, teniendo en cuenta el papel que desempeñan las estrategias curriculares, los vínculos con otras disciplinas y entre sus asignaturas y la eliminación de las deficiencias detectadas en el cumplimiento de los objetivos generales de la disciplina.
- Para los colectivos de asignaturas: la orientación político ideológica de los contenidos de las asignaturas, lograr un enfoque metodológico adecuado para su desarrollo, teniendo en cuenta el papel que desempeñan las estrategias curriculares, así como los vínculos con otras asignaturas de la propia disciplina y con las restantes asignaturas de la carrera.

E 2. Propuesta de la guía de evaluación para los niveles organizativos.

Objetivo:

- Diseñar la guía de evaluación para los niveles organizativos carrera, año, disciplina y asignatura.
- Elaborar indicadores para medir y evaluar la calidad de los colectivos.

Alrededor de la guía de evaluación y a través de ella se da la interrelación de evaluados, evaluadores y objeto de evaluación. Tiene la finalidad de precisar las bases teóricas conceptuales y metodológicas generales de referencia para el abordaje científico y técnico del proceso.

La Guía de evaluación contempla los elementos asociados a interrogantes tales como *¿para qué?, ¿por qué?, ¿qué?, ¿para quién?, ¿quiénes?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿con qué?* expresadas en variables, indicadores y criterios, estableciendo los niveles de satisfacción en que deben ser respondidas y a su vez, sienta las pautas para que la información recogida sea precisa y coherente con esas interrogantes.

Previa elaboración de las guías se determinó el **nivel de implicación** que cada nivel organizativo tenía en cada una de las variables, indicadores y criterios de evaluación. Se parte del hecho que no todos los niveles tienen participación en los indicadores de las variables y sobre la base de delimitar el nivel de responsabilidad donde de forma protagónica se gestionan las acciones para tributar al criterio de medida es que se define para el nivel de implicación los responsables directos, aun cuando otros niveles organizativos o de dirección participen en ese indicador. A modo de ejemplo se presenta el correspondiente a la variable Pertinencia e impacto social (Anexo 1). De igual manera quedó estructurado para cada el resto de las variables y para cada nivel organizativo. Posterior a determinar el nivel de implicación se elaboraron las guías y los indicadores para medir y evaluar la calidad de los colectivos.

Aspectos que contemplan las guías prácticas:

Comienzan con la asistencia según lo reglamentado por la Resolución 210/2007 para cada nivel organizativo, se incluyen los invitados y en observaciones se reflejan las causas de los ausentes.

Seguimiento a los acuerdos adoptados en colectivos anteriores.

Para cada variable y en correspondencia con los criterios de medidas aplicables al nivel organizativo de que se trate se incluyen los aspectos a los que se debe dar salida que a los efectos de la verificación del cumplimiento para los evaluadores se categoriza en Si, No y No procede, esta última categoría porque no todos los aspectos se seguirán con igual sistematicidad, ello queda precisado en el manual de implementación.

Indicadores para medir y evaluar la calidad de los colectivos:

- Se logra la asistencia y participación activa de sus miembros.
- Se cumplimentan todas las funciones establecidas para ese nivel organizativo para el trabajo metodológico.
- La preparación del nivel de que se trate queda evidenciada en los aspectos que se abordan.
- Se realiza el colectivo en tributo a las variables de calidad del SEA- CU.
- Se adoptan acuerdos y alternativas para solucionar las deficiencias detectadas.

Se evalúan de excelente, bien, regular y mal si se cumplen cinco, cuatro, tres y menos de tres de los indicadores de evaluación respectivamente.

E 3. Declaración del patrón de calidad para los niveles organizativos de año, disciplina y asignatura.

Objetivo:

- Proponer el patrón de calidad para cada nivel organizativo (año, disciplina y asignatura) según las variables del SEA- CU.

La formulación del patrón de calidad persigue identificar un modelo ideal al cual deben aproximarse los niveles organizativos, el que define el "deber ser".

Se realizó mediante el trabajo grupal apoyado en el empleo del SEA-CU, previa propuesta inicial elaborada por los autores de la investigación. En él se integran los propósitos del SEA- CU con sus variables e indicadores así como las funciones de los niveles organizativos del proceso así como los aspectos que se deben tener en cuenta al preparar la disciplina y las asignaturas. A modo de ejemplo se presenta el patrón de calidad para la variable Pertinencia e Impacto (Ver anexo 2). De igual manera quedó estructurado para cada el resto de las variables y para cada nivel organizativo.

Validación de la Estrategia para asegurar la sostenibilidad del claustro en la carrera de Medicina

Para desarrollar el proceso de validación se seleccionaron 12 especialistas que obtuvieron un coeficiente de competencia alto. Las preguntas realizadas fueron: ¿Considera usted que la Estrategia propuesta resulta pertinente?

- ¿Considera que su diseño garantiza el cumplimiento de las funciones de los niveles organizativos y la integración a los estándares de calidad del SEA- CU?
- ¿Considera que existe novedad en el diseño?
- ¿Considera que resulta viable su implementación?

Criterios de los especialistas:

Criterio obtenido	Cantidad de especialistas	Votos totales	Votos negativos	Coeficiente de concordancia
Garantiza el cumplimiento de las funciones de los niveles organizativos y la integración a los estándares de calidad del SEA- CU	12	12	0	100 %
Existe novedad en el diseño, resulta pertinente y viable su implementación.	12	12	0	100%

Criterios que proponen para lograr la implantación efectiva de la Estrategia a nivel de carrera según los especialistas: La mayoría reconoce la trascendencia, conveniencia y beneficio que debe reportar e insisten en la preparación que debe proporcionarse para lograr los resultados esperados, identifican la capacitación como elemento clave.

Discusión

Los resultados del diagnóstico corroboran que existen insuficiencias en la labor desarrollada por los niveles organizativos del proceso y el cumplimiento de sus funciones, aspectos que evidentemente refuerzan la necesidad de la estrategia, si a ello añadimos que el comportamiento no es homogéneo en todos los niveles, se vislumbra la necesidad de acciones específicas para cada uno, donde la capacitación, la autopreparación y el control son elementos claves.

Las deficiencias detectadas en nuestro medio en el funcionamiento de los niveles organizativos del proceso coinciden en cierta medida con otros estudios realizados en Cuba como el de Venereo Collado ⁽³⁾ que en sus hallazgos describe insuficiente preparación metodológica de los jefes de disciplinas y docentes en general para sustentar el proceso de perfeccionamiento del trabajo docente-metodológico, falta de dominio por parte de directivos y docentes para conducir esta labor y carencia de un enfoque sistémico, todo lo cual limita el trabajo metodológico.

Santos Martínez ⁽⁴⁾ al analizar el trabajo metodológico para lograr la interdisciplinariedad en la carrera de medicina constató en las actas de colectivo de asignaturas y años que no se sugiere cómo integrar los contenidos, o sí se hace hay falta de coincidencia temporal, lo cual impide la debida integración, no se proponen soluciones para resolver esta problemática. No hay evidencias de que los colectivos tuvieran en cuenta los objetivos generales del egresado, ni los problemas de salud declarados con sus respectivos niveles de actuación para la preparación de las diferentes actividades docentes, lo cual evidentemente compromete los resultados a alcanzar.

Como estrategias para enfrentar deficiencias similares Veitía Arrieta ⁽⁵⁾ propone que la dirección del trabajo metodológico en los diferentes niveles debe aplicarse en un doble sentido: por una parte, enseñar y demostrar cómo debe trabajarse para desarrollar de forma creadora lo normado y, por otra, tomar los elementos de la práctica pedagógica de los docentes de más experiencia y resultados investigativos orientando las vías para su generalización.

Martínez-Díaz y colaboradores ⁽⁶⁾ en el diagnóstico para perfeccionar el trabajo de los colectivos de asignatura de medicina y estomatología identificaron desconocimiento sobre las personas que deben asistir a esos colectivos y más del 50% de los participantes en el estudio desconocían las funciones que debe asumir este nivel organizativo. En la dirección de los mismos prima a veces la experiencia adquirida en el ejercicio docente sin tener en cuenta los documentos que legalizan este proceso y en otros se trata de profesores sin la experiencia suficiente.

Otros autores ⁽⁷⁾ identifican que el proyecto curricular usualmente plantea por separado objetivos generales, sistema de habilidades y valores, y ello no facilita la integración de la formación, los objetivos de año generalmente resultan una adición de objetivos de las asignaturas que lo conforman y no expresan los resultados de la transformación que se espera del estudiante en ese lapso. Generalmente cada profesor trabaja la relación teoría – práctica al interior de su materia, pero no hay un acuerdo en cómo formar al

estudiante que recibe esas influencias por separado porque no se tiene en consideración los objetivos del perfil del egresado, identificando también como deficitario la prioridad al trabajo metodológico del colectivo de año orientado a armonizar la influencia de las diferentes asignaturas en su contribución a la formación integral del estudiante. También fueron resultado de este diagnóstico que no se traduce en acciones concretas la formación inter y multidisciplinaria, se puso en evidencia que entre los profesores encuestados no hay una clara concepción del trabajo metodológico interdisciplinario, de ahí que se afecte su implementación. En las opiniones de estudiantes y profesores se establece una diferencia marcada entre actividades docentes y educativas, dando mayor prioridad a las primeras por encima de las segundas, lo que contradice la unidad de lo instructivo y lo educativo. Esto se evidencia tanto en las tareas que consideran que debe hacer el colectivo de año, como en las que realizan.

En una investigación desarrollada por Batista Gutiérrez y col. ⁽⁸⁾ se comprobó que el colectivo de año no ha logrado una concepción integradora que posibilite la coherencia armónica entre la formación profesional y la personal. La construcción del proyecto de vida universitaria del estudiante es posible cuando el colectivo de año asume como una vía fundamental de la gestión el trabajo educativo personalizado con los estudiantes, y no se limitan solamente a cumplir estrictamente con sus programas de estudio, situación que se presenta de forma habitual.

Triana Hernández y otros autores ⁽⁹⁾ definen tres etapas en el funcionamiento de los colectivos de años: 1ra. Autogestión (1962-1975), 2da. Gestión guiada (1976-1989) y 3ra. Gestión institucional e institucionalización remunerada de la gestión (1990-actualidad). En la primera hay tendencia al funcionamiento no institucionalizado que transita a la priorización de lo organizativo y administrativo; en la segunda la tendencia es al funcionamiento no institucionalizado que transita a la priorización de lo instructivo y en la tercera que se extiende a la actualidad, según criterios de estos autores la tendencia es al funcionamiento institucionalizado que transita a la priorización de la formación integral del estudiante universitario la cual se caracteriza por el trabajo en colectivos de profesores como órgano de dirección y como eslabón base para la formación integral de los profesionales, surge la figura del PPAA (profesor principal de año académico), institucionalización de la educación integral, gestión por objetivos de trabajo y de proyección estratégica, consolidación del trabajo educativo, perfeccionamiento hacia la formación integral del profesional, perfeccionamiento de la gestión estudiantil y conceptualización de las funciones y atribuciones del PPAA, profesor guía, tutores y colectivos de año. Sin embargo, el funcionamiento de estos colectivos aún no ha logrado desarrollar la autenticidad del grupo estudiantil, a través de la autogestión de su identidad, la autogestión de su transformación, la autogestión de su coprotagonismo y la autogestión de la autonomía integradora de las organizaciones estudiantiles, desarrollar una cultura organizacional en dicho funcionamiento, todo lo cual incide en las dificultades para propiciar la efectividad de las influencias educativas en la formación integral de los estudiantes, así como el logro de la coherencia entre la proyección institucional y la gestión del colectivo de año.

La gestión de los colectivos de años se ha ido perfeccionando, conceptualizando e institucionalizando a través del tiempo. La figura del PPAA le impregna un mayor rigor a dicho funcionamiento para el logro de los objetivos de trabajo. Considerarlo el eslabón base es asumir que allí es donde se concretan las metas de la organización y que los

niveles superiores no podrán sustituir el trabajo que a la base corresponde; por ello los profesores con más experiencia y condiciones deben ocupar las responsabilidades de base.

Pernas-Gómez ⁽¹⁰⁾ considera que para lograr la excelencia en el trabajo metodológico hay que hacer mucho trabajo metodológico, con enfoque sistémico, lo cual parece algo evidente, pero se pregunta ¿Lo será para todos?, plantea que no se puede dirigir un proceso sin dedicarle mucho tiempo a estudiar y aplicar en la práctica lo que se estudia, de manera que en la estrategia que se propone la preparación es importante pero la auto superación tiene un valor mayor.

Coincidiendo con Díaz-Velis-Martínez ⁽¹¹⁾, el trabajo metodológico a todos los niveles le aporta *cientificidad* al desarrollo curricular y facilita su *dirección consciente* y *ajuste* ante las características cambiantes del entorno, y el diseño curricular de medicina posee una estructura con potencialidades para emprender esta labor colectiva en los niveles organizativos del proceso de manera que repercutan positivamente en los niveles de dirección y se conviertan en un factor de cambio al generar nuevos objetivos, metas y ajuste en las estrategias.

CONCLUSIONES

Los resultados del diagnóstico corroboran que existen insuficiencias en la labor desarrollada por los niveles organizativos del proceso y el cumplimiento de sus funciones, aspectos que refuerzan la necesidad de la estrategia.

La estrategia se presenta como el sistema de acciones estructuradas de forma coherente en tres etapas. Se integra el cumplimiento de las funciones de los niveles organizativos del proceso a los estándares de calidad establecidos por la Junta de Acreditación Nacional (JAN).

En la validación de la propuesta realizada según el criterio de especialistas existió consenso en su pertinencia, viabilidad y novedad así como en la posibilidad de responder a las funciones de cada nivel organizativo integrado al sistema a los estándares de calidad que establece el SEA- CU.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ministerio de Educación Superior. El trabajo metodológico. En: Reglamento trabajo docente metodológico. Resolución No. 210/ 2007. La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2008. p. 14-41.
2. Sistema de Evaluación y Acreditación de Carreras Universitarias (SEA-CU). Manual de Implantación del SEA-CU. República de Cuba: Junta de Acreditación Nacional; Marzo 2014.
3. Venereo Collado N, López Padrón A, Capó Pérez JR. El trabajo docente-metodológico en el Departamento Carrera de Contabilidad y Finanzas de la Universidad Agraria de La Habana: estrategia metodológica para su perfeccionamiento. Rev. Cubana Ed. Sup. [Internet]. 2016 Mar [citado 2017 Jul 31]; 9(1): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142016000300005
4. Santos Martínez Rolando, Alfonso Hidalgo Anayda, Quintanilla Opizo Osmany Orestes, Chaviano Herrera Orlando, García Ávila Iván, Valdés Utrera José Ramón. Trabajo metodológico: reclamo para lograr interdisciplinariedad desde el colectivo año de la carrera de Medicina. EDUMECENTRO [Internet]. 2017 Mar [citado 2017

Jul 31] ; 9 (1): 175-189. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000100011&lng=es.

5. Machado Bravo, E.M., Veitía Arrieta, I.J., Campos Maura, E. El trabajo metodológico y su enfoque de sistema en la educación superior pedagógica. Congreso Universidad. [Internet]. 2014 [citado 2017 Jul 31] 3 (1): [13 p]. Disponible en <http://www.google.com/url?url=http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/rcu/article/download/596/558/&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwjo45fc49DaAhWsTd8KHTZxA6MQFggTMAA&usg=AOvVaw1YKYYIfw1g6MUx8EpkSa2W>
6. Martínez-Díaz PA, Alea-González M, Linares-Cordero M, González-Rangel MÁ. Propuesta metodológica para el perfeccionamiento del trabajo de los colectivos de asignatura en las carreras de Medicina y Estomatología. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2017 [consultado enero 10 2018]; 16(2): [268-279]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1987>
7. Hernández Fernández, H.T., Ortiz Cárdenas, T. El colectivo de año y sus potencialidades para la formación integral del profesional. Apuntes de una investigación. Congreso Universidad, [S.l.] [revista en Internet]. 2013; 1(3). Disponible en <http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/rcu/article/view/400>
8. Batista Gutiérrez, T., Rodríguez Arteaga, C., & Díaz Domínguez, T. El proyecto de vida universitaria: reflexiones desde los fundamentos del proceso de gestión pedagógica del colectivo de año en las universidades cubanas. *Rev. Pedagogía Universitaria* [revista en Internet]. 2013 [citado 2018 Feb 8]; 11(4): 26-38. Disponible en: <http://cvi.mes.edu.cu/peduniv/index.php/peduniv/article/view/378>
9. Triana Hernández, B.; Romero Recasens J.; Pérez González, O.; García Ramírez, M. "Gestión de los colectivos de años académicos en la educación superior cubana: tendencias históricas". *Revista Academia y Virtualidad* [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Feb 8]; (1), 41-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5342706>
10. Pernas-Gómez M. Trabajo metodológico: vía para dirigir el proceso enseñanza aprendizaje, no algoritmo de tareas. **EDUMECENTRO** [revista en Internet]. 2014 [citado 2016 Feb 8]; 6(1): [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/375>
11. Díaz-Velis-Martínez E, Cobas-Vilches M, Wong-Orfila T. Labor metodológica y enfoque de sistema en la carrera de Medicina. Facultad de Medicina de Villa Clara. **EDUMECENTRO** [revista en Internet]. 2013 [citado 2016 Feb 8]; 1(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/33>

ANEXO 1: Nivel de implicación para la variable Pertinencia e impacto social:

VARIABLE	INDICADOR	CRITERIO DE EVALUACIÓN	NIVEL IMPLICADO
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	Proyección de la profesión hacia el territorio y/o el país	Vínculo de los profesores y estudiantes a la solución de los problemas del territorio y/o del país.	Carrera Año
	Satisfacción de profesores, estudiantes, egresados y empleadores con la calidad del proceso de formación	Grado de satisfacción de los profesores, estudiantes, empleadores y los egresados.	Carrera Año Disciplina Asignatura

ANEXO 2: Patrón de calidad para la variable Pertinencia e impacto social:

Nivel organizativo	Patrón de calidad
Colectivo de carrera	Aunque el SEA- CU describe su patrón de calidad se considera útil incorporar como indicador en esta variable la formación vocacional y la reafirmación profesional, lo cual llevado al patrón de calidad implica que la carrera logra una labor de formación vocacional y la reafirmación profesional efectiva.
Colectivo de año	<p>El año académico logra una amplia proyección hacia el territorio, la región y el país, insertándose de forma efectiva en los principales programas de desarrollo y proyectos de investigación priorizados vinculados a su área de conocimientos. Los profesores y estudiantes gozan del reconocimiento de la sociedad por su activa participación en la solución de los problemas.</p> <p>El trabajo científico investigativo y profesional que realizan en conjunto profesores y estudiantes fortalece el surgimiento de nuevos resultados de impacto y pertinencia social y responden a las problemáticas de los servicios.</p> <p>Las principales entidades asistenciales del territorio valoran altamente la calidad del proceso de formación de los estudiantes del año, reconociendo su desempeño ético, competente y transformador, así como la capacidad de enfrentar con independencia, creatividad e innovación las tareas profesionales que se les encargan. Los estudiantes y profesores están satisfechos con la formación alcanzada en el año.</p>
Colectivo de disciplina	Los estudiantes y profesores están satisfechos con el aporte que a disciplina ofrece a su formación integral.
Colectivo de asignatura	Los estudiantes y profesores manifiestan satisfacción con el proceso docente educativo de la asignatura.

PESQUISAJE CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE AFECCIONES MAMARIAS EN UN CONSULTORIO MÉDICO. POLICLÍNICO ÁREA II CIENFUEGOS.2017

Autor: MsC Dra. Grissel Utrera Diaz griselud@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico Dr. Cecilio Ruiz De Zárate Cienfuegos, Cuba

Coautores:

Dr. Pedro L. Toledo Yanes Policlínico Dr. Cecilio Ruiz De Zárate Cienfuegos, Cuba

Dra. Lianet Pérez Rodriguez lianetpr@jagua.cfg.sld.cu, Dirección Municipal de Salud Cienfuegos, Cuba.

Lic. Roxana Ramirez Valero roxanarv@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico Dr. Cecilio Ruiz De Zárate Cienfuegos, Cuba

RESUMEN: Se realizó un estudio prospectivo descriptivo observacional de corte transversal con el objetivo de describir el comportamiento clínico epidemiológico de las afecciones mamarias en féminas mayores de 15 años del consultorio médico No. 30 del Policlínico área II, municipio de Cienfuegos en el período de un año. El universo estuvo constituido por un total de 465 féminas, a las cuales se les aplicó encuesta clínico epidemiológica y se les realizó examen clínico de las mamas, así como diagnóstico y tratamiento de las afecciones mamarias. Resultados: 267 pacientes presentaron algún síntoma y/o signo de afección mamaria, la mayoría se encuentran entre 31 a 50 años, con factores de riesgos asociados, la mastodinia fue el principal síntoma, seguido de las masas palpables, prevaleció la obesidad y el antecedente familiar de cáncer de mama así como la displasia mamaria como afección de mayor incidencia, se diagnosticaron 37 pacientes con nódulos, 3 de ellos malignos.

DeCS: Afecciones mamarias, Cáncer de mama.

INTRODUCCION

El cáncer es la patología de las mamas más temida por las mujeres. Sin embargo, el 90% de las consultas relacionadas con la mama se deben a patologías que resultan ser benignas ⁽¹⁾. Por ejemplo, los cambios en los niveles hormonales por la menstruación o

el embarazo a menudo causan sensibilidad en las mamas. La presencia de algo de inflamación y sensibilidad justo antes del período es normal. ⁽²⁾

El cáncer de mama es el cáncer más común entre mujeres. A pesar de estos grandes números, las tasas de mortalidad por cáncer de mama han ido disminuyendo desde 1990. La disminución de la mortalidad se debe en parte a los métodos de detección precoz, técnicas avanzadas de diagnóstico y tratamiento mejorado. ⁽³⁾

Estudios de población en los Estados Unidos y el Reino Unido demostraban un aumento e incidencia de cáncer de mama invasivo desde la década de 1970, atribuible a la adopción generalizada de la terapia hormonal posmenopáusica y a la detección por la mamografía. En la última década las mujeres se han abstenido de usar hormonas posmenopáusica observándose una disminución en su incidencia, pero no a los niveles observados antes del uso generalizado del método de cribado mediante la mamografía⁽⁴⁾

En Cuba en el año 2016 los tumores malignos fueron la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, con un total de 24 303 defunciones por esta causa, para una tasa de 216,3 por cada 100 000 habitantes; cifra que cada año va en aumento. ⁽⁵⁾

Cienfuegos: La situación epidemiológica de nuestra provincia coincide con la Nacional, con unas tasas de incidencia y mortalidad con tendencia al aumento. En el 2016 se reportaron 1525 casos nuevos de cáncer de mama ⁽⁶⁾ y en el Municipio hubo 22 mujeres fallecidas por esta afección y en nuestra área de salud hubo 5 fallecidas además el comportamiento de esta patología no difiere del resto del país, pues se presenta como la principal neoplasia que afecta al sexo femenino. ⁽⁶⁾

La tendencia ascendente, tanto en la incidencia como en la morbilidad relacionada con el cáncer de mama, ha demostrado la necesidad de realizar acciones encaminadas a su prevención y detección precoz. ⁽⁷⁾

Los profesionales del primer nivel de atención constituyen la línea de lucha inicial contra el cáncer, por lo que si realizamos el diagnóstico y tratamiento de las afecciones

mamarias se propiciará detectar el cáncer de mama en etapas iniciales por lo que nos proponemos describir el comportamiento clínico epidemiológico de las afecciones mamarias en féminas del consultorio médico No. 30 del Policlínico área II, municipio de Cienfuegos.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de investigación: Descriptivo, Prospectivo observacional de corte transversal con las féminas mayores de 15 años del Consultorio médico N0. 30 Policlínico área II Municipio Cienfuegos, en el período entre enero 2016 hasta enero del 2017.

Universo: Todas las féminas mayores de 15 años (465) que accedieron voluntariamente a través de su consentimiento informado de participar en el estudio y con la capacidad mental de responder a un cuestionario dirigido al pesquiasaje de afecciones mamarias, aplicando una encuesta clínico epidemiológica para la recogida de datos de cada paciente y realizando examen clínico de las mamas a dichas pacientes y aquellas con presencia de síntomas y ó signos se valoraron en la consulta de mastologia del área para diagnóstico, seguimiento y tratamiento. Para determinar el estado nutricional de cada paciente se realizó revisión de la historia clínica individual o se procedió a pesar y tallar la paciente para calcular el IMC y determinar si la paciente se encuentra obesa si este valor está por encima de 30 y normopeso si esta entre 19 y 28.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SSPS v. 19.0 y presentados en tablas con números y porcentos..

Resultados

Al analizar la tabla No. 1, vemos que el mayor número de pacientes se encuentran en las edades comprendidas entre 31 y 50 años así como la presencia de factores de riesgo asociados para el cáncer de mama que se encuentra en el 74.1 % de las féminas. Anexo No. 1

Al analizar la relación entre los factores de riesgos de mayor incidencia y la presencia de síntomas y /o signos de afecciones mamarias, observamos que la obesidad se evidencia como el factor de riesgo que más incide en nuestro estudio en un 89.8 %, seguido del Antecedente familiar de cáncer de mama (34.7 %) y el uso de los

anticonceptivos orales en un 33.5 %, viéndose estos con mayor incidencia en aquellas pacientes con lesiones tumorales. El síntoma que prevalece es el dolor en un 47.9 %. Anexo No. 2

Se muestra que a la mayoría de las pacientes se le diagnosticó displasia mamaria clínica (44.5%), seguida de la displasia fibroquística en 73 pacientes, así como la displasia secretora en el 20.9 %, todas prevaleciendo en los grupos de edad de mayor incidencia (entre 31 y 50 años). Señalamos además que se diagnosticaron 34 lesiones nodulares benignas y 3 nódulos malignos representando el 12.7 % y el 1.1 % respectivamente, de las pacientes sintomáticas. Anexo No. 3

Como se muestra en el anexo No. 4, a la totalidad de las pacientes sintomáticas (128) se les realizó ecografía mamaria y al 61.7 % se les realizó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), según resultado del ultrasonido.

En la descripción de las lesiones tumorales (Anexo No. 5), apreciamos que fueron diagnosticadas un total de 81, predominando las lesiones quísticas en el 46.9% de las pacientes y en 37 pacientes (45.6%) correspondieron a lesiones nodulares sólidas benignas y malignas. Se les realizó biopsia con aguja fina para tratamiento a 21 pacientes para evacuar quistes y galactoceles, solo 12 pacientes se les realizó seguimiento expectante de la lesión tumoral.

Como se muestra en la tabla No. 6, la mayoría de las pacientes recibieron tratamiento con vitaminoterapia (89.0%) y 25 de las que presentaron lesiones tumorales fueron sometidas a tratamiento quirúrgico, incluyendo las 3 pacientes con nódulos malignos, el resto benignos.

Discusión

El riesgo de cáncer de mama es menor antes de los 30 años e incrementa con la edad, estabilizándose a la edad de 80.8 ⁽⁸⁾. Aunque el Cáncer mama puede presentarse aun sin factores de riesgo la presencia de dos o más incrementan la posibilidad de desarrollar la enfermedad

Se han identificado una serie de factores de riesgo relacionados con la historia reproductiva, estilo de vida de las mujeres y otros de origen diverso que incrementan la posibilidad de presentar la enfermedad ^(9,10), las pacientes con un historial familiar de cáncer de mama, tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, el grado de riesgo depende del tipo de familiar afectado, además el riesgo también incrementa con el número de familiares afectados. ⁽⁸⁾ La obesidad es un factor modificable que puede incrementar el riesgo de padecer cáncer de mama, se plantea que el alto consumo de grasas puede incrementar este riesgo ^(8,9)

El uso de anticonceptivos orales se presentó en un gran por ciento de las féminas estudiadas, al igual que un estudio realizado en el hospital Julio Trigo ⁽¹¹⁾ sobre los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama donde resaltan que de 189 afectadas, 119 (60, 0 %) en algún momento de su vida tomaron anticonceptivos orales. Por otra parte, 198 enfermos (99 %) consumían grasa animal y carnes rojas como preferencia, lo cual demostró que poseían un estilo de vida inadecuado. ⁽¹¹⁾

Las féminas en su mayoría presentan síntomas y/o signos de afecciones mamarias y se caracterizan en su totalidad por presentar dolor, síntoma de mayor frecuente como motivo de consulta, no siendo así en el centro de cáncer de “EMMA ROMERO DE CALLEJAS” en una caracterización epidemiológica de pacientes con cáncer de mama, donde el 61.6% del total de las pacientes el motivo de consulta fue la presencia de masa en mama, 32.6% fueron referidos de otra institución con dolor. ⁽¹²⁾

Resultados similares se encontraron en un estudio realizado en Santiago de Cuba ⁽¹³⁾ donde se muestra que 62,5 % de las enfermas presentaron una mastopatía hormonal benigna. También se detectaron en ellas 26 nódulos mamarios benignos (fibroadenoma, quistes simples y lipomas) y 3 nódulos mamarios malignos (2 carcinomas ductales infiltrantes en estadio IIa y 1 carcinoma mixto en estadio IIb).

La ecografía es útil para evaluar algunas masas del seno y es la única manera para determinar si un área sospechosa es un quiste (saco lleno de líquido) sin necesidad de introducir una aguja para extraer líquido. Si la ecografía no ofrece resultados claros, puede que sea necesario realizar una biopsia para descartar el cáncer. ⁽¹⁴⁾ Colocar una

aguja fina en el quiste puede confirmar el diagnóstico y, al mismo tiempo, drenar el líquido del mismo. La eliminación del líquido puede disminuir la presión y el dolor por algún tiempo, considerándose el tratamiento aunque no es necesario extraer el líquido salvo que cause malestar. ⁽¹⁴⁾

El tratamiento con vitaminas, en especial la vitamina E asociada a la A, inhiben el efecto de las metilxantinas y tiraminas ingeridas en algunos alimentos. Estas incrementan la mejoría clínica en un gran número de pacientes con afecciones de la mama especialmente las displasias. El tratamiento quirúrgico es el de elección para todo tipo lesión sólida, es decir nodular benigna o maligna de la mama, excepto en las pacientes adolescentes la cirugía puede retrasarse varios años con seguimiento. ⁽¹⁵⁾

Conclusiones

La valoración previa de los casos sintomáticos en nuestra consulta, así como el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de pacientes con afecciones mamarias en el nivel primario, permite la detección temprana del cáncer de mama.

Referencias bibliográficas

- 1 .Saceda Corralo , D.Patologías benignas de mama.2017. Disponible en : <http://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/patologias-benignas-de-mama>
- 2- Enfermedades del seno NIH: Instituto Nacional del Cáncer. [Clínica DAM Madrid](http://www.clinicadam.com) [Internet] 2017. Disponible en: <https://www.clinicadam.com/temassalud/enfermedades-seno.html>
- 3- Cáncer de Mama Winship Cancer Institute of Emory University. Disponible en :www.cancerquest.org/es/para-los-pacientes/cancer-por-tipo/cancer-de-mama?gclid=COi-9_C6ptMCFQlehgodO6YB4Q#risk-factors
- 4- National Cancer Institute. Estadísticas del cáncer [Internet]. Estados Unidos: National Cancer Institute; 2016 Mar [citado 21 de Ene 2017] [aprox. 4 p] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- 5- Cuba. Dirección Nacional de Registros médicos. Anuario estadístico 2017 [Internet] 2016. La Habana: Minsap [citado 12 Ene 2018] Disponible en: <http://www.files.sld.cu/bvscuba/files/2017/05/anuario-estadistico-de-salud-2017.pdf>

6- Cienfuegos. Informe Estadístico: Dispensarización de enfermedades no transmisibles. Policlínico Área II: Departamento Estadístico; 2016.

7. Monge Castro C, Durán Bolaños G, Gamboa Montero M, Herrera Mora G. Cáncer de mama inflamatorio: un reto diagnóstico y terapéutico. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2013 Mar [citado 14 Dic 2016]; 30(1): 99-109. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152013000100013&lng=en

8- McEvoy MP, Coopey SB, Mazzola E, et al. Breast cancer risk and follow-up recommendations for young women diagnosed with atypical hyperplasia and lobular carcinoma in situ (LCIS). Ann Surg Oncol. 2015;22: 3346-3349.

9- Estadísticas del cáncer de mama. [Internet] 2017 Disponible en : <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/statistics/>

10- National Cancer Institute. Understanding Breast Changes: A Health Guide for Women. April 23, 2015. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/breast/understanding-breast-changes/> on June 9, 2016

11- Luana Argote Ravelo, I. Toledo Rodríguez, G. Delgado Almanza , R. Domínguez, D . Cano Moreno, P. Noa Borrón, A. Quiala Hozman, M. Factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes diagnosticadas en el hospital Julio Trigo. Rev.Cub.Sal.Trab. 2010; 11(1):3-6

12 Duarte Muñoz, F. Cálix, ES. Santos,R. Caracterización epidemiológica de pacientes con cáncer de mama, admitidas en el centro de cáncer “Emma Romero de Callejas” 1999 A 2009.Rev.Neur.Univ.Cienc.Med.Honduras. Jul-Dic.2011. 8(2):32-45

13- **Ricardo Ramírez, JM. Rodríguez Rodríguez, RD.** Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud rural. MEDISAN vol.16 no.7 Santiago de Cuba jul. 2012

14- Médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer. Afecciones no cancerosas de los senos. Disponible en :<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/afecciones-no-cancerosas-de-los-senos.html>

15- León PO, Ayala L, Belloso R, Enríquez L, Souchón E. Cáncer de mama en edades avanzadas en España. Clin Med HCC 2007; 2(2): 92-6.

Anexos

Anexo No.1: Relación entre grupo de edad y presencia de factores de riesgo asociados para el cáncer de mama

GRUPO DE EDAD	CON FACTORES DE RIESGO		SIN FACTORES DE RIESGO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
<20	7	2.6	4	1.4	11	4.11
21-30	23	8.6	12	4.4	35	13.1
31-40	49	18.3	25	9.3	74	27.7
41-50	63	23.5	24	8.9	87	32.5
51-60	32	11.8	1	0.3	33	12.3
61-70	15	5.6	2	0.7	17	6.3
71 y mas	9	3.3	1	0.3	10	3.7
Total	198	74.1	69	53.9	267	100

Fuente: Formulario de datos

Anexo No. 2: Relación entre los factores de riesgos de mayor incidencia y la presencia de síntomas y /o signos de afecciones mamarias

FR Asociados de mayor incidencia	Dolor		Secreción por el pezón		Tumor o masa palpable		Inflamación		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
APF CM	8	6.25	-	-	32	25	3	2.3	44	34.7
Obesidad	60	46.8	5	3.9	48	37.5	2	1.5	115	89.8

No L. Materna	4	3.12	25	19.5	9	7.0	1	0.7	39	30.4
Uso Ant. Orales	15	11.7	18	14	10	7.8	-	-	43	33.5
1er hijo después de los 30 años	1	0.7	16	12.5	-	-	-	-	17	13.2
APP hiperplasia ductal	-	-	15	11.7	2	1.5	-	-	17	13.2
Total	128	47.9	90	33.7	105	39.3	6	2.2	320	119

Fuente: Formulario de datos

Anexo No. 3: Relación entre grupo de edad y afecciones mamarias diagnosticadas.

Afecciones mamarias	<20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		+70		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Displasia Clínica	6	5.04	11	9.24	47	39.5	31	26.1	17	14.3	6	5.04	1	0.84	119	40.3
Enf. Fribroq.	1	1.37	10	13.7	23	31.5	24	32.9	9	12.3	5	6.85	1	1.37	73	27.3
Displasia Secretora	-	-	5	8.92	5	8.93	2	3.57	2	3.57	1	1.79	-	-	56	19.0
Mastitis	-	-	-	-	3	50	3	50	-	-	-	-	-	-	6	2.0
Nódulo B.	4	11.8	6	17.6	8	23.5	11	32.4	4	11.8	1	2.94	-	-	34	11.5
Nódulo M.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33.3	-	-	2	66.7	3	1.0
Galactocele	-	-	1	25	3	75	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1.4

Fuente: Formulario de datos

Anexo No. 4: Complementarios realizados a las pacientes atendidas en la consulta.

Complementarios	No.	%
Ultrasonido	128	100
Biopsia (BAAF)	79	61.7
Estudio Citológico	65	50.7
Estudio Bacteriológico	65	50.7
Mamografía	7	5.4

Fuente: Formulario de datos

Anexo No. 5: Descripción del seguimiento de las lesiones tumorales.

Seguimiento	Lesiones Tumorales									
	Nodulares		Quísticas		Galactoceles		Lipomas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
BAAF Diag.	37	45.6	38	46.9	4	4.9	2	2.4	81	100
BAAF Tto (evacuar)	-		17	20.9	4	4.9	-		21	5.9
Expectante	12	14.8	-		-		2	2.4	14	7.2

Fuente: Formulario de datos

Anexo No. 6: Tratamiento según diagnóstico

Tratamiento	No	%
Vitaminoterapia	114	89.06
Homeopatía	21	16.4
Antibiótico	6	4.6
Quirúrgico	25	19.5

Fuente: Formulario de datos

TÍTULO : PILARES TERAPÉUTICOS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Autora: Anabel María Pérez Armas *

*Estudiante de 3er año Licenciatura de Enfermería.

RESUMEN:

La insuficiencia cardiaca se ha convertido en un creciente problema de salud, debido al envejecimiento poblacional y el aumento de la supervivencia de los pacientes cardíopatas; en los últimos años hubo un incremento de defunciones en la provincia de Cienfuegos por esta enfermedad por lo nos trazaron como objetivo Identificar los principales tratamientos utilizados en la insuficiencia cardiaca incluyendo la Medicina Natural y Tradicional lo que permitirá una mejor atención de enfermería a pacientes con esta patología. Resulta de gran importancia, para prevenir la progresión de este problema de salud, la rápida intervención terapéutica tan pronto se detecte la enfermedad, sea esta sintomática o no. Para ello se consultó un total de 16 fuentes bibliográficas, entre ellos artículos de revistas científicas, libros y otras accedidas a través de los principales gestores de la red informática.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca; terapia; enfermería; medicina natural y tradicional.

INTRODUCCIÓN

El corazón es el órgano principal del aparato circulatorio. Funciona como una bomba, impulsando la sangre a todo el cuerpo. El corazón está dividido en cuatro cámaras o cavidades: dos superiores, llamadas aurícula derecha (atrio derecho) y aurícula izquierda (atrio izquierdo), y dos inferiores, llamadas ventrículo derecho y ventrículo izquierdo.

Algunas enfermedades del corazón pueden tener como causa un defecto congénito (se nace con ellos) y otros se adquieren después, en el curso de la vida. (1)

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen una de las principales causas de muerte en el mundo, en las cuales se destacan las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la insuficiencia cardiaca. (2)

La insuficiencia cardiaca es la incapacidad del corazón de bombear suficiente sangre de los ventrículos y proporcionar un gasto cardiaco que garantice la circulación normal requerida para enfrentar las demandas metabólicas del cuerpo, produciéndose una congestión en la circulación pulmonar y/o sistemática. (3)

Desde 1979 a 1997 se ha observado un incremento en la incidencia y prevalencia de insuficiencia cardíaca, con un incremento del 127,8 y del 257% en las muertes y hospitalizaciones debidas a insuficiencia cardíaca, respectivamente. (4)

En 1994 se estimaba que en los Estados Unidos de Norte América, 2,3 millones de personas padecían el síndrome de insuficiencia cardiaca y por tanto se infería que más de 15 millones de personas en el mundo padecían el mismo (4)

En los últimos años, la IC se ha revelado como un problema de salud pública cada vez más frecuente, tanto por el incremento progresivo en su incidencia, como por las grandes repercusiones de tipo personal, social y económico que produce.

Es importante señalar que a pesar del gran avance en el arsenal terapéutico con que se cuenta actualmente, las cifras de mortalidad no han mejorado en la última década.(4)

La IC tiene una prevalencia aproximada de un 2% , por lo que en una población de 2500 pacientes cerca de 50 la desarrollarán. En los casos leves la mortalidad anual es de 5-10% , y en los severos, puede ascender hasta un 30-40% . En los Estados Unidos (EU) alrededor de 5 millones de personas la padecen con una incidencia anual de 400 000 nuevos casos, 800 000 hospitalizaciones, y al menos 250 000 muertes al año. (4)

En Cuba, en el 2014, murieron 26 626 personas por padecer enfermedades en el corazón. En el Hospital Universitario "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, se reporta el 6,8 de cada 1000 ingresos en ese centro, a causa del síndrome de insuficiencia cardíaca. En el año 2013, en Cienfuegos murieron 1 977 personas por insuficiencia cardíaca y en el 2015, un total de 2 007 personas. (5)

En el 2016, en Cuba, mueren 24 497 personas por padecer enfermedades del corazón y 1965 de ellas son debido a la insuficiencia cardíaca para una tasa de 17.5 por cada 100 000 habitantes. (6)

En la provincia de Cienfuegos, hallaron que la mayoría de los pacientes que padecen la enfermedad se ubicaban en el grupo de edad correspondiente a los 80 años y más, así como un predominio del sexo masculino con 935 defunciones, mientras que otro estudio realizado en esta misma provincia predominaron los pacientes femeninos con 1 030 defunciones.(6) (7)

La mejor manera de prevenir la insuficiencia cardíaca es practicar hábitos de vida sana que reduzcan las probabilidades de padecer una enfermedad del corazón. También es importante averiguar si uno tiene algún factor de riesgo que contribuya a la insuficiencia cardíaca, tal como hipertensión arterial o enfermedad arterial coronaria. (3)

Las evidencias recientes en los estudios clínicos, contribuyen a adquirir más conocimientos sobre las estrategias del tratamiento de la insuficiencia cardíaca; la emergencia de nuevos datos es de vital importancia para la actualización de las guías de tratamiento y las buenas prácticas clínicas.(3)

Las peculiares características de esta enfermedad y en especial de su manejo terapéutico, hacen posible un beneficio adicional al tratamiento farmacológico, es por esto que se hace necesario abordar los aspectos más relevantes del tratamiento de la IC, haciendo énfasis en el tratamiento farmacológico de la misma. (3)

Objetivo:

Identificar los principales tratamientos utilizados en la insuficiencia cardíaca incluyendo la Medicina Natural y Tradicional lo que permitirá una mejor atención de enfermería a pacientes con esta patología.

DESARROLLO

Desde un punto de vista clínico, la insuficiencia cardíaca puede definirse como la situación en la que una anomalía de la función cardíaca induce disfunción ventricular sistólica o diastólica que se acompaña de síntomas de congestión venosa o de hipoperfusión periférica. Los avances en el conocimiento de la enfermedad muestran que el control de los síntomas ha dejado de ser el único objetivo terapéutico. En la

actualidad se sabe que además de disminuir los síntomas, el tratamiento correcto puede:

- Prevenir la aparición y progresión de la IC.
- Evitar la evolución de la disfunción ventricular asintomática a IC sintomática.
- Disminuir la morbilidad (complicaciones, reagudizaciones, reingresos, etc.).
- Como objetivo prioritario, reducir la mortalidad.(3)

Por lo tanto, los objetivos generales del tratamiento son:

- Aliviar los síntomas y mejorar la tolerancia al ejercicio.
- Prevenir la progresión de la enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida.
- Prevenir las complicaciones: disminuir la morbilidad.
- Reducir incidencia de exacerbaciones agudas y hospitalizaciones.
- Reducir la mortalidad.(3)

El método más práctico para detectar tempranamente la IC consiste en vigilar estrechamente a los pacientes que presentan factores de riesgos tales como infarto de miocardio en curso o antecedentes del mismo, hipertensión arterial mal controlada, diabetes mellitus, hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) y edad mayor de 65 años. (8) Ante un paciente con insuficiencia cardiaca hay que tener en cuenta las medidas preventivas, dispensar y controlar, correctamente, los factores predisponentes fundamentales como HTA y cardiopatía isquémica en el adulto. En pacientes diagnosticados con IC se deben mantener medidas de control adecuadas para evitar su descompensación por factores agravantes o precipitantes y, en el niño, un correcto diagnóstico prenatal de las cardiopatías siempre y cuando sea posible, para ello se realiza un ultrasonido a las embarazadas a las 23 semanas el cual tiene un papel primordial.(9)

Además, debe tenerse en cuenta la edad del paciente, el trabajo que desempeña, la personalidad, la situación familiar, la motivación, el deseo de cooperar con el tratamiento y la respuesta a este.(3)

Existen tres modalidades de tratamiento de la IC:

- Tratamiento quirúrgico.
- Tratamiento no farmacológico.
- Tratamiento farmacológico.(3)

Tratamiento quirúrgico:

Se aplica solo a pacientes específicos y muchos de los procedimientos quirúrgicos están aún en fase experimental. Entre ellos se encuentra la cirugía de válvula mitral, revascularización coronaria, remodelado ventricular, cardiomioplastia, implantación de dispositivo desfibrilador-cardioversor, corazón artificial y trasplantes cardíaco.(3)(8)

Tratamiento no farmacológico:

1. Educación del paciente y su familia: se debe proporcionar información clara, práctica y sencilla al paciente y su familia sobre la IC, pues conocer la enfermedad y su tratamiento resulta fundamental para favorecer el autocontrol. Prevenir o evitar los factores precipitantes y saber reconocer los síntomas y signos de descompensación, va a conseguir que el paciente y su familia se impliquen en el plan de cuidados. (10)

2. Control de peso, ingesta y diuresis: se recomienda el control diario de peso, ingesta y diuresis en pacientes en situación inestable. El incremento brusco de peso (>2 kg en 3 días) se debe a la retención hidrosalina que suele preceder a las reagudizaciones. El autocontrol del peso sirve para detectar esta situación en fases iniciales ya que el cambio significativo en el edema periférico aparece cuando el paciente ha retenido unos 5 litros o más de líquido. (10)

3. Dieta: la dieta debe ser rica y variada, pobre en sal y sin grasas. En pacientes obesos (índice de masa corporal $>30\text{kg/m}^2$) debe considerarse una reducción de peso para prevenir la progresión de la enfermedad y mejorar los síntomas y el estado general. Por otro lado, la desnutrición es frecuente en estadios muy avanzados. La restricción de sodio es un aspecto importante de la dieta. (10)

Se debe evitar el consumo de bicarbonato sódico, de comprimidos efervescentes y de agua mineral con gas e incluso sin gas debido al alto contenido en sodio de algunas marcas. (11)

4. Ejercicio físico: la actividad física diaria, regular y moderada en los pacientes con IC estable mejora su capacidad funcional (caminar 30 minutos, 4 o 5 veces por semana, o pasear en bicicleta durante 20 minutos, 5 veces por semana). Sólo en los episodios de descompensación se aconseja el reposo durante los primeros días. (10)

5. Tabaco y alcohol: la recomendación de no fumar ni beber alcohol es apropiada para todos los pacientes con IC. El alcohol puede tener un efecto inotrópico negativo y está asociado a un aumento de la presión arterial y riesgo de arritmias. El tabaco es un conocido factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. (10)

6. Actividad sexual: hay poca evidencia. Pueden aparecer los mismos síntomas que al realizar un ejercicio físico moderado (palpitaciones, disnea, etc.). (10)

7. Vacunaciones: se aconseja la vacuna contra el neumococo y la vacuna anual contra la gripe. La inmunización contra la hepatitis B sólo está indicada en los candidatos a trasplante cardíaco (TC). (10)

8. Actividad social y empleo: las actividades que realice el paciente deben estar adaptadas a su capacidad física. (10)

9. Viajes: todos los pacientes con IC deben conocer el efecto de los cambios de la dieta, temperatura y humedad sobre el balance hidrosalino y sus implicaciones en el tratamiento diurético. Los viajes largos en avión están desaconsejados debido al riesgo de desarrollar edema maleolar e incluso trombosis en las extremidades inferiores. (10)

10. Anemia: la anemia (Mujeres: 110-130 g/L y Hombres: 120-150 g/L), es común en la IC siendo más frecuente en mujeres, ancianos y pacientes con insuficiencia renal. (10)

11. Hipertensión arterial: el tratamiento de la HTA reduce considerablemente el riesgo de IC. La TA debe ser $\leq 140/90$ mmHg, o valores menores si se tolera, en pacientes hipertensos. Y debe ser $\leq 130/80$ mmHg en pacientes diabéticos y pacientes de alto riesgo (Accidente Cerebro Vascular, infarto miocardio, insuficiencia renal, etc.). (10)

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, todos los elementos abordados constituyen una parte importante del tratamiento porque contribuyen de forma eficaz en la estabilidad clínica del paciente y en mejorar su calidad de vida.

Tratamiento farmacológico:

El tratamiento farmacológico incluye:

1. Fármacos con probada eficacia y recomendados para todos los pacientes con IC y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), betabloqueadores, diuréticos y digitálicos.
2. Fármacos a considerar en subgrupo de pacientes con IC: vasodilatadores (hidralazina y dinitrato de isosorbide), bloqueadores del receptor de la angiotensina (losartán) y otros como:
 - Antiarrítmicos: Amiodarona.
 - Anticoagulantes: Warfarina.
 - Hipolipemiantes: estatinas.
 - Antihipertensivos.(3)(8)(12)

Clasificación de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca:(3)(8)(13)

1. Medicamentos que reducen la precarga y el volumen intravascular:
 - a) Diuréticos (diuréticos del Asa: Furosemida, Torasemida; tiazidas: Hidroclorotiazida, Clortalidona, Metolazona; ahorradores de potasio: Espironolactona.) (tabla 1)
2. Medicamentos que inhiben los mecanismos neurohumorales activados en la IC:
 - a) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): Captopril, Enalapril, Lisinopril y Ramipril. (tabla 2)
 - b) Antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II): Losartán, Candesartán y Valsartán.
 - c) Bloqueadores de receptor beta adrenérgicos: Carvedilol, Bisoprolol y Metoprolol. (tabla 3)
3. Medicamentos que aumentan la fuerza de contracción del corazón:
 - a) Inotrópicos glucósidos: Digoxina.
4. Medicamentos utilizados en diferentes situaciones clínicas que acompañan a la IC: vasodilatadores (Hidralazina y Dinitrato de isosorbide), antiarrítmicos (Amiodarona) (tabla 4), inotrópicos no glucósidos (Dobutamina), anticoagulantes (Warfarina) y hipolipemiantes (estatinas) (14)

Tratamiento utilizado en Medicina Natural y Tradicional. (15)

En la acupuntura, para la tonificación del paciente con insuficiencia cardiaca se utilizan los puntos V14, V15, VC14 y VC17; y para su sedación se utilizan PC6 y PC4.

El tratamiento con plantas medicinales es:

- Albahaca blanca infusión 15 a 20 g (de follaje seco o fresco) por 1 litro de agua hirviendo, dejar reposar 15 min antes de filtrar, ingerir 150 ml 3 veces al día.
- Ajo decocción 20 gr. de bulbos frescos y pelados en medio litro de agua. Hervir por 5 min y beber 3 tazas al día.
- Ajo tintura al 20% beber 20 gotas 2 veces al día.
- Té de riñón, infusión 20 g (hojas) por 1 litro de agua hirviendo, beber 300 a 500 ml repartido en 3 a 4 dosis. Prepararlo diariamente.
- Té de riñón, extracto fluido 30 a 40 gotas en medio vaso de agua 2 veces al día.
- Apio. Infusión 2 gr. de semillas en 1 vaso de agua hirviendo. Reposar por 5 min. Filtrar y beber 2 vasos al día.

- Cebolla. Ingerir de 200 a 300 gr. de bulbos frescos al día, durante las comidas.
- Cítricos (naranja agria, naranja dulce, limón, mandarina). Decocción. Hervir por 5 min de 5 a 12 gr. de hojas frescas o corteza de fruto. Ingerir de 300 a 500 ml en 2 a 3 dosis.
- Coco. Consumir al día 500 ml de su agua o endospermo líquido en 1 o 2 dosis al día (siempre de los frutos inmaduros).
- Diente de León. Infusión 20 gr. de hojas en 1 litro de agua hirviendo. Filtrar, reposar. Beber 3 vasos al día.
- Hinojo. Infusión 10 gr. de semillas en 1 litro de agua hirviendo. Reposar, filtrar. Beber 120 ml 2 veces al día. No administrar por más de 3 días.
- Llantén menor. Infusión 20 gr. de hojas frescas en 1 litro de agua hirviendo. Reposar, filtrar. Beber 1 vaso 3 veces al día.
- Maíz. Decocción. Hervir durante 5 min 30 gr. de estigma de maíz fresco en 1 litro de agua. Filtrar. Beber de 3 a 4 vasos al día. Evitar uso continuado.
- Perejil. Decocción 20 gr. de follaje en 1 litro de agua. Hervir por 5 min Reposar, filtrar y beber 3 tazas al día.

También se utilizan medicamentos homeopáticos (en caso de un edema pulmonar agudo y un fallo derecho) el Phosphorus y la Digitalis purpurea. (16)

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante en la atención a estos pacientes en los tres niveles de atención y para ello resulta fundamental tener un conocimiento actualizado sobre la farmacología para poder prevenir las reacciones adversas o interacciones medicamentosas que pudieran aparecer en los pacientes bajo su cuidado. Al aplicar el tratamiento no farmacológico y las acciones relacionadas con la Medicina Natural y Tradicional los profesionales de enfermería desempeñan un papel protagónico y les permite formular diversas acciones independientes al planificar el Proceso de Atención de Enfermería para cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Rodríguez T, Navarro López JJ. Guía para Cardiopatas. Cienfuegos, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2012 p-1.
2. Dirección Provincial de Salud. Cuadro de Salud. Cienfuegos, Cuba: ENCIMED; 2015
3. Vergel Rivera GM, Tasé Martínez MJ, Groning Roque E. Farmacología. Proceso de Atención de Enfermería. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p-193
4. Lopera A, Castellano A, de Marchena E. Nuevos fármacos en insuficiencia cardíaca. Miami, Estados Unidos: University of Miami School of Medicine EEUU; 2001. p-122
5. Dirección de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2015. p-69

6. Dirección de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2016. p-69
7. Martín Pérez M, Fernández Ruiz DR, Fernández Martín MA. Utilización de la digoxina en pacientes geriátricos. Rev cubana de Farm 2009. p-36.
8. González Maqueda I, Gómez Guindal JA, González Lama I. Tratamiento médico de la insuficiencia cardiaca. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
9. Álvarez Sintés R. Medicina General Integral vol. (V). La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p-1129
10. Aldámiz Echeverría- Iraurguí B. Insuficiencia cardiaca: tratamiento y seguimiento. España, 2015. p-23
11. Fenton Tait MC, León Román CA. Temas de Enfermería Médico Quirúrgica vol I. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p-48
12. Área de Referencia Complejo Hospitalario de Santiago. Manual de Diagnósticos y Tratamientos de Insuficiencia Cardiaca Crónica. Santiago de Cuba, Cuba: Servicios de Cardiología; 2011. p-31
13. Ramírez Vásquez H. ¿Cuál es el papel actual de la digoxina en la era de los estudios multicéntricos? [Internet]. 2013 [citado 30 nov 2015]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2013/03/¿Cual-es-el-papel-actual-de-la-digoxina-en-la-era-de-los-estudios-multicéntricos?/>.
14. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
15. Álvarez Díaz TA, Tosar Pérez MA, Echemendia Salís C. Medicina Tradicional China. Acupuntura, moxibustión y medicina herbolaria. Edit UH. 2014. p-263
16. Pérez Viñas M, Ávila Guethon J, Cabrera N, Miranda C, Delgado del Busto CA, Acosta Martínez LA, et al. Guía de procedimientos terapéuticos de la Medicina Natural y Tradicional que puede aplicarse en situaciones de desastres. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p-10

ANEXOS:

Tabla 1. Dosis de diuréticos en el tratamiento de pacientes con IC

Fármaco	Dosis inicial	Dosis usual y/o máxima
Hidroclorotiazida	25 mg/día	25 - 100 mg/día
Clorotiazida	250 mg/día	250 - 500 mg/día
Clortalidona	25 mg/día	25 - 50 mg/día
Metolazona	2,5 mg/día	2,5 - 10 mg/día
Indapamina	1,25 mg/día	2,5 - 5 mg/día
Furosemida	40 mg/día	40 - 400 mg/día
Torasemida	20 mg/día	20 - 200 mg/día
Ácido etacrínico	25 mg/día	25 - 200 mg/día

Tabla 2. Dosis de Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) útiles en el tratamiento de pacientes con IC

Fármaco	Dosis inicial	Dosis usual y/o máxima
Captopril	6,25 mg 3 veces/día	12,5-50 mg 3 veces/día
Enalapril	2,5 mg 2 veces/día	10-20 mg 2 veces/día
Lisinopril	5 mg/día	10-40 mg/día
Ramipril	1,25 mg 2 veces/día	5 mg 2 veces/día
Trandolapril	1 mg/día	4 mg/día
Fosinopril	5 mg/día	20-40 mg/día
Quinapril	10 mg 2 veces/día	20-40 mg 2 veces/día
Benazepril	10 mg 1-2 veces/día	40 mg 1-2 veces/día
Perindopril	4 mg 1-2 veces/día	8 mg 1-2 veces/día

Tabla 3. Dosis de los betabloqueadores útiles en el tratamiento de pacientes con IC

Fármaco	Dosis inicial	Dosis usual y/o máxima
Bisoprolol	1,25 mg/día	10 mg/día
Carvedilol	3,125 mg 2 veces/día	25 - 50 mg 2 veces/día
Metoprolol	12,5 mg 2 veces/día	50 - 75 mg 2 veces/día

Metoprolol (succinato)	12,5 mg/día	200 mg/día
------------------------	-------------	------------

Tabla 4. Dosis de Vasodilatadores útiles en el tratamiento de pacientes con IC

TABLA 61.1. Vasodilatadores

<i>Fármaco</i>	<i>Vía de administración</i>	<i>Comienzo de acción (min)</i>	<i>Duración del efecto</i>	<i>Dosis</i>
Enalapril	v.o.	60	12-24 h	5-20 mg
Captopril	v.o.	30	6-8 h	25-50 mg
Nitroprusiato	i.v.	2-3	2-3 min	50-300 microg/min
Nitroglicerina	i.v.	2-3	15 min	50-300 microg/min
	Sublingual	2-3	15-20 min	0,4-0,8 mg
	Percutánea	15	6 h	20-25 mg
Dinitrato de isosorbide	v.o.	20	4-6 h	20-30 mg
Hidralazina	v.o.	30-60	6-8 h	50-100 mg

Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor. Una polémica en la prescripción.

Alicia del Rosario Ramírez Pérez ¹, Maira Quirós Enriquez ², Eidy Rodríguez Herrera ³, Yoilé A. Valdés Garrido ⁴, Diana R Fernández⁵, Mohamed Nidhar Ali ⁶.

¹aliciar@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, MSc en Longevidad satisfactoria. ²farmacologia5404@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, MSc en Educación médica. ³toxicología@hosped.cfg.sld, Hospital pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, MSc en toxicología clínica. ⁴yoileavg@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico Manuel Piti Fajardo de Palmira Cuba, MSc en Atención Integral al niño. ⁵metdircit3008@ucm.cfg.sld.cu, CENCEC, Cuba, MSc en Enfermedades infecciosas. ⁶Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, estudiante de la carrera de medicina, 5to año.

Resumen

La elevada utilización de medicamentos en el anciano se asocia a factores que propician su uso inadecuado, de los cuales la causalidad no siempre ha sido determinada de forma explícita. Diseño de estudio: descriptivo, transversal de serie de casos y esquema terapéutico con elementos de consecuencias prácticas. Objetivo: caracterizar la polifarmacia, posibles interacciones medicamentosas potenciales asociadas y elementos debatibles en el proceso de prescripción. Universo: 130 individuos que consumen algún medicamento, entre 60 y 99 años de edad, 65 de ambos sexos, que desearon participar desde las consultas ubicadas en la Atención Primaria e instituciones hospitalarias en la provincia de Cienfuegos, Cuba durante el segundo semestre del 2017. Se tuvo en cuenta número de medicamentos de consumo regular en el último año, variables demográficas, comorbilidad, modo de prescripción, grupos farmacológicos y consumo simultáneo de medicamentos. Resultados: se pudo constatar la presencia de polifarmacia, predominando el consumo de 10 medicamentos y más en masculinos de la tercera edad y féminas de la cuarta edad, asociada a alto índice de comorbilidad 47(61,8%) y posibles interacciones medicamentosas potenciales por combinación de medicamentos de uso frecuente por el geronte que se automedica 106(81,5%) siendo los antiinflamatorios no esteroideos el grupo farmacológico más utilizado. Conclusión: la polifarmacia, el autoconsumo, la elevada comorbilidad y su asociación a posibles interacciones medicamentosas potenciales evidenciaron el uso indiscriminado de medicamentos lo que se relacionó con inclusión al esquema terapéutico de grupos farmacológicos que empleados inadecuadamente pueden convertirse en una amenaza para la calidad de vida del geronte.

Palabras claves: Adulto Mayor, Polifarmacia, Interacciones Medicamentosas Potenciales, Medicamentos, Modo de Prescripción.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud entre los innumerables problemas médicos del adulto mayor registrados en los estudios de utilización de los medicamentos (EUM) que se presentan como un gran reto en la práctica médica contemporánea se encuentran la polifarmacia y las interacciones medicamentosas potenciales (IMP) resultantes. ^(1,2)

Está demostrado con amplitud que las personas viven más tiempo y que el grupo poblacional más medicado de la sociedad son los ancianos, su prescripción reviste características propias que los diferencian de otros grupos etáreos: del 65% al 90% utilizan más de 3 medicamentos en forma simultánea, con una media que oscila de 5 a 7 por anciano, concomitan numerosas enfermedades que aumentan con el declinar de la vida, aparecen cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento que repercuten en la farmacocinética y farmacodinamia, todo lo cual conlleva a mayor consumo de medicamentos que sugiere mayor interacciones medicamentosas. ^(3,4)

Estos factores hacen que la IMP se manifieste como una reacción adversa que, en el mejor de los casos, si es detectada oportunamente, podrá corregirse. Sin embargo, es interpretada erróneamente con elevada frecuencia como empeoramiento de la enfermedad, pobre adherencia terapéutica o inefectividad de alguno de los medicamentos indicados. ⁽⁵⁾

Sin embargo, el uso racional de medicamentos en el geronte es necesario; se considera la piedra angular del tratamiento integral, y pese a todas las ventajas que ofrece, constituye la primera fuente de trastornos iatrogénicos. ⁽⁵⁾

El detalle es que contribuye a un círculo vicioso donde el paciente se automedica para calmar sus dolencias o deambula de un especialista a otro influenciando su decisión para que este prescriba sin una visión integral un nuevo medicamento, propiciando la "polifarmacoterapia" y generando una suerte de "efecto cascada" donde la persona puede terminar descompensándose, pero la causa se perdió de vista. Es esperado que las IMP sean un importante y persistente problema de Salud Pública, tanto en términos de morbimortalidad, como de costos. ^(6,7)

En tal sentido el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor en Cuba hace varios años y como parte de su estrategia de potenciar una de sus aristas, la farmacología geriátrica desde la investigación y con integración a la asistencia médica, desarrolla varios proyectos en la provincia de Cienfuegos que indagan en el uso racional de los medicamentos en este grupo especial.

Lo anterior señala la magnitud del problema; la polifarmacia como síndrome geriátrico, la asociación de IMP y la polémica que genera la prescripción de este sector de la sociedad que hoy muestra indicadores de país desarrollado (20,1% de envejecimiento), todas situaciones habituales de difícil solución práctica. Por tanto resulta oportuno investigar la problemática planteada en el contexto actual basado en las experiencias científicas de la literatura nacional e internacional teniendo en cuenta que dichos elementos no han sido estudiados con la frecuencia requerida en los últimos cinco años por lo que se plantea como objetivo: caracterizar la polifarmacia y las posibles IMP que tributen en polémicas durante la prescripción en adultos mayores durante el segundo semestre del año 2017.

Desarrollo.

Diseño Metodológico: tipo de estudio; observacional descriptivo de corte transversal de serie de casos. Diseño EUM: esquema terapéutico con elementos de consecuencias prácticas. Universo: 130 individuos que consumen medicamento, con edades comprendidas entre 60 y 99 años y sexo estratificado (65 femeninos y 65 masculinos), que asistieron a consulta médica por cualquier motivo, en niveles de Atención Primaria y Secundaria, y desearon ser partícipes

de la investigación. Escenarios: consultorios de médicos de familia ubicados en la Atención Primaria de Salud (APS) del municipio Cienfuegos y consultas médicas en el Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” y el Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” en la provincia de Cienfuegos. Período: seis meses, del 1ero de julio al 31 de diciembre del año 2017. Ética: aprobado por el comité de ética, consejo científico de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos e instituciones implicadas y el consentimiento informado de los pacientes (Anexo 1 y 2). Procedimientos: entrevista semiestructurada elaborada y aplicada por los autores en consulta médica, previa coordinación y planificación con el médico de asistencia (Anexo 3) e Índice de Charlson ⁽⁸⁾ (Anexo 4). Variables investigadas: edad, sexo, número de enfermedades intercurrentes, número de medicamentos de consumo regular por día, forma farmacéutica, grupo farmacológico, hora de consumo y modo del acto de consumo de cada medicamento, ingestión del medicamento con agua, alimentos o jugo de toronja, etc. Se registró la fuente de obtención de los medicamentos y el consumo simultáneo entre medicamentos que propiciaron posibles IMP. Métodos y procedimientos estadísticos: se confeccionó una base de datos empleando el software estadístico SPSS versión 21,0. Las técnicas utilizadas tipo descriptivas con distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas. Se aplicó la medida de tendencia central media aritmética para determinar la media de consumo de medicamentos según edad y grupo etéreo, edad media de la serie. Razón entre el modo de prescripción.

Análisis y discusión de los resultados:

En los adultos mayores el deterioro progresivo de sus órganos y sistemas origina la aparición de enfermedades crónicas con mayor frecuencia que en otros grupos poblacionales; con frecuencia los síntomas agudos aislados, la mayoría transitorios, son causas que incentivan el consumo marcado de medicamentos, muchos de los cuales son prescritos no solo por el facultativo, ocasionando la ingestión exagerada, que pocas veces, lejos de solucionar un problema, acarrea otros, la polifarmacia. ⁽⁴⁾ En la tabla 1 se destaca que el consumo de 4 y hasta 9 medicamentos 80(52,9%) representó los adultos mayores de la serie, seguido de los que consumieron 10 y más fármacos diariamente 48 (37,0%). Solo presentaron ausencia de polifarmacia 2 (1,5%). Datos similares se reportan en trabajos similares realizados en las Tunas, Cuba durante el año 2012 en el Hogar de Ancianos “Carlos Pupo Font” registrando 76(86%) de los ancianos con polifarmacia. ⁽⁹⁾ Así también en un consultorio de la APS del Policlínico “Ana Betancourt”, municipio Playa, durante el año 2013. ⁽¹⁰⁾

Tabla 1: Distribución del número de medicamentos de consumo de manera regular por los gerontes.

Número de medicamentos	Cantidad de pacientes (n=130)	%
Polifarmacia (4 – 9)	80	61,5
Polifarmacia Mayor (10 y más)	48	37,0
Hasta 3	2	1,5

Fuente: Entrevista semiestructurada.

Es un hecho común el desmedido consumo de medicamentos en el anciano que puede pasar inadvertido al médico más atento, causa frecuente de confusos cuadros clínicos, incremento de la morbilidad y hospitalizaciones cuyo remedio estriba en la suspensión vigilada de todos los remedios que consume. ⁽⁴⁾ La tabla 2 representa que la media de consumo de la serie fue de 11 medicamentos por adulto mayor de forma regular con intervalo mínimo de 3 y máximo de 19, correspondiendo la media más alta de consumo registrada de 13 medicamentos en masculinos de 60 a 74 años (7-19) y en femeninas de 75 a 89 años (8-18). La edad media de la serie fue de 74,884 años (mínimo 60 años, máximo 92 años). La influencia de factores externos es importante en el proceso multifactorial del envejecimiento, este no siempre coincide con la edad cronológica, así tampoco no fue predecible el resultado que descolló en la serie donde predominó el consumo mayor de medicamentos en el grupo de 60 a 74 años con lo registrado en la literatura; en la medida que avanza la edad aumenta el consumo de medicamentos en el geronte, la mayoría de los artículos relacionados con el tema lo enfocan así. ⁽⁵⁻¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ Los aspectos referentes a la polifarmacia representada en el consumo regular de 4 a 9 medicamentos son coincidente en esta investigación con los datos aportados por trabajos similares realizados en la APS en Cuba durante la última década como Ramírez Pérez y colaboradores ⁽⁴⁾, Natalia Fernández Guerra ⁽¹³⁾, Rocha Vázquez ⁽¹⁴⁾, quienes reportaron un franco predominio de la polifarmacia en adultos mayores del sexo femenino sobre el masculino.

Tabla 2: Representación de la media de consumo de medicamentos por geronte según grupo de edades y sexo.

Grupos de edades/Sexo		Cantidad de pacientes	Nro. Medicamentos/geronte Media(Mínimo-Máximo)
			11 (3-19)
60-74	Femenino	21	8 (4-12)
	Masculino	49	13 (7-19)
75-89	Femenino	36	13 (8-18)
	Masculino	14	7 (4-10)
90-99	Femenino	8	7,5 (4-11)
	Masculino	2	3(3)

Fuente: Entrevista semiestructurada.

La prevalencia de enfermedades intercurrentes aumenta exponencialmente con la edad, acompañan al envejecimiento, incrementan del número de consultas y aumentan del uso de fármacos que favorecen respuestas inadecuadas que pueden desencadenar efectos secundarios indeseables por mayores IMP. ^(15,16) La tabla 3 muestra que los ancianos polimedicados con alto índice de comorbilidad 47(61,8%) representaron la serie, seguido por el grupo con polifarmacia mayor y alto índice de comorbilidad 29(38,2%). Es oportuno destacar los ancianos con una enfermedad crónica o ausencia de estas presentaron polifarmacia 14(63,6%) y polifarmacia mayor 8(36,4%). Domínguez y colaboradores plantean que en los ancianos superiores a 75 años de edad se concentra el mayor número de reacciones iatrogénicas, debido a la farmacoterapia asociada a la comorbilidad sugerida por los años vividos y, especialmente, a la polifarmacia. ⁽¹⁷⁾ Es frecuente

que el anciano que vive solo o acompañado consume fármacos clínicamente inútiles o, lo que es peor, antagonistas. En otras ocasiones mezcla medicamentos que potencian sus efectos secundarios, afectando negativamente su estado de salud. ⁽⁴⁾

Tabla 3: Relación entre el consumo regular de medicamentos y el índice de comorbilidad en el adulto mayor.

Número de medicamentos	Índice de Comorbilidad					
	Alto (n=76)		Bajo (n=32)		Ausente (n=22)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Polifarmacia (4 – 9)	47	61,8	19	59,4	14	63,6
Polifarmacia Mayor (10 y más)	29	38,2	11	34,4	8	36,4
Hasta 3	0	-	2	6,2	0	-

Fuente: índice de Charlson (n=130)

Es sabido que el adulto mayor frecuentemente se automedica; tiende a mantener de forma estable el uso de aquellos fármacos que le alivia sus males e interpreta a su modo la posología. ⁽⁴⁾ La tabla 4 registró 20 grupos farmacológicos de mayor uso y 1022 prescripciones de las cuales se indicaron 483(47,3%) por facultativo y 539(52,7%) por automedicación. La razón entre el modo de prescripción fue de 1:1, lo cual expresa; por cada 1 adulto mayor que se automedica, hay 1 adulto mayor que recibe prescripción por facultativo en el período estudiado.

Por prescripción facultativa se utilizaron 20 grupos farmacológicos los más indicados fueron los Antiagregantes plaquetarios 65(87,8%), hipolipemiantes 64(86,5%) y los AINEs 44(59,5%); mientras que por automedicación se utilizaron 14 grupos, los más indicados fueron AINEs 116(100,0%), antihistamínicos H1 95(81,9%), antagonistas H2 66(56,9%), antiácidos 65(56,0%), antimicrobianos y benzodiacepinas 47(40,5%), antidepresivos tricíclicos 26(22,4%). Las vitaminas no se incluyen en el concepto de polifarmacia pero es válido aclarar que, la consumieron 41(35,3%) ancianos sin previa consulta con el médico de asistencia y solo 15(20,3%) las utilizaban por indicación médica. Los resultados coincide con lo reportado por Rojas, en Las Tunas, que obtuvo predominio de los AINES ⁽⁹⁾, otra investigación en Villa Clara constata que los AINEs y los diuréticos constituyen los fármacos de mayor consumo representando el 67,7% cada uno, seguido de antihipertensivos, sedantes y ansiolíticos figurando en el 62,7% en cada caso. ⁽¹⁸⁾ Mientras que en el Policlínico “Héroes del Moncada” del municipio Plaza de la Revolución La Habana, se consta que los grupos más usados son los prescritos para patologías cardiovasculares, en segundo lugar para las patologías del aparato osteomioarticular y luego los de uso para trastornos digestivos. ⁽¹⁹⁾ Martínez en su investigación reportó que los grupos más frecuente son los hipotensores, muy seguidos de los diuréticos, los psicofármacos los analgésicos, mientras que los autoprescritos; vitaminas, analgésicos, laxantes, antihistamínicos y psicofármacos ⁽¹⁰⁾ Sin embargo, en Chile predominan los ansiolíticos. ⁽²⁰⁾ Estos reporten pueden estar relacionados con las políticas terapéuticas establecidas en cada institución, la situación de salud de cada región y el manejo terapéutico que realice el personal médico, entre otras causas.

Tabla 4: Frecuencia de los grupos farmacológicos de mayor uso según el modo de prescripción empleada en los adultos mayores.

Grupos farmacológicos	Modo de prescripción			
	Prescripción facultativa (n=74)		Automedicación (n=116)	
	Nro.	%	Nro.	%
AINEs	44	59,5	116	100,0
Antihistamínico H1 de Primera Generación	19	25,7	95	81,9
Antihistamínico H2	18	24,3	66	56,9
Antiácidos	19	25,7	65	56,0
Antimicrobianos	19	25,7	47	40,5
Benzodiazepinas	24	32,4	47	40,5
Antidepresivos tricíclicos	31	41,9	26	22,4
inhibidores de la bomba de protones	19	25,7	16	13,8
Diuréticos	24	32,4	6	5,2
Antiagregante plaquetario	65	87,8	5	4,3
Glucocorticoides	11	14,9	5	4,3
Hipolipemiantes (estatinas, policosanol)	64	86,5	2	1,7
Antihipertensivo	37	50,0	1	0,8
Metilxantinas	9	12,2	1	0,8
Hipoglucemiantes	31	41,9	0	-
Opioides	12	16,2	0	-
Anticoagulantes orales	11	14,9	0	-
Digitálicos	8	10,8	0	-
Antigotosos	3	4,1	0	-
Vitaminas	15	20,3	41	35,3
Total de prescripciones	483	47,3	539	52,7

Fuente. Entrevista Semiestructurada Leyenda: AINEs (antinflamatorios no esteroideos) n=130

La influencia de las interacciones por vía oral entre medicamentos es muy variable y con frecuencia clínicamente irrelevante; en muchas situaciones los prescriptores prefieren administrar los medicamentos a una misma hora para evitar los olvidos del consumo en los ancianos o incluso prescribirlos con los alimentos para favorecer el apego terapéutico y así en determinadas situaciones disminuir las afecciones gastrointestinales derivadas de su administración; sin embargo en cualquiera de las variantes mencionadas lo que sucede con mayor frecuencia es fallo en la terapéutica. ⁽⁴⁾ En la tabla 5 se relacionan las principales combinaciones de fármacos que propiciaron posibles IMP en los ancianos con polifarmacia, donde la combinación más utilizada fue el uso de AINEs con antiagregantes plaquetarios 65(51,2%) favoreciendo mayor riesgo de sangrado, seguida del empleo de AINEs con hipotensor/diurético 61(48,0%) propiciando posible efecto antagonista de la acción hipotensora del segundo, disminuyendo su eficacia. En un estudio prospectivo con 1000 ancianos, se observó que 6% de las hospitalizaciones fueron atribuidas a interacciones fármaco-fármaco y más del 12% tenían interacciones farmacológicas significativas al momento de la hospitalización. ⁽²⁰⁾ En la investigación de Villa Clara en 59 pacientes con polifarmacia se detectó la posibilidad de interacciones farmacológicas, por ejemplo el consumo simultáneo

de antianginosos con antihipertensivos en 14(23,7%) ancianos puede ocasionar el incremento del efecto hipotensor; sedantes más diuréticos 11(18,6%) puede aumentar el efecto hipotensor, lo cual puede producirse con el uso simultáneo de antianginosos y aspirina 8(13,5 %).⁽¹⁸⁾

Según naturaleza ácida o básica de los fármacos, su relación con la absorción por vía oral y atendiendo al diseño farmacéutico, no se tuvo en cuenta este elemento, pues se constató; el consumo simultáneo de fármacos ácidos débiles como ácido acetil salicílico, furosemida, ibuprofeno, dipirona con fármacos bases débiles como difenhidramina, dechlorfeniramina, amitriptilina, antiácidos. Otras interacciones encontradas relacionadas con la forma farmacéutica, liposolubilidad de la molécula y la distribución fueron con fármacos hidrosolubles, tal es el caso del uso de digoxina, diltiazem y teofilina, distribución que estará disminuida por la presencia de moléculas polares y solubles en agua, con tendencia a menor volumen de distribución por lo que sus niveles séricos serán mayores en los ancianos, estos a su vez presentan coeficiente grasa/agua mayor que favorece mayor concentración plasmática y menos depósito en tejidos grasos.⁽⁶⁾

En cuanto a las interacciones relacionadas con la absorción existen diferentes factores que pueden modificarse y por tanto existir fármacos que retrasan o enlentecen aún más el vaciamiento gástrico, por ejemplo los antagonistas H1, antiácidos como las de sales de aluminio, anticolinérgicos, los antidepresivos tricíclicos.⁽⁶⁾ La hipoclorhidria secundaria a la gastritis atrófica se presenta hasta el 10% en el anciano, es otro factor relevante en la cuarta edad, dependiente del tipo de envejecimiento que ha sucedido con el pasar de los años, por tanto, la absorción de drogas que requieren un entorno ácido puede estar afectada, tal es el caso de ampicilina y aspirina prescritos tanto por automedicación como por prescripción facultativa y registradas en el presente trabajo.

Por el envejecimiento las proteínas plasmáticas también están modificadas, encontrándose la albúmina plasmática disminuida, por tanto, los fármacos con carácter ácido (aspirina, diuréticos, antibióticos, AINEs, anticoagulantes orales), tienden a ser solubles en agua y utilizan como transportadores plasmáticos a estas proteínas, estarán en su fracción libre luego de difundir a la circulación sistémica; la probabilidad de aparición de toxicidad a estos medicamentos estará aumentada si se administran simultáneamente por desplazamiento del sitio de unión al transportador (albúmina). Esta condición se pronuncia en el anciano con enfermedad aguda, propiciando aumento de la fracción libre de la molécula farmacológicamente activa, aumentando su concentración plasmática y su disponibilidad para unirse al sitio de acción y consecuentemente mayor actividad farmacológica e incluso toxicidad como extensión de sus acciones.⁽⁶⁾⁽¹⁸⁾

Otras posibles IMP fueron las combinaciones inadecuadas con repercusión en la excreción y de gran importancia en el anciano aquí se relacionan: el ácido acetil salicílico a bajas dosis (125mg) con efecto hiperuricémico con el uso superior a los 30 días, cuando interactúa con el hipotensor Bloqueador de los canales de Calcio (amlodipino) disminuye la excreción del ácido acetil salicílico alcanzándose niveles plasmáticos que pueden llegar a efectos tóxicos con desacople de la fosforilación oxidativa; otro ejemplo el uso simultáneo de salicilatos con antiácidos de forma regular (pueden aumentar la excreción renal de los salicilatos por alcalinización de la orina) y consecuentemente falla terapéutica.⁽⁶⁾ En cuanto a las posibles IMP

farmacodinámicas de carácter aditivas se registraron combinaciones de dos benzodiazepinas de larga duración, dos Betalactámicos por ejemplo aminopenicilina y cefalosporina de primera generación; inhibidores de la secreción clorhidro-péptica (antihistamínico H₂+ IBP), dos hipolipemiantes. Resultados similares se encontraron en el trabajo de Rojas. ⁽⁹⁾ Sin embargo, durante el consumo de isoniazida, rifampicina, penicilina o las tetraciclinas utilizadas por los adultos mayores de la investigación, debe aclararse que estos deben ser administrados dos horas antes o después de comidas que contengan derivados de productos lácteos, pues puede ocurrir la quelación durante el consumo simultáneo con alimentos por la presencia de cationes divalentes de calcio²⁺, interfiriendo su absorción. ⁽⁶⁾ Elemento obviado por desconocimiento de los ancianos y prescriptores registrado con el instrumento aplicado. Así también se identificó el consumo simultáneo del ácido acetil salicílico con otros medicamentos como ibuprofeno, naproxeno, piroxicam, dipirona todos del mismo grupo farmacológico; el posible efecto potencial esperado es el incremento del riesgo de úlceras gastroduodenales y hemorragias, debido a un efecto sinérgico en su mecanismo de acción inhibiendo la producción de prostaglandinas con efecto vasodilatador y citoprotectoras de la mucosa en el órgano. En cuanto a las combinaciones sinérgicas, en muchos casos justificadas, se encontraron consumo simultáneo de medicamentos tales como antihistamínicos H₁ con benzodiazepinas, AINEs con antidepresivos tricíclicos y Antiagregante plaquetario (aspirina 125mg) con diurético (espironolactona/furosemida) y con antihipertensivo (IECA).

Tabla 5: Combinaciones de los principales medicamentos de consumo simultáneo que propiciaron posibles IMP en los adultos mayor polimedicados.

Medicamentos simultáneos	IMP	Polimedicados (n=127)	
		Nro.	%
AINEs- Antiagregante Plaquetario (aspirina)	Aumenta el riesgo de sangrado	65	51,2
AINEs – hipotensor/diurético	Antagoniza efecto hipotensor, disminuye eficacia	61	48,0
Antiagregante Plaquetario (aspirina)- AntihistamínicosH ₁ (difenhidramina)	Disminuye eficacia de aspirina	58	45,7
AINEs (Paracetamol).- Antibióticos (penicilina RL, amoxicilina, tetraciclina, isoniacida)	Disminuye eficacia	37	29,1
Cimetidina - Propranolol	Bradycardia, hipotensión	29	22,8
AINEs- espironolactona	Hipercalemia, disminuye eficacia diurética, nefrotoxicidad	22	17,3
IECAS.-. espironolactona	hipertotasemia	22	17,3
amitriptilina- diazepam	Déficit psicomotor	21	16,5
diltiazem -ranitidina	toxicidad cardiovascular aumenta [diltiazem]	12	9,4
Anticoagulante Oral(Warfarina).- AINEs	Aumenta el riesgo de sangrado	11	8,7

hidroclorotiazida -prednisona	Hipocalemia, arritmias cardiacas	9	7,1
Metilxantina (teofilina)- Antiácidos (alusal)	Disminuye eficacia de teofilina	9	7,1
AINEs(aspirina)- diltiazem	Prolonga tiempo de sangrado	8	6,3
digoxina- sucralfato	Disminuye eficacia de digoxina	8	6,3
Cimetidina - teofilina	Aumenta el tiempo de vida media y toxicidad	7	5,5
Aspirina, corticoides.- alcohol	aumenta riesgo de sangrado	5	4,0
Prednisona- tiacidas	Hipocalemia	4	3,1

Fuente: Entrevista Semiestructurada. Leyenda: IMP (Interacción medicamentosa potencial), IBP (Inhibidor de la bomba de protones)

Conclusiones.

- La polifarmacia, el autoconsumo, independiente de las enfermedades intercurrentes diagnosticadas o no, y su asociación a posibles IMP evidencian el uso indiscriminado de medicamentos y se presentan como elementos controversiales durante el proceso de prescripción. Estas se relacionan con inclusión al esquema terapéutico de grupos farmacológicos que empleados inadecuadamente amenazan la calidad de vida del geronte.

Referencias Bibliográficas.

- 1- Sánchez R, Flores A, Aguiar P, Ruiz S, Sánchez CA, Benítez V .et al. Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores. Revista Fuente. [Internet] 2013[citado 18 abril 2018];4(10):[aprox.5p]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/archivosdemedicina>
- 2- Keith B. Fármacos en geriatría. En: La atención de los ancianos: un desafío para los años 2020. Washington DC: OMS, 2013.p.267-73. (Publicación Científica # 546).
- 3- Furones Mourelle JA. Bases científicas para el desarrollo y la utilización de los medicamentos. En: Morón Rodríguez FJ [y otros actores]. Farmacología general. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002 .p.19-20.
- 4- Ramírez Pérez AR. Polifarmacia en adultos mayores del consultorio médico de familia-9, Área II. Una evaluación desde la comunidad [tesis para obtener el grado de Especialista de primer grado en Farmacología]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas; 2017. [Citada 18 abril 2018] Disponible en: www.jimsmedica.com
- 5- Domínguez R, Hechavarría A, Ortiz LM, Suarez MJ. Polifarmacia en la tercera edad. Algunas consideraciones. [Citado 18 abr 2018]. Disponible en: http://www.medicinageneral.org/revista_16/pdf/951-654.pdf
- 6- Osterhoudt KC, Penning TM. Toxicidad e intoxicación por fármacos. En: Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12ma .ed, 2011.p.73-86
- 7- Soares Rodrigues MC, Oliveira C. Interacciones medicamentosas y reacciones adversas a los medicamentos en polifarmacia en adultos mayores:

- una revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2016. [citado 16 abr 2018] 6;[aprox.52p] .Disponible en:[http:// www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- 8- De la Serna F. Insuficiencia Cardíaca Crónica. En: Colectivo de autores. Epidemiología de la IC; 2006.p.1-13. [citado 18 abr 2018]. Disponible en: http://www.scielo.pdf_files
 - 9- Rojas SC, Santiesteban MT, Montes de Oca NF, González A, Cruz EM. Comportamiento de la polifarmacia en el Hogar de Ancianos “Carlos Font Pupo”, Las Tunas, 2012. Rev Cubana Med Gen Integr 2013;2(2) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol2_2_13/mgi121-213t.htm
 - 10- Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Carballo Pérez M, Larrondo Viera JJ. Polifarmacia en los adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2014[citado 18 abr 2018];21(1)[aprox.8p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1_14/mgi121-214t.htm
 - 11- Castro-Rodríguez A, Orozco-Hernández JP, Marín-Medina DS. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. Rev. Méd. Risaralda 2016; 22 (1): 52-57
 - 12- Fonseca Reyes I. Intervención educativa para modificar la polifarmacia en el adulto mayor. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana _ CIMF. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Versión Virtual. 2012. Disponible en: <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012>
 - 13- Fernández Guerra N, Díaz Armesto N, Pérez Hernández B, Rojas Pérez A. "Polifarmacia en el Anciano". Revista Acta Médica. 2013;10(1-2). [Citado 18 abr 2018]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2011/act081013.htm
 - 14- Rocha Vázquez M, Leal Curí L. Polifarmacia en ancianos del Consultorio 6 del Área II de Cienfuegos. Monografía en Internet. [Citado 18 abr 2018]. Disponible en: http://www.medicinageneral.org/revista_113/pdf/848-851.pdf
 - 15- Cruz MA. Reacciones adversas del factor de transferencia y características de su prescripción. La Habana, 2001-2010 [tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias Médicas]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2014. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/579/57937403.pdf>
 - 16- Cruz Toscano MM. Farmacología en geriatría. Polifarmacia, prescripción inadecuada en adultos mayores. 2014
 - 17- Domínguez R, Hechavarría A, Ortiz LM, Suarez MJ. Polifarmacia en la tercera edad. Algunas consideraciones. [Citado 18 abr 2018]. Disponible en: http://www.medicinageneral.org/revista_16/pdf/951-654.pdf
 - 18- Guevara T, Nepomuceno N, Hernández O. Polifarmacia en el adulto mayor. Medicentro. [Internet]2013 jun[citado 18 abr 2018];14(2) Disponible en:www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsalcl/g.../ens2016.pdf
 - 19- Rodríguez Duque R, Jiménez López G, Fernández Manchon E. Caracterización de las reacciones adversas medicamentosas en ancianos: Cuba. Rev. Cubana Farma. 2013; 41(3):34-75.
 - 20- Blasco F, Martínez López de Letona J, Pérez Maeztu R, Villares R, Ponce J. Estudio piloto sobre uso de fármacos en ancianos que ingresan en un Hospital. Chile. Med. Interna. 2013; 21: 69-71

Anexo 1
Aprobación por el comité de ética y consejo científico.
Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”

Título: “Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor. Una polémica en la prescripción”

Yo, _____ presidente(a) del consejo Científico y Co (a) _____ presidente(a) de la comisión de ética de la facultad hemos sido informados por el jefe(a) principal del proyecto de la actual investigación que los Estudio de Utilización de Medicamentos son una herramienta valiosa, auditan la vida de los fármacos en la sociedad una vez que se han comercializado, están destinados a promover el uso racional de los recursos terapéuticos con una visión epidemiológica, al permitir identificar los mejores esquemas de tratamientos, los problemas relacionados con la prescripción, el modo de uso de los medicamentos, así como el diseño y evaluación de programas que modifiquen favorablemente enfermedades que aparecen como consecuencia directa de la terapéutica farmacológica.

Así también la OMS ha reconocido la necesidad de establecer una política nacional de medicamentos en cada país y la importancia de una estrategia asociada de investigación que incluya estos estudios, por lo cual, se manifiesta el interés de realizar una investigación para caracterizar los perjuicios que el uso de los medicamentos pueden provocar y que aparecen a consecuencia directa de la terapéutica irracional en los pacientes geriátricos en los dos niveles de la atención de salud en la provincia de Cienfuegos durante el período septiembre-diciembre del año 2017.

De igual manera se ha explicado que los resultados serán utilizados sólo con fines científicos y manejados por el investigador responsable del proyecto, que del estudio no se obtienen beneficios económicos para los investigadores que lo realizan, ni para los centros participantes; sin embargo contribuirá a ofrecer datos que indiquen el estado actual del uso de los medicamentos en la comunidad y el hospital provincial universitario, mejorar la calidad de la prescripción y propiciar el uso racional de los recursos, lo cual redundará en una disminución de los costos relacionados con el consumo de los medicamentos, considerado por la causa que lo genera un problema de salud en la provincia.

Por los argumentos presentados se considera pertinente la investigación, y como constancia de aprobación firmo la presente.

A.....días del mes.....del año 2017

Presidente del consejo científico de FCM Raúl Dorticós Torrado. Firma:

Presidente del comité de ética de FCM Raúl Dorticós Torrado: Firma:

Investigador principal del proyecto. Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez. Especialista en Farmacología Registro 84993. Firma:

Anexo 2
Consentimiento Informado

Título: “Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor. Una polémica en la prescripción”

A través de este documento deseo expresar que he sido informado acerca del desarrollo de la investigación, cuyo investigador principal es la Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez. La misma contribuye a identificar problemas relacionados con el modo, prescripción y consecuencias del uso irracional de medicamentos en la persona mayor de 60 años, sana o enferma.

Se me ha informado, además, que los datos inherentes a mi persona serán solamente del conocimiento de los investigadores, respetándose en todo momento lo establecido internacionalmente por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial del 1964. De igual manera se me ha explicado que de este estudio no se obtienen beneficios económicos para los investigadores que la realizan, ni para mí, además, que se me otorga el derecho de retirarme de dicha investigación en el momento que lo estime conveniente sin menoscabo de las relaciones con los autores del trabajo.

Sobre la base de lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas mis dudas, expreso mi disposición a participar en esta investigación ofreciendo todos los datos que se me solicitan. A...días del mes.....del año 2017

Y para que así conste firmo el siguiente documento:

Nombre y Apellidos del paciente:

Firma:

Investigador Principal del Proyecto. Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez.
Especialista en Farmacología. UCM-Cienfuegos.

Firma:

Este documento se firmara por duplicado quedándose una copia para el paciente y el documento original para el investigador el cual será archivado.

Anexo 3.
Entrevista semiestructurada

1. Sexo: 1.F / 2.M
2. Edad: ___ en años. Agrupar en: 60-74 años , 75-89 años , 90-99 años
3. Consumo simultáneo de los medicamentos con (Marcar con X)
 1. Jugo de toronja
 2. Brócoli
 3. Repollo
 4. coliflor
 5. Carne asada al carbón
 6. Hierba de san Juan
 7. Berro
4. Frecuencia de consumo _____ semanal/ diario/ quincenal
5. Modo de utilizar los medicamentos:
 1. Un médico
 2. Varios médicos
 3. Automedicado
6. En caso de automedicación ¿cuál es la fuente de obtención del medicamento? Marque con una (X) en caso correcto.
 1. Me lo mandan del extranjero
 2. El médico me complace cuando solicito la receta porque me conoce
 3. Me lo consigue una vecina y/o amigo
 4. Por receta médica indicado por el médico
 5. Indicaciones médicas anteriores de más de un año y no se han reajustado al tratamiento actual
7. Momento del día en que ingiere los medicamentos. Marcar con una (X)
 1. Con los alimentos principales (D/A/C) ___
 2. Con leche ___
 3. Con jugo de frutas cítricas ___
 4. Con agua fría ___
 5. Como me lo indicó el médico ___ Puede tener asociación con 1, 2, 3,4.
 6. En cualquier momento del día ___
 7. En la noche antes de dormir ___
8. Medicamento de consumo regular en el último año

Anamnesis Farmacológica:

APP	Modo de adquirir en farmacia			Modo Prescripción		Posología		Forma farmacéutica
	Venta libre	receta	tarjetón	Facultativo	Automedicado	Frecuencia	Meses o Años de uso	
ECNT								Tabletas, capsulas, polvos soluciones, suspensiones, supositorios, cremas, ungüentos,
Enfermedad Aguda (Menos de 1 mes)								
Preguntas Dirigidas sobre grupos farmacológicos con mayor potencial de IMP en el geronte								
Diuréticos								
AINes								
Antihipertensivo								
Digitálico								
Antidepresivo ATC								

Benzodiacepina								
Antipsicótico								
Antiácidos								
Laxantes								
Analgésico opioide								
preguntas de consumo dirigidas a Medicamentos específicos ¿Consume?								
Alopurinol								
Cimetidina								
Omeprazol								
diltiazem								
Verapamilo								
Amiodarona								
Fluoxetina								
Propoxifeno								
Isoniacida								
cloranfenicol								
ciprofloxacina								
eritromicina								
quinina								
Disulfiram								
ketoconazol								
Dicumarol								
rifampicina								
fenitoína								
fenobarbital								
carbamazepina								
griseofulvina								
progesterona								

Anexo 4 Índice de Charlson

- Infarto de miocardio: Debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en encimas y/o en ECG (1 punto).
- Insuficiencia cardíaca: Debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diurético o vasodilatador. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos no se incluirán como tales (1 punto).
- Enfermedad arterial periférica: Incluye claudicación intermitente, intervenidos de bypass arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm diámetro (1 punto).
- Enfermedad cerebrovascular: Pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio (1 punto).
- Demencia: Pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico (1 punto).

- Enfermedad respiratoria crónica: Debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploraciones complementarias de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma (1 punto).
- Enfermedad del tejido conectivo: Incluye lupus, polimiositis, enfermedad mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide (1 punto).
- Úlcera gastroduodenal: Incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras (1 punto).
- Hepatopatía crónica leve: Sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica (1 punto).
- Diabetes: Incluye los tratados con insulina o hipoglucemiantes pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta (1 punto).
- Hemiplejia: Evidencia de hemiplejia o paraplejia como consecuencia de un AVC u otra condición (2 puntos).
- Insuficiencia renal crónica moderada / severa: Incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dL objetivadas de forma repetida y mantenida (2 puntos).
- Diabetes con lesión en órganos diana: Evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar (2 puntos).
- Tumor o neoplasia sólida: Incluye pacientes con cáncer pero sin metástasis documentadas (2 puntos).
- Leucemia: Incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas (2 puntos).
- Linfoma: Incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma (2 puntos).
- Hepatopatía crónica moderada / severa: Con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía) (3 puntos).
- Tumor o neoplasia sólida con metástasis (6 puntos).
- SIDA definido: No incluye portadores asintomáticos (6 puntos).

Puntaje: _____

Interpretación del Puntaje:

- 0- 1- ausencia de enfermedades intercurrentes
- 1- 2- índice bajo de enfermedades intercurrentes
- 2- ≥3 - índice alto de enfermedades intercurrentes

PREECLAMPSIA, TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO.

AUTORES:

Est. Elizabeth Madrigal Magariño, email: medemm960401@ucm.cfg.sld.cu. Estudiante de 4to año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Est. Yurisan Kovey Mora. Estudiante de 4to año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Est. Juan Carlos Madrigal Magariño. Estudiante de 2do año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Est. Gretter Isabel Moré González. Estudiante de 4to año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión de 21 referencias bibliográficas, libros, revistas con el objetivo fundamental de lograr una aproximación a los aspectos más relevante sobre la preeclampsia en cuanto a su Morfofisiología del sistema reproductor femenino, etiopatogenia, factores predisponentes y prevención. El término preeclampsia, normalmente describe un espectro amplio de condiciones que pueden acompañarse sólo de elevaciones leves de la tensión arterial, o llegar hasta hipertensión severa con daño de órgano blanco. Se considera la importancia de abordar esta temática al considerarse la elevación de la expectativa de vida en la población cubana, y la disminución cada vez más marcada de la natalidad. Para el mismo se utilizaron métodos como análisis síntesis.

Palabras clave: Preeclampsia, Hipertensión, Eclampsia.

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes hipertensivos se encuentran entre las complicaciones médicas más comunes del embarazo, con una incidencia reportada entre el 5 y el 10 por ciento de todas las embarazadas. La incidencia varía entre los hospitales, regiones, y países.

La preeclampsia (PE) complica al 30% de las gestaciones múltiples, al 30% de los embarazos en mujeres diabéticas, y al 20% de las gestaciones en las mujeres con hipertensión crónica. Sin embargo, dos tercios de todos los casos ocurren en embarazadas que, fuera de este desorden, son nulíparas sin otras complicaciones aparentes.¹

Según una estimación de la OMS más de 200.000 muertes maternas ocurren cada año en el mundo como consecuencia de las complicaciones derivadas de la preeclampsia-eclampsia. Mayor morbilidad materna y perinatal fue referida en aquellas enfermas que desarrollan la enfermedad antes de la 33ª semana de gestación, en quienes padecen enfermedades previas, y en poblaciones pertenecientes a naciones subdesarrolladas.

En países desarrollados la mortalidad actual vinculada con la enfermedad hipertensiva en el embarazo es 1,4 por cada 100.000 nacimientos y a nivel mundial representa el 16,1% de las muertes maternas. La afección se presenta en el 6% a 8% de las gestantes. Sin embargo la incidencia es muy variable dependiendo de las características poblacionales. Suecia registra uno de los índices más bajos: 0,5% de las embarazadas, mientras que en algunos países africanos supera el 10% . En un reciente registro nacional llevado a cabo en

EEUU durante varios años, se comprobó que el 8% de las embarazadas fueron hipertensas y que la población se conformaba por: 3% de hipertensas. De acuerdo con las cifras publicadas en nuestro país por organismos gubernamentales, la enfermedad hipertensiva, junto a las hemorragias y a las infecciones, constituyen las principales causas de morbi-mortalidad materna.²

Problema científico

Existe la preocupación en el equipo de trabajo acerca de las actuales tendencias relacionadas con la preeclampsia donde queden esclarecidos los principales factores de riesgo además de las principales manifestaciones clínicas que acompañan dicha entidad nosológica.

Justificación

El dominio de estos contenidos en manos de los miembros del equipo de salud, tiene una alta relevancia debido a que con la elevación de la expectativa de vida y la inversión de la pirámide en la población cubana, el índice de nacimientos va en descendencia, por lo que se hace necesario conocer tal enfermedad para educar a todas las mujeres en edad fértil para que tanto ellas como sus fetos puedan cursar su embarazo con salud y de esta manera aumentar la natalidad en el país.

Objetivos

1. Describir la etiopatogenia, epidemiología y fisiopatología de la preeclampsia.
2. Precisar los principales factores de riesgo que conllevan a tal enfermedad y algunas medidas de prevención.

DESARROLLO

El término hipertensión en el embarazo normalmente describe un espectro amplio de condiciones que pueden acompañarse sólo de elevaciones leves de la tensión arterial, o llegar hasta hipertensión severa con daño de órgano blanco. Las manifestaciones en estas pacientes pueden ser clínicamente similares (por ejemplo, hipertensión y proteinuria); sin embargo, pueden ser el resultado de causas subyacentes diferentes como por ejemplo: hipertensión crónica, enfermedad renal, o preeclampsia (PE). La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo, está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de los trastornos hipertensivos del embarazo, particularmente la preeclampsia. También debe tenerse en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y recién diagnosticarse por primera vez durante el mismo. Además, la hipertensión puede hacerse evidente sólo en el trabajo de parto o hasta en el postparto.

La preeclampsia, también conocida como toxemia del embarazo, se trata de un problema que ocurre en algunas mujeres durante el embarazo. Puede suceder a partir del quinto mes, y con más frecuencia durante el primer embarazo de una mujer, en aquellas mujeres cuyas madres o hermanas tuvieron preeclampsia.²

Epidemiología

La preeclampsia puede ocurrir hasta en 10% de los embarazos, usualmente en el segundo y tercer trimestre y después de la semana 32. Aunque infrecuente, algunas mujeres pueden presentar signos de preeclampsia desde la semana 20. Es mucho más común en mujeres con su primer embarazo, hasta el 85% de los casos ocurren en primigrávidas y frecuentemente la incidencia disminuye considerablemente en el segundo embarazo. Se sabe que una nueva paternidad en el segundo embarazo reduce el riesgo excepto en mujeres con una historia familiar de embarazos

hipertensivos pero al mismo tiempo, aumenta con la edad materna, por lo que ha sido difícil evaluar el verdadero efecto de la paternidad como causa de preeclampsia.

El riesgo es cuatro veces mayor para mujeres en cuyas familias ha habido casos de preeclampsia y es más significativo en la aparición de preeclampsia si se presentó en un embarazo previo. La preeclampsia es más frecuente en mujeres con hipertensión y diabetes previas al embarazo, enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso, en pacientes con trombofilias, insuficiencia renal, y mujeres con una historia familiar de preeclampsia, con obesidad y embarazos múltiples (gemelos, por ejemplo), además sube casi al doble en la raza negra.

Es posible desarrollar preeclampsia después del parto, hasta un período de 6 a 8 semanas después del alumbramiento. Por ello, se debe prestar atención las 24-48 horas seguidas del parto con el fin de detectar posibles síntomas y signos de este trastorno.³

Factores predisponentes.⁴⁻⁵

- ✓ Historia familiar de Preeclampsia-Eclampsia
- ✓ Aumento exagerado de peso entre las 20 y 28 semanas (más de 0,75 kg por semana)
- ✓ Embarazo molar
- ✓ Enfermedad renal previa
- ✓ Primer embarazo
- ✓ Embarazo en la adolescencia
- ✓ Diabetes
- ✓ Edad materna avanzada
- ✓ Enfermedades autoinmunes
- ✓ Cambio de pareja constante
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Intervalo prolongado entre embarazos
- ✓ Nivel socioeconómico bajo
- ✓ Obesidad

Los autores de este trabajo consideran de gran importancia la adecuada utilización del Análisis de la situación de salud con el objetivo de una correcta identificación de los grupos de riesgo y desarrollar una estrategia de trabajo que permita el seguimiento de estas pacientes de manera que se puedan tomar las medidas a tiempo.

Etiopatogenia

La preeclampsia es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal. Ello se asocia a isquemia placentaria desde mucho antes de la aparición del cuadro clínico, en lo que parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual substitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que produce una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria.

Que conozcamos algunos de los eslabones de la fisiopatología de la preeclampsia no significa que conozcamos su etiología última que sigue siendo desconocida, aunque vamos identificando factores. Así podemos citar factores hereditarios por vía materna pero también paterna, factores inmunológicos que explican que se produzca más en la

primigesta y más si no ha estado expuesta antes al contacto directo con los antígenos paternos a factores nutricionales como la falta de ingesta de calcio en algunas poblaciones. Todo ello se manifiesta por un desequilibrio entre prostaglandinas vasodilatadoras (prostaciclina) frente a las vasoconstrictoras (tromboxano) quizás mediado por la aparición de exceso de producción de citoquinas proinflamatorias (IL-2, TNF) y de producción de lipoperóxidos capaces ambos de inducir alteraciones endoteliales. En cualquier caso es fundamental el concepto de que no hay sólo una lesión placentaria sino que hay una disfunción endotelial general, que afecta a muchos órganos distintos como son el riñón, el cerebro, el hígado pero en especial al sistema cardiovascular por lo que la hipertensión es su expresión más genuina, que con frecuencia se acompaña de edema, aunque no de forma constante. El vasoespasmo y el edema facilitan la reducción del volumen plasmático que lleva a la hemoconcentración característica y a la hipercoagulabilidad. Todo ello hace que exista una hipoperfusión multiorgánica que empeora el cuadro a nivel general u fetoplacentario.⁶

Fisiopatología

El síndrome de preeclampsia-eclampsia se conoce desde hace más de 100 años; sin embargo, su etiología continúa siendo desconocida y su fisiopatología comienza recién a vislumbrarse. Según estudios recientes, se desarrollaría a partir de una adaptación inmunológica inadecuada de la madre a los antígenos paternos que derivan de los genes presentes en las células fetales (imprinting genético), los cuales provocan una respuesta inflamatoria exagerada que interfiere con la implantación y con el curso normal de la gestación. En la preeclampsia es difícil establecer la diferencia entre eventos inmunes, inflamatorios y vasculares dado que células del sistema inmune secretan citoquinas que poseen capacidad de mediar distintas acciones biológicas, actuando sobre el endotelio vascular, músculo liso, o la coagulación.

Normalmente, en el embarazo se observa una vasodilatación de las arterias espiraladas de hasta cuatro veces su calibre, lo cual disminuye la resistencia y favorece la perfusión del espacio intervelloso. Esto se debe a la segunda invasión trofoblástica que finaliza en la semana 20 - 21 de la gestación, la cual destruye la capa musculoelástica vascular de dichas arterias, impidiendo la acción de los agentes vasopresores sobre la circulación uteroplacentaria, asegurando así una correcta perfusión debido al alto flujo con baja resistencia. En contraste, en la preeclampsia esta segunda invasión trofoblástica se encuentra alterada, por lo que las arterias espiraladas poseen un calibre disminuido. Esto se debería a una mala diferenciación del citotrofoblasto, que se traduce en una mala invasión intersticial y vascular placentaria. También se encontró un desequilibrio entre factores fibrinolíticos e inhibidores, los que generan un efecto antiinvasivo característico de esta enfermedad. La diferenciación anormal del citotrofoblasto provoca también apoptosis en una subpoblación de células de la decidua, lo que genera la destrucción precoz de la interfase feto-materna, y contribuye al comienzo temprano de los síntomas clínicos, debido al gran pasaje de partículas de membranas de las microvellosidades del sinciotrofoblasto, ADN fetal libre y citoqueratina, a la circulación materna. Éste fenómeno también se produce en el embarazo normal, pero en menor medida. El citotrofoblasto además, expresa moléculas de factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y de factor de crecimiento placentario (PIGF) cuyo rol es regular la angiogénesis. En estudios en pacientes con PE, se encontró un aumento de una

proteína antiangiogénica, la cual bloquea los receptores de VEGF y PlGF. Se ha demostrado que la administración de esta proteína a ratas preñadas induce hipertensión, proteinuria y glomeruloendoteliosis.

En la gestante con preeclampsia existe también una falla en conseguir la expansión apropiada del volumen plasmático, así como una sensibilidad aumentada a la angiotensina II. Esto fue descrito en 1970 por Gant y cols, quienes además encontraron que este efecto no se relacionaba con un incremento de los niveles circulantes de la misma. Recientemente se describió que este fenómeno estaría ligado a la expresión aumentada del receptor Angiotensina 1 (AT1) y con la producción de autoanticuerpos IgG agonistas del receptor AT1, los cuales podrían ser el nexo entre la alteración de la perfusión placentaria y el síndrome materno de la preeclampsia.

Gant y cols., además encontraron que en este grupo de pacientes el balance entre las prostaglandinas (vasodilatadoras) y los tromboxanos (vasoconstrictores y agregantes plaquetarios) se inclina en favor de estos últimos, contribuyendo tanto al aumento de la presión arterial como a la activación de la cascada de la coagulación. La sensibilidad aumentada a los agentes presores y la activación de la cascada de la coagulación termina en la alteración fisiopatológica fundamental de la preeclampsia: la disminución de la perfusión de distintos órganos. El óxido nítrico presente en el endotelio vascular es un potente antioxidante, con propiedades vasodilatadoras, antiagregante plaquetario, modulador de la apoptosis y de la permeabilidad endotelial, que se encuentra disminuido en la PE, debido a una disminución de la actividad de la enzima responsable de su síntesis (la NOS: óxido nítrico sintetasa) y al aumento de un inhibidor competitivo de la L-arginina (su precursor) entre las 23 y 25 semanas. La presencia de moléculas marcadoras de estrés oxidativo en sangre de pacientes con preeclampsia, también podría ser el nexo entre el déficit de perfusión placentaria y el síndrome materno.⁷

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

El diagnóstico se establece cuando existe hipertensión (TA>140/ 90) y proteinuria (>300mg/24 horas), después de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparezcan o no edemas. El incremento de proteinuria y de hipertensión en una paciente nefrópata o hipertensa previa se denomina preeclampsia sobreañadida y el manejo clínico es parecido.

La preeclampsia se considerará grave en una gestante anteriormente sana, cuando la tensión arterial sistólica o diastólica superan los valores de 160 y/ o 110 respectivamente, cuando la proteinuria es superior a 2 g/24 horas, o aparecen signos de afectación del SNC (hiperreflexia, cefaleas, alteraciones visuales), de Síndrome HELLP (plaquetopenia, elevación de enzimas hepáticas y hemólisis), de insuficiencia cardíaca (edema agudo de pulmón), o de insuficiencia renal (creatinina o de producción de citoquinas proinflamatorias >1,2 mg/dL), o dolor epigástrico.

Suele acompañarse de signos de afectación fetal por insuficiencia placentaria crónica en forma de signos de restricción del crecimiento intrauterino (RCrCIU), o aguda con signos de Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal (RPBF). Con el agravante de que la situación fetal suele empeorar al tratar la hipertensión materna grave ya que al descender sus valores se disminuye la perfusión placentaria, y de que los fármacos administrados a la madre dificultan la valoración del estado fetal a través del estudio de la frecuencia cardíaca fetal basal o test no estresante (NST en inglés), por lo que las unidades que traten los casos graves tendrían que disponer de la posibilidad de

estudios con ecografía Doppler de forma continuada.⁶

Tratamiento

El tratamiento definitivo es la finalización de la gestación, y hasta este momento se deberán tratar farmacológicamente las formas graves. Debe recordarse que existe una hemoconcentración a pesar de que puedan existir edemas por lo que no deben administrarse diuréticos para tratarlos o para disminuir la TA, excepto en casos de edema agudo de pulmón o de oliguria. Por la misma razón tampoco se debe hacer una dieta hiposódica estricta.

Los mejores resultados actuales se deben a la posibilidad de terminar la gestación en los casos graves a partir de la semana 32 o antes en caso necesario, con buenos resultados perinatales gracias a la posibilidad de madurar los fetos con corticoides (no contraindicados con buen control en la preeclampsia), y especialmente a las mejoras en el manejo neonatal de los prematuros extremos.⁶

Complicaciones de la Preeclampsia.⁴

- Eclampsia (Es el estadio más grave de la enfermedad; se presenta en forma de convulsiones o coma)
- Accidente cerebro vascular
- Síndrome Hellp

Los autores de este trabajo consideran que estas complicaciones ponen en evidencia la necesidad de un diagnóstico oportuno que solo será posible si existe un seguimiento óptimo de las pacientes con el fin de evitar limitaciones ulteriores algunas de ellas con daño irreversible.

Medidas generales.⁴

- Hospitalización inmediata en UCI o sala de cuidados especiales
- Valorar ventilación mecánica y manejo de la vía aérea
- Vigilancia estricta médica y de enfermería
- Signos vitales cada 1 hora
- Balance hidromineral estricto
- Diuresis horaria
- Monitoreo cardiovascular continua.
- Seguimiento de oxigenación por oximetría de pulso
- Realizar fondo de ojo.

Prevención

El origen de la preeclampsia continúa siendo un misterio, por lo cual no se puede prevenir lo que no se conoce. Sin embargo, podemos actuar tratando de modificar el curso de la enfermedad ya instaurada, o vigilando estrictamente a las pacientes con factores de riesgo. Las modificaciones en el estilo de vida, incluyendo el reposo y la disminución del stress, la restricción de la ingesta diaria de sodio en las pacientes con HTA crónica, y la indicación de ácido acetilsalicílico, son intervenciones que han demostrado ser eficaces. La indicación de suplementos con calcio con el fin de disminuir el riesgo de preeclampsia solo se justifica en comunidades con déficit en su aporte dietario.⁷

Los autores de este trabajo consideran que como estudiantes de medicina lo primero que debemos hacer es identificar los riesgo, para luego actuar sobre la población en este grupo. Pensamos que lo correcto sería educar a todas las mujeres en edad fértil para evitar no solo dicha entidad nosológica sino sus manifestaciones precursoras, modificando el estilo de vida.

CONCLUSIONES

El objetivo de medicar a una embarazada hipertensa será el de disminuir el riesgo de muerte materno-fetal y permitir la prolongación del embarazo hasta la obtención de un feto viable, pero las drogas antihipertensivas no tienen ningún efecto sobre el progreso de la enfermedad. La gran variabilidad en las cifras tensionales obliga a mediciones seriadas antes de iniciar el tratamiento farmacológico. El tratamiento no farmacológico (dieta, reposo, dejar de fumar) debe acompañar siempre al empleo de drogas antihipertensivas, ya que no posee efectos colaterales y probó ser beneficioso. El diagnóstico de preeclampsia está dado por la presencia de hipertensión más proteinuria. Cualquier embarazada con cifras de tensión arterial iguales o superiores a 140 mm Hg. de sistólica y 90 mm Hg. de diastólica, que presente más de 300 mg de proteínas en orina de 24 horas, acompañada o no de hiperuricemia (ácido úrico mayor o igual a 6 mg% o mayor a 350).

BIBLIOGRAFÍA

1. Colectivo de autores. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la preeclampsia – eclampsia. MediSur. 2009;7(1):17-20.
2. Malvino E. Preeclampsia Grave y Eclampsia. T. III. Buenos Aires:[s.n.];2011.
3. Vázquez JC, Vázquez J, Namfanteche J. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer algunos resultados del embarazo y el parto. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2003 [citado 18 may 2016];29:[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin05103.htm.
4. Nieto Prendes P, Santos Pena M, Zerquera Álvarez C, Moreno Torres J, González Silva PJ. Preeclampsia – Eclampsia. Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos. 2006;11:(No. Especial 1).
5. Delgado M. Programa de Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. Dirección Nacional De Salud Materno Infantil; 2004.
6. Cararach Ramoneda V, Botet Mussons F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. Institut Clínic de Ginecología, Obstetrícia y Neonatología. Hospital Clínic de Barcelona.
7. Voto LS. Sección hipertensión arterial. hipertensión en el embarazo - hipertension en el embarazo.
8. Saftlas AE, Olson DR, FrankAL, Atrash HK, Pokras R. Epidemiology in preeclampsia and eclampsia in the United States. Am J Obstet Gynecol 1990;163:460–5.
9. Abreu E, Potter D. Recommendations for renovating and operating theater an emergency obstetric care facility. Int .J Gynecol Obst. 2001; 75(3):287-94.
10. Bolte AC. Management and monitoring of severe preeclampsia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001; 96:8-20.
11. Cunill López ME, Estevez Muguercia R, Abad Loyola PL, Perez Ramirez R. Comportamiento de las enfermedades cardiovasculares asociadas al embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999.
12. Duley L, Meher S, Abalos E. Management of pre-eclampsia. BMJ. 2006; 332:463-468.
13. Elliot WJ. Hypertension emergencies. Crit Care Clin. 2001; 17:435-51.
14. Hernández Cabrera J, Ulloa Gómez C, Martín Ojeda V, Linares Meléndez R,

- Suárez Ojeda R. Enfermedad hipertensiva gravídica: algunos factores biosociales y obstetricos 1988-93. Rev Cub Obstet Ginecol. 1999.
15. Lubillo S, Martín J, Trujillo AE, Molina I. Crisis hipertensivas. E Medicine. 2005.
 16. Aagard K, Belfort M. Eclampsia: Morbidity, mortality, and management. ClinObstet Gynecol. 2005; 48: 12-23.
 17. Oyarzún E. Síndrome hipertensivo del embarazo en Oyarzún E. Ed. Embarazo de alto riesgo. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1997.
 18. Roberts J, Redman C. Pre-eclampsia: More than pregnancy induced hypertension. Lancet. 1993; 341: 1447-1450.
 19. SEGO. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Trastornos hipertensivos del embarazo. 2006.
 20. Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. Hipertensión. 2005;22 Supl 2:58-69.
 21. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. March 2006; Guideline No. 10 (A).

TÍTULO: PRESENTACIÓN DE CASO. SÍNDROME DE MILLER FISHER UNA VARIANTE DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ POSTRAUMÁTICO

AUTORES:

Dra. Lidia Andrea Revuelta Monje. Residente de 2do año Neurocirugía, email: lidia.revuelta@ gal.sld.cu Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

Dr. Jorge Luis Acevedo Cardoso. Especialista 1er grado de Neurocirugía. Jefe de Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

Dr. Luis Enrique Llanes Gort. Especialista 1er grado de Neurocirugía. Jefe de Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

Dra. Tamara Libertad G. Residente de 4to año Neurocirugía. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

Dr. Richard Rico Ulloa. Residente de 2do año Neurocirugía. Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

Est. Lenny Condori Ocampo. Estudiante de 6to año Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

RESUMEN:

El síndrome de Guillain-Barré es la principal causa de parálisis flácida aguda, con una incidencia mundial del 0.6 a 2.4 casos por 100,000 habitantes, con una relación de 1.5:1 hombre/mujer. Se considera un proceso inflamatorio de los nervios periféricos con afección principal de la mielina. La hipótesis principal respecto a su etiología considera la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos del sistema nervioso periférico posterior a la presencia de un proceso infeccioso bacteriano o viral como consecuencia de un mimetismo molecular y reactividad cruzada entre los antígenos bacterianos y los epítopes neuronales con la estimulación de células T y la producción de anticuerpo.

El tratamiento con gammaglobulina o plasmaféresis han demostrado una eficacia similar, sin embargo se prefiere la administración de gammaglobulina intravenosa por su seguridad. Sólo el 40% de los pacientes reciben rehabilitación incluyendo atención en la fase aguda y el 20% presentará discapacidad significativa. Se estima una mortalidad cercana al 15%. El síndrome de Miller Fisher es una variante del de Guillain-Barré y esta caracterizado por oftalmoplejía, arreflexia y ataxia. Su incidencia es baja de 0.09 por 100 000 habitantes. En el mundo de etiología postraumática solo se reportan 2 casos. La siguiente presentación de caso se trata de un Síndrome de Guillan- Barré en su tipología Síndrome de Miller Fisher de etiología postraumática (trauma craneoencefálica), que se halló en la provincia de Cienfuegos, Cuba.

Palabras clave: Síndrome Guillain-Barré, Síndrome de Miller Fisher, parálisis flácida, autoinmunidad.

INTRODUCCIÓN

En el año de 1859 el médico francés Jean-Baptiste Octave Landry describió el primer caso de debilidad ascendente después de un cuadro prodrómico de fiebre y malestar general con progresión hasta parálisis, falla respiratoria y muerte. Seis años después Georges Guillain, Jean Alexandre Barré y Andre Strohl ⁽¹⁾ realizaron una descripción detallada de dos soldados con parálisis aguda arreflexica con disociación albumino citológica en el líquido cefalorraquídeo (aumento de la proteínas con conteo celular normal) lo cual diferenciaba este síndrome de la poliomielitis. Aunque de forma ocasional se describe como síndrome de Landry-Guillain-Barré-Strohl o Guillain-Barré-Strohl es comúnmente denominado como síndrome de Guillain-Barré ^(2, 3).

Desde la introducción de la inmunización para la poliomielitis, el Síndrome de Guillain Barré es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda no traumática en el mundo y constituye una emergencia neurológica ⁽³⁾. El Síndrome de Guillain Barré consiste en una poliradiculoneuropatía inflamatoria adquirida, usualmente post-infecciosa que se caracteriza por una parálisis aguda arreflexica, generalmente simétrica de carácter ascendente con compromiso sensitivo, motor o mixto y variantes con compromiso de pares craneales asociada a la característica disociación albumino citológica en el líquido cefalorraquídeo ⁽⁴⁾.

El Síndrome de Miller Fisher (SMF) es una variante poco frecuente del Síndrome de Guillain- Barré (SGB), caracterizada por la tríada clínica de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia ⁽⁵⁾. Esta descripción fue descrita por primera vez en 1932 y desde entonces se ha reportado en todas las latitudes.

La situación en el mundo estima que la incidencia anual del SGB oscila entre 0.4 y 4.0 casos por 100,000 habitantes por año. En Norteamérica y en Europa el SGB es más común en adultos y aumenta de manera constante con la edad. Varios estudios indican que los hombres tienden a ser más afectados que las mujeres ⁽⁶⁾.

En Cuba su incidencia anual es de 0.8 a 1 x 100,000 habitantes, ésta puede variar al existir epidemias únicas tales como influenza, dengue y conjuntivitis hemorrágica ⁽⁷⁾

Presentamos un caso de Síndrome de Miller Fisher en un paciente joven de 37 procedencia rural, de la provincia de Cienfuegos, Cuba posterior a un trauma craneoencefálico , con la finalidad de difundir las características clínicas particulares, de manera que permita reconocer y tratar esta enfermedad en forma adecuada y oportuna, para evitar complicaciones mayores, como la insuficiencia respiratoria, y más aún que según estadísticas mundiales se trata de una entidad nosológica poco frecuente ya que se conocen 2 casos reportados de etiología postraumática motivo por el cual se decide presentar el siguiente caso .

DESARROLLO

Presentación de caso:

Motivo de ingreso: Caída de un caballo

Historia de enfermedad actual:

Paciente varón de 37 años de edad, procedencia rural con antecedentes de salud anterior, refieren los familiares al interrogatorio; que el 9 de marzo 2018, el joven presenta una caída de un caballo con múltiples golpes en región occipital por lo que es traído a código rojo con un cuadro de desorientación, alternando una excitación psicomotora por lo que es valorado por el neurocirujano de guardia constatándose al examen físico lo siguiente:

Examen físico

Piel y mucosas: Húmedas y normocoloreadas

Tejido celular subcutáneo: No infiltrado

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular conservado, no ausculto estertores, no disnea, no tiraje intercostal. Frecuencia respiratoria: 16 por minuto.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buen tono, no soplos, pulsos periféricos presentes.

Frecuencia cardíaca: 86 por minuto

Tensión arterial: 120/ 70 mmHg

Abdomen: Suave, depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos normales.

Sistema nervioso central: Escala de Glasgow para coma 10 puntos (Respuesta ocular: 3 puntos, respuesta verbal: 2 puntos, respuesta motora: 5 puntos, pupilas isocóricas y reactivas a la luz, no signos meníngeos.

Por todo lo anterior se decide realizar una TAC (Tomografía axial computarizada) de cráneo con los siguientes resultados:

Se realiza un estudio simple de cráneo realizando un Slice de 5mm de espesor en Tomógrafo SIEMENS. Se visualizan varios focos de contusión cerebral hemorrágicos bilateral en región frontal con edema perilesional y parietal bilateral alta, extensa línea de fractura parietal bilateral, por lo que es ingresado con el siguiente diagnóstico.

Datos positivos al interrogatorio:

- Caída de un caballo.
- Desorientación que alterna con una excitación psicomotora.

Datos positivos al examen físico:

Escala de Glasgow para coma 10 puntos (Respuesta ocular: 3 puntos, respuesta verbal: 2 puntos, respuesta motora: 5 puntos, pupilas isocóricas y reactivas a la luz, no signos meníngeos.

Resumen sindrómico: Síndrome de trauma craneoencefálico

Impresión diagnóstica: Trauma craneoencefálico Moderado

Fractura de Cráneo.

Focos de contusión cerebral hemorrágicos.

Otros complementarios al ingreso:

Hemoglobina: 9.5 g/L

Hematocrito: 0.31

Glicemia: 6.1 mmol/L

Leucograma:

Leucocitos: $14.5 \times 10^9/L$

Stab: 0

Segmentados: 080 Eosinófilos: 0 Monocitos: 0 Linfocitos: 020

Por lo que es ingresado en el servicio de Neurocirugía. El paciente comienza a estabilizarse mientras se encontraba ingresado con mejoría de su Escala de Glasgow para coma subiendo a 14 puntos, pero el día 20 de marzo según refieren los familiares a pesar de haber mejorado clínicamente comienza con un cuadro de ataxia, somnoliento, manteniendo la caída palpebral y agregándose marcha en zigzag y debilidad en miembros superiores e inferiores de forma descendente. Al la debilidad progresa, comprometiendo los brazos, y la inestabilidad se acentúa, impidiendo la bipedestación por lo que se instaura de forma descendente una cuadriplejía, la caída palpebral afectó ambos ojos comenzó a tener visión doble horizontal con un cuadro de oftalmoplejía. Por lo que el 22 de marzo comienza con cuadro de falta de aire y dificultad para la deglución, realiza episodios de hipoxia por lo que se decide de forma urgente realizar una traqueostomía por el servicio de Otorrinolaringología. Al examen, presentaba las siguientes funciones vitales: frecuencia cardiaca 125 /minuto, frecuencia respiratoria 26/minuto, presión arterial de 160/100 mmHg, y saturación de oxígeno en 83%. Abdomen depresible y sin organomegalia. Al examen neurológico estaba con pérdida de consciencia, cuadriplejía, lúcido y orientado, con debilidad simétrica y distal de grado 4/5 en las cuatro extremidades, arreflexia osteotendinosa en las 4 extremidades, sensibilidad normal, ptosis palpebral parcial bilateral, debilidad de los músculos extraoculares rectos medial, superior, inferior, lateral y oblicuos de ambos ojos, pupilas redondas, iguales que reaccionaban lentamente a la luz, fondo de ojo normal bilateral. Marcha y signo de Romberg no valorable porque la inestabilidad postural del paciente no permitía la bipedestación .

Por lo que aumenta la dificultad respiratoria y se agrega disfagia y disartria, pasando al servicio de Polivalente del Hospital Gustavo Aldereguía Lima para cuidados intensivos y su monitorización.

Se realiza estudios para definir el cuadro clínico del paciente: 22 marzo 2018.
Resonancia magnética cráneo y cervical.

Resonancia Magnética de cráneo: MC18-0563

Se realiza estudio en equipo SIEMENS de 0.35 testa, realizando secuencias T2 axial, T1 axial, T2 tse sagital. Se observan focos de contusión hemorrágicos bifrontales (del lado izquierdo 2) y parietal posterior izquierdo. Se observan hiperintensidades en T2 y flair en sustancia blanca parietal posterior alta sugestivas de lesiones desmielinizantes de posible etiología vascular. Presencia de hematomas subgaleales. Senos perinasales ocupados por contenido líquido.

Resonancia magnética región cervical: MC18-0563

Se realiza estudio en equipo SIEMENS de 0.35 testa, realizando secuencia T1 tse sagital, T2 tse sagital, T2 mielosagital, T2 stir sag. Se observa inversión de la lordosis cervical. No se observan cambios en la intensidad de señal de la médula que hagan pensar un trauma raquímedular, una sección medular. Llama la atención cambios en la intensidad de señal del atlas y diente del axis sobre todo del lado izquierdo con distorsión de la anatomía.

Complementarios evolutivos:

Estudios laboratorio:

Hemoglobina: 8.2g/L

Hematocrito: 026

Glicemia: 8.9 mmol/L

Creatinina: 67mmol/L

Leucograma:

Leucocitos: $25 \times 10^9/L$

Stab: 0

Segmentados: 091

Linfocitos: 009

Eosinófilos: 0

Monocitos: 0

Se realiza punción lumbar y se toma muestra de LCR (Líquido cefalorraquídeo)

LCR citoquímico: 22 de marzo 2018

Líquido amarillo, ligeramente turbio.

Pandy: positivo

Glicemia: 3.7mmol/L

Leucocitos: 13

Hematíes: 870 mm^3

Proteínas: 2.6 g/L

Predominio linfocitario

Después de centrifugado Xantocrómico.

Estudio de LCR bacteriológico: Sin crecimiento bacteriano.

Estudio de LCR Gram: No se observan estructura bacteriana.

Una vez que se realizaron los diferentes estudios se descartó que la causa de la cuadriplejía sea un trauma raquímedular cervical ya que la resonancia magnética cervical fue normal.

Se indaga a los familiares acerca de antecedentes de enfermedades infecciosas respiratorias o diarreicas hace 15 o 21 días, por lo que la madre refiere amigdalitis anterior con episodios febriles.

Al día siguiente del estudio se decide terapéutica primeramente plasmaféresis 5 sesiones, y continuar el tratamiento con inmunoglobulina humana (IVIG) a una dosis de 400 mg/kg/día administrada durante 5 días. A los 15 días de tratamiento se observó mejoría en el nivel de conciencia y una semana después mejoró la debilidad de los nervios oculomotores, actualmente continúa recuperándose con mejoría clínica de la misma que se instauró de forma descendente. Por lo que se interpretó un Síndrome de Guillain Barré postraumática (tipología Síndrome de Miller Fisher).

DISCUSIÓN

El Síndrome de Miller Fisher (SMF) se caracteriza por la tríada clínica de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Esta triada fue descrita por primera vez por James Collier en 1932 y posteriormente en 1956 Charles Miller Fisher, la divulgó como una variante limitada del Síndrome de Guillain-Barré (SGB) ⁽⁵⁾.

Representa aproximadamente 1% al 5% de todos los casos de SGB en los países occidentales y hasta 19% y 25% en Taiwán y Japón respectivamente ⁽⁶⁾. Existe un predominio masculino establecido en una proporción de 2:1 y una edad media de inicio de 43,6 años, aunque se han notificado casos de MFS en todos los rangos de edad ⁽⁸⁾.

La patogénesis de la enfermedad se inicia con una respuesta inmune aberrante dirigida contra el tejido nervioso, por un mecanismo de autoinmunidad llamado mimetismo molecular, es decir, anticuerpos o células T activadas en respuesta a un agente infeccioso podrían reaccionar de forma cruzada contra antígenos propios, en concreto un glucoesfingolípido, el gangliósido GQ1b ⁽⁹⁾.

Los agentes infecciosos desencadenantes, más frecuentes son *Campylobacter jejuni* (*C. jejuni*) y citomegalovirus (CMV), aunque también se detectan infecciones por el virus de Epstein Barr, VIH, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, virus de la hepatitis, entre otros ⁽¹⁰⁾.

Las formas fulminantes del síndrome de Guillain-Barré (SGB) en su forma Síndrome Miller Fisher se presentan como tetraparesia de inicio agudo y arreflexia con reflejos ausentes del tronco encefálico, simulando la muerte cerebral. El traumatismo craneal como antecedente del GBS fulminante ha sido reportado con poca frecuencia, y el reconocimiento de una asociación entre el GBS y el traumatismo craneoencefálico puede ser crucial para el manejo del paciente. En consecuencia, informamos un paciente con GBS fulminante con características mixtas desmielinizantes y axonales precedidas por una lesión en la cabeza cerrada, y discutir los posibles mecanismos fisiopatológicos ⁽¹¹⁾.

Por lo que se piensa en una proteína básica de mielina en suero y líquido cefalorraquídeo de pacientes que han sufrido trauma de cráneo. La proteína básica de mielina, o algún otro componente inmunogénico del tejido nervioso liberado en la circulación después de una lesión indujo la producción de anticuerpos anti-mielina, causando una neuropatía desmielinizante. ⁽¹⁰⁾

En el estudio del SMF, los principales diagnósticos diferenciales a considerar son la encefalopatía de Wernicke, la encefalitis de Bickerstaff, y el síndrome de Tolosa Hunt.

Pese a que la etiología del SMF aún no está precisada, la clínica de este síndrome sí está claramente establecida. Nuestro paciente presentó disartria y ataxia en un primer momento, sumándose posteriormente arreflexia, oftalmoplejía externa, debilidad muscular generalizada, ptosis palpebral mayor a derecha, parálisis facial bilateral sutil, y dificultad respiratoria. Como se mencionó anteriormente, el SMF se caracteriza por ser de instauración aguda de horas o días, y presentarse por una tríada clásica de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia.

CONCLUSIONES

El síndrome de Miller Fisher (SMF) es la variante más frecuente del síndrome de Guillain Barré. Se caracteriza por la tríada clásica de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Las formas fulminantes del Síndrome de Guillain-Barré (SGB) se presentan como tetraparesia de inicio agudo y arreflexia con reflejos ausentes del tronco encefálico, simulando la muerte cerebral. El traumatismo craneal como antecedente del GBS fulminante ha sido reportado con poca frecuencia, y el reconocimiento de una asociación entre el GBS y el traumatismo craneoencefálico puede ser crucial para el manejo del paciente como Neurocirujanos; y que las medidas de soporte son esenciales para evitar complicaciones que pueden dar al traste con la vida del enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guillain G BJ, Strohl A. Sur un syndrome de radiculonevrite avec hyperalbuminose du liquide cephalorachidien sans reaction cellulaire. Remarques sur les caracteres cliniques et graphiques des reflexes tendineux. Bull Soc Med Hop Paris. 1916; 1462–70.
2. Dimachkie MM, Barohn RJ. Guillain-Barre syndrome and variants. Neurologic clinics. 2013; 31(2):491-510.
3. Van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barre syndrome. The Lancet Neurology. 2008; 7(10):939-50.
4. Van Den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, Van Doorn PA. Guillain-Barre syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. Nature reviews Neurology. 2014; 10(8):469-82.
5. Fisher M. An unusual variant of acute idiopathic polyneuritis (syndrome of ophthalmoplegia, ataxia and arreflexia). N Engl J Med. 1956; 255: 57 - 65.
6. PAHO. Actualización epidemiológica. Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus ZIKA. 17 de enero del 2016. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32876&lan_g=es

7. REDALYC. Síndrome de Guillain Barre. Actualización acerca del diagnóstico y tratamiento. <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211118126014.pdf>
8. Snyder LA, Rismondo V, Miller NR. The Fisher Variant of Guillain-Barre Syndrome (Fisher Syndrome). *J Neuro-Ophthalmol*. 2009; 29 (4):312–324.
9. Chiba A, Kusunoki S, Shimizu T, Kanazawa I. Serum IgG antibody to ganglioside GQ1b is a possible marker of Miller Fisher syndrome. *Ann Neurol*. 2013; 31(6): 677-679.
10. Ortega MG, Jaramillo G, Ancer J, Trujillo JR. Mimetismo molecular en la neuropatogénesis del síndrome de Guillain-Barré. *Rev Mex Neuroci*. 2015; 6(5): 440-447.
11. Palfreyman, J.W., Thomas, D.G.T. & Ratcliffe, J.G. Radioimmunoassay of human myelin basic protein in tissue extract, C.S.F. and serum, and its clinical application to patients with head injury. *Clin Chim Acta* 2016, 82: 259-270.

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE CRÁNEO

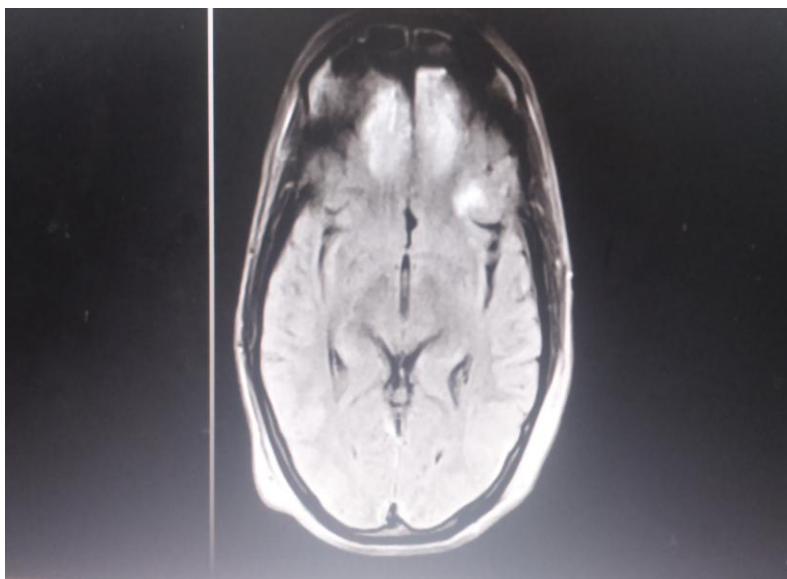


Fig1: Resonancia Magnética de cráneo: MC18-0563

Se realiza estudio en equipo SIEMENS de 0.35 testa, realizando secuencias T2 axial, T1 axial, T2 tse sagital. Se observan focos de contusión hemorrágicos bifrontales (del lado izquierdo 2) y parietal posterior izquierdo. Se observan hiperintensidades en T2 y flair en sustancia blanca parietal posterior alta sugestivas de lesiones desmielinizantes de posible etiología vascular. Presencia de hematomas subgaleales. Senos perinasales ocupados por contenido líquido.

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE REGIÓN CERVICAL

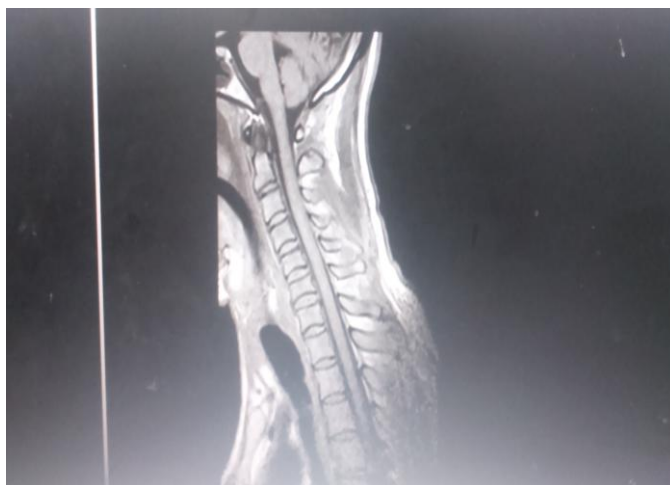


Fig 2 Resonancia magnética región cervical: MC18-0563

Se realiza estudio en equipo SIEMENS de 0.35 testa, realizando secuencia T1 tse sagital, T2 tse sagital , T2 mielosagital, T2 stir sag. Se observa inversión de la lordosis cervical. No se observan cambios en la intensidad de señal de la médula que hagan pensar un trauma raquimedular, una sección medular. Llama la atención cambios en la intensidad de señal del atlas y diente del axis sobre todo del lado izquierdo con distorsión de la anatomía.

TITULO : PREVALENCIA DE LOS DEFECTOS REFRACTIVOS EN TRABAJADORES Y ESTUDIANTES. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIENFUEGOS.

AUTORES: Daynisett Molina Curbelo ⁽¹⁾, Vismary Valdes Vales ⁽²⁾, Liliana Cabrera del Sol ⁽³⁾, Yanet Monteagudo López ⁽⁴⁾ Tamila Gissell Vega Mora⁽⁵⁾.

(1) Licenciada en optometría y óptica, jdtecnologia@ucm.cfm.sld.cu ,Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Jefa de departamento de Tecnología de la Salud.

(2) Licenciada en optometría y óptica , Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Profesora del departamento de Tecnología de la Salud.

(3) Licenciada en optometría y óptica, Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cienfuegos.

(4) Licenciada en optometría y óptica, Policlínico Juan José Apolinaire Pinini, Cienfuegos.

(5) Licenciada en optometría y óptica, Policlínico Manuel Piti Fajardo, Cienfuegos.

RESUMEN:

Los defectos de refracción o ametropías son todas aquellas situaciones en las que, por un mal funcionamiento óptico, el ojo no es capaz de proporcionar una buena imagen. La presente investigación titulada " Prevalencia de los defectos refractivos en trabajadores y estudiantes. Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos", tuvo como objetivo general diagnosticar los principales defectos refractivos que poseen los trabajadores y estudiantes del Curso Regular Diurno de todas las carreras. Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia, en el período de abril 2012 - junio 2016, el universo estuvo conformado por un total de 2772 pacientes seleccionándose una muestra del 53 %. Los principales resultados que se aportan con el estudio son: la determinación de la presbicia como el defecto refractivo más frecuente para un 29.6%, le siguió el astigmatismo hipermetrópico compuesto, ambos con diferencias de género a favor del sexo femenino, al 73.2 % de la muestra estudiada se le diagnosticó más de un defecto ,teniendo en cuenta los defectos refractivos diagnosticados los tratamientos más frecuentes indicados para la corrección óptica fueron el uso de lentes para esfuerzos visuales y los lentes de uso permanente ,el tratamiento menos indicado fue el uso de lentes de contacto. .La prevalencia de los defectos refractivos observados, estuvo dentro de las cifras esperadas en relación a otros estudios similares realizados tanto en el ámbito nacional como internacional.

PALABRAS CLAVE: Defectos refractivos, presbicia, astigmatismo hipermetrópico compuesto, lentes.

INTRODUCCIÓN:

La oftalmología es de todas las ramas de la Medicina, la que cuenta con los antecedentes más remotos. Ha estado vinculada a la medicina mitológica e incluso a la medicina primitiva empírica, en la que se desenvolvía la vida de los primeros pueblos. Oftalmología proviene del griego opthalmos ojos, y logos, tratado. En 1200, Graffeo fue el más destacado célebre oculista del medioevo latino. La visión es una función del

sistema nervioso que requiere un aprendizaje y un entrenamiento prolongado para desarrollarse en forma óptima. (1)

La "Situación Mundial de la Visión" de la OMS del 2005 destacó la escasez de datos sobre la prevalencia de los defectos refractivos, con estimaciones de 200 a 250 millones de afectados a nivel mundial, que sufren discapacidad visual como consecuencia de defectos de refracción no corregidos. Los defectos de refracción no corregidos constituyen la principal causa de disminución de la agudeza visual y la segunda causa de ceguera. Dentro de las causas más frecuentes de ceguera evitable y baja visión se encuentran los trastornos refractivos. (2) En el caso de África y Asia la presentación por orden de frecuencia es el siguiente: catarata, tracoma y otras afecciones de la córnea, glaucoma, hipovitaminosis A, seguida por los errores refractivos. En América Latina las causas más habituales son: catarata, glaucoma, retinopatía diabética y errores refractivos. Por último en América del Norte y Europa: degeneración macular relacionada a la edad, retinopatía diabética, glaucoma y errores refractivos. (3)

Los defectos de refracción o ametropías son todas aquellas situaciones en las que, por un mal funcionamiento óptico, el ojo no es capaz de proporcionar una buena imagen. Para catalogar como ametropía o trastorno de refracción una reducción de la agudeza visual, debe ser susceptible de corregirse mediante medios ópticos. Las ametropías son afecciones visuales muy frecuentes, y dan lugar a los defectos refractivos como son: Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo, Presbicia. (4)

La Hiperopía , llamada así por Helmholtz en 1856, o Hipermetropía (hiper, en exceso; metro, medida, ops, ojo), denominación de Donders que con mejor fortuna ha prevalecido, es cualquiera que sea su mecanismo de producción, el estado de la refracción del sistema dióptrico ocular, en el cual los rayos paralelos de luz procedentes del infinito son llevado a un foco situado teóricamente por detrás de la capa sensible de la retina, cuando la acomodación está en reposo, es decir, los rayos paralelos llegan a la retina sin enfocarse. Los pacientes hipermétropes tienen riesgo de estrabismo o ambliopía. Su síntoma principal es la dificultad para la visión tanto de lejos como de cerca. También presentan la astenopía acomodativa, caracterizada por cefalea frontal, visión borrosa al leer e hiperemia conjuntival. Se clasifica de acuerdo a su severidad en leve, moderada o severa.(5)

La **miopía** (visión corta, hipometropía) del griego myo, cerrar; ops, ojo, así denominada por la costumbre del miope de fruncir los párpados para obtener mejor visión, es, cualquiera que sea su mecanismo de producción, el estado de la refracción del sistema dióptrico ocular, en el cual los haces o rayos paralelos de luz forman su foco por delante de la capa sensible de la retina, cualquiera que sea el estado de la acomodación. La miopía es el problema visual con mayor prevalencia en el mundo, calculándose que aproximadamente 1 600 millones de personas en todo el planeta la padecen, lo que representa más de la cuarta parte de la población mundial. (4,12) Es responsable del 5 al 10 % de todas las causas de ceguera legal en los países desarrollados. Su incidencia aumenta en países del Lejano Oriente y es especialmente alta en Japón, donde la prevalencia alcanza hasta un 50 %. Según la Academia Americana de Oftalmología, el 50 % de la población no institucionalizada mayor de 3 años usa espejuelos o lentes de

contacto. Se clasifica en leve, moderada y alta; simple, miopía escolar o psicológica y miopía maligna o progresiva. Según la edad de aparición pueden ser congénitas o adquiridas. Presenta síntomas como son la dificultad para la visión de lejos, cefalea y fatiga ocular. (6)

El **astigmatismo** es un defecto visual caracterizado por una diferencia de refracción entre los distintos meridianos del ojo. Al ser un meridiano de mayor poder refringente que el otro, la desviación de los rayos que caen sobre el meridiano vertical, por ejemplo, puede ser mayor o menor que la de los rayos que caen sobre el meridiano horizontal de la córnea. Investigaciones realizadas en México señalan al astigmatismo como la ametropía predominante. Otros autores en estudios realizados en centros educativos reportan al astigmatismo seguido de la hipermetropía como defectos más frecuentes.(7) Los síntomas varían dependiendo de la cuantía y del tipo. Los defectos altos cursan con una mala visión que puede ser mejorada con el entorno palpebral, tanto de lejos como de cerca. En los defectos bajos la agudeza visual puede ser buena y predominan la astenopía y los episodios de visión borrosa pasajera. (8)

Presbicia (Presbo; viejo, ops; ojo) Es la manifestación clínica de la reducción gradual que sufre la amplitud de acomodación con el avance de los años. Se hace evidente por el alejamiento del punto próximo, a una distancia mayor de la que acostumbra el paciente a leer ó trabajar. No es considerado una ametropía sino una pérdida fisiológica del poder de acomodación. La presbicia suele manifestarse alrededor o después de los 40 años. (9,10) Los defectos refractivos son tan antiguos como la misma humanidad, ya que es muy poco probable que el hombre en su desarrollo evolutivo, contara con ojos con perfecta agudeza visual, o sea, un ojo emétrope. (11) Todos estos defectos refractivos afectan la agudeza visual del paciente tanto de lejos como de cerca y provocan una serie de síntomas y signos con los cuales hay que trabajar facilitando un adecuado desarrollo de la visión desde edades muy tempranas y a lo largo de la vida del individuo.

Los defectos refractivos o ametropías constituyen un motivo de consulta frecuente dentro de la Oftalmología y tienen gran importancia económica y social ya que constituyen un serio problema de salud. Esto acontece por los costos que implican su tratamiento y manejo. (12) Los defectos de refracción no corregidos pueden reducir el rendimiento escolar, la posibilidad de empleo, la productividad y por lo general merman la calidad de vida, de aquí la importancia de corregirlo para lograr que estos pacientes puedan desarrollarse adecuadamente en cualquier tarea que desempeñe, manteniendo una comunicación efectiva con la sociedad. (13) Sin duda existe una gran incidencia de ametropías tanto a nivel mundial, como nacional y provincial lo que llega a ser uno de los problemas del cuadro de salud de la población de nuestro país. Por lo que se trabaja en su prevención que aunque es imposible hasta la fecha, si es una realidad materializada su corrección, y en algunos casos su curación siendo un hecho indiscutible. (14,15)

Así se puede constatar en el estudio realizado en el Policlínico Previsora de Camagüey en el mes de octubre de 2008 que plantea la que existencia de estos defectos se ha convertido en un problema que afecta a la sociedad, tanto por los daños orgánicos y

físicos que puede provocar en el sistema visual, como por los trastornos psicológicos que se presentan en quienes los padecen, ya sea por cuestiones estéticas o de incapacidad de realizar determinadas actividades cotidianas. La disminución del rendimiento escolar y laboral debido a problemas refractivos es un aspecto social y educacional importante que debe ser llevado a consideración, ya que en la actualidad existen criterios de que con el incremento de las facilidades educativas, la introducción de los diversos medios audiovisuales y la educación masiva y a distancia, la prevalencia de las ametropías pudiera crecer aun más en las próximas décadas. (16)

La Optometría es una profesión en constante desarrollo, que ofrece un espacio de actividad muy interesante tanto a hombres como a mujeres, especialmente dedicada al cuidado y prevención de la salud visual. (17)

Desde el centro que realiza la actividad rectora de esta investigación, la Universidad de Ciencias Médicas se habilitó una consulta de Optometría y Óptica para los trabajadores del centro durante el periodo de 2005- 2009 pero no pudo continuar por la rotura de algunos equipos imprescindibles para brindar el servicio. Este servicio se estudió y los resultados fueron presentados en eventos científicos estudiantiles a nivel nacional con el trabajo Impacto de la consulta de optometría en la Filial Universitaria de Tecnología de la Salud en el período de mayo a febrero del 2008.

Posteriormente a esa fecha no se volvió a dar consulta por los motivos anteriormente expuestos.

Para el desarrollo del estudio se planteo el siguiente Problema Científico: ¿Cuál es la prevalencia de los defectos refractivos en los estudiantes del Curso Regular Diurno y trabajadores de la Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos?

Teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Identificar la prevalencia de los defectos refractivos en los estudiantes del Curso Regular Diurno y trabajadores de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Objetivos Específicos:

1- Diagnosticar los principales defectos refractivos que poseen los estudiantes del CRD y trabajadores de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

2- Indicar tratamiento a los diferentes defectos refractivos partiendo del diagnóstico realizado mediante la corrección óptica.

DESARROLLO

Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia en el período de abril 2012- junio 2016, para diagnosticar los principales defectos refractivos que poseen los estudiantes y trabajadores de la Universidad de Ciencias Médicas. El universo estuvo constituido por

los estudiantes del Curso Regular Diurno de todas las carreras y los trabajadores, para un total de 2772 pacientes de ellos 2012 estudiantes y 760 trabajadores, seleccionándose una muestra del 53 % del universo , utilizándose para ello un muestreo aleatorio simple .

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta todos los estudiantes a partir de los 18 años de edad pertenecientes al curso regular diurno de todas las carreras y los trabajadores de la universidad. Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta a todos los estudiantes menores de 18 años, a las personas que no desearon participar en el estudio, estudiantes de licencia de matrícula por alguna razón y los trabajadores en misión o licencia.

La investigación se realizó con previa autorización de la dirección del centro educativo no tuvo procedimientos invasivos de ningún tipo.

A los pacientes se les informó el tipo de estudio y los procedimientos a realizar y se les pidió que firmaran la planilla de consentimiento informado. Una vez que aceptaron participar en el estudio, se les realizó una historia clínica oftalmológica, haciendo énfasis en aquellos aspectos que constituyeron las variables propuestas en la investigación.

Para el desarrollo de la investigación se utilizaron métodos empíricos como la historia clínica, métodos teóricos como el analítico- sintético, el inductivo – deductivo y el histórico lógico. Dentro de los métodos estadísticos se utilizó el programa estadístico SPSS 15 español.

A partir del año 2005 en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos se abrió una consulta de optometría con fines docentes y a la vez garantizar el servicio de refracción a estudiantes y trabajadores de dicho centro teniendo en cuenta que la detección precoz de un defecto de visión puede permitir su corrección total o parcial, incluida la prevención de la ceguera permanente, así como la intervención precoz para minimizar sus efectos en aquellos casos en que no se pueda evitar la ceguera total o parcial.

La existencia de estos defectos se ha convertido en un problema que afecta a la sociedad, tanto por los daños orgánicos y físicos que puede provocar en el sistema visual, no quedando exceptos los estudiantes y trabajadores de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

De los 1460 pacientes atendidos en consulta , 1060 correspondieron a los estudiantes representando el 72.6 % de los pacientes a atender y 400 a los trabajadores . (Tabla No 1)

Debido a la importancia de la detección oportuna en los diferentes países de los defectos refractivos, los programas de salud están poniendo especial atención en determinar la presencia de los mismos, sobre todo en el grupo comprendido en edad escolar. Con este objetivo, se han llevado a cabo varios estudios en diversos grupos de

población, algunos multicéntricos, en diferentes épocas, con la finalidad de establecer cuál es la prevalencia de los errores refractivos. (18)

Al relacionar la edad y el sexo de los pacientes en estudio, se pudo observar que hubo un predominio del sexo femenino, comportándose de igual manera en todos los grupos de edades representando las mujeres el 57.7 % del estudio. El grupo de edades de 18-23 fue el más significativo, con 982 pacientes donde se encuentran ubicados en su mayoría los estudiantes, y en segundo lugar el de 42 - 47 años para un 12.5 %.(Tabla No 2)

Los resultados de incidencias de errores refractivos en poblaciones de todo el mundo muestran una gran variabilidad y no se han basado en datos poblacionales. Algunos países de Asia, como Singapur, China o Taiwan, presentan altos niveles de miopía. Del mismo modo, algunos países del norte de Europa tienen prevalencias de miopía superiores al 30%. En Norteamérica y Australia se comportan con valores de miopía similares. (3,19)

Al analizar el comportamiento de los defectos refractivos se diagnosticó la presencia de uno o más de los mismos en el 73.2 % de la muestra estudiada, presentando uno o más de un defecto 1069 pacientes, mientras que el 26.8 % de los casos son pacientes emétopes. (Tabla No 3)

En estudios realizados en el año 2011 se reportan en países latinoamericanos como Colombia, Brasil, México que el defecto más común es la hipermetropía y la miopía es la segunda causa de ceguera en algunos países. En España se comporta en una cifra de 15 millones de afectados la miopía y 10 % de la población la padece ya sea de tipo degenerativa o patológica, además de enfermedades crónicas y degenerativas del ojo que comienza a detectarse en los primeros años de edad. (16)

El defecto refractivo de mayor incidencia fue la presbicia presente en el 29.6 % de los casos objetos de estudio, el comportamiento de este defecto tiene relación con la cifra de pacientes mayores de 40 años, el astigmatismo hipermetrópico compuesto ocupó el segundo lugar representado en 293 pacientes para un 27.4 %, seguido por el astigmatismo hipermetrópico simple presente en 265 pacientes . Según el estudio realizado el astigmatismo miópico simple y el astigmatismo mixto fueron los de menor incidencia. Se diagnosticaron más de un defecto refractivo en 196 pacientes. (Tabla No 4)

Sin duda la existencia de estos defectos en edad laboral se ha convertido en un problema que afecta a la sociedad por los trastornos psicológicos que se presentan en quienes los padecen, ya que se genera agotamiento, estrés, problemas de productividad, rendimiento, por la incapacidad de realizar determinadas actividades cotidianas necesarias para el individuo.

El resultado del astigmatismo como uno de los defectos refractivo más frecuente coincide con los resultados alcanzados en las publicaciones de atención primaria del doctor *Nano*, en las cuales se plantea que representa el 40 % de las ametropías. De

forma similar Goh y otros, detectaron en adolescentes en Malasia 9,8 % de miopía, 3,8 % de hipermetropía y nuevamente el astigmatismo fue superior a los demás (15,7 %).

En un estudio realizado en Chile en el año 2005 se detectó una frecuencia más alta de los defectos refractivos en mujeres que en hombres. En el Boletín Trimestral de Visión 2020 Latinoamérica de marzo del 2006 se reporta al sexo femenino como el más afectado por los errores refractivos en un estudio de escolares en México. (6)

En cuanto a género y tipo de defecto refractivo, se observó una distribución con mayor prevalencia en el sexo femenino guardando relación con el sexo predominante en el estudio. En la presbicia como refractivos más frecuente predominan las mujeres con 67.1 % del total de pacientes con esta patología mientras que en el astigmatismo hipermetrópico compuesto ocupan el 60.7 %. (Tabla No 5) Debemos tener presente que la mujer ocupa en la comunidad un espacio importante en el desarrollo de labores sociales donde se han incrementado el uso de la tecnología, además de los muchos quehaceres como amas de casas.

La prescripción de cristales o lentes de contacto se establece de acuerdo al defecto refractivo, la edad y el grado de severidad de la ametropía.

Teniendo en cuenta los defectos refractivos diagnosticados los tratamientos más frecuentes indicados para la corrección óptica fueron el uso de lentes para esfuerzos visuales a 486 pacientes , y los lentes de uso permanente a 312 , el tratamiento menos indicado fue el uso de lentes de contacto. Se les indicó más de un tratamiento a 208 pacientes. (Tabla No 6)

CONCLUSIONES:

En el estudio realizado el grupo de edades más frecuente en la muestra estudiada fue el de 18-23 años así como el sexo femenino. El orden de frecuencia de los defectos refractivos ubicó a la presbicia en primer lugar, seguida por el astigmatismo hipermetrópico compuesto. Los tratamientos más frecuentes indicados para la corrección óptica fueron el uso de lentes para esfuerzos visuales y los lentes de uso permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Alemañy Martorell J, Marrero Faz E, Villar Váldez R. Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1991.

2- Alemañy, Martorell J, Villar Váldez R. Oftalmología. 3ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.

3-Estévez Miranda Y, Naranjo Fernández RM, Pons Castro L, Méndez Sánchez TJ, Rúa Martínez R, Dorrego Eduardo M. Defectos refractivos en estudiantes de la Escuela "Pedro D. Murillo". Rev. Oftalm [Internet]. 2011 [citado 2012 Mar 30]; 24(2): [aprox 3 p.].

Disponible

en:http://www.revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/72/html_33

4 – Vargas Grimont AB, Alberto Escobar Y. Optometría y Óptica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005

5- Hipermetropía [Internet]. Madrid: Fundación Wikimedia, Inc; 2000-12 [actualizado 2012 Ene 11; citado 2012 Mar 30]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Hipermetrop%C3%ADa>

6- Carpio Fonticiella I, Miranda Carbonell L. Optometría I. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2001

7- Astigmatismo [Internet]. Madrid: Fundación Wikimedia, Inc; 2000-12 [actualizado 2012 Ene 11; citado 2012 Mar 30]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Astigmatismo>

8- El ojo: Óptica de la visión. En: Guyton AC, Hall JE. En: Tratado de fisiología médica. Nueva York: McGraw-Hill; 1998. p. 677-90

9- Fernández González ME, Pérez Ávila C, Hernández Marrero XM, Varela Gener E. Corrección de la presbicia en nuestro medio. Rev. Cub. Oftalmol. 1992 Jul-Dic; 5(2):91-9.

10- Presbicia. [Internet]. Madrid: [Fundación Wikimedia, Inc.](http://es.wikipedia.org/wiki/Presbicia); 2000-12 [actualizado 2012 Feb 13; citado 2012 Mar 31]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Presbicia>

11- Durán de la Colina JA. Defectos de refracción. En: Kamsky Jack J. Oftalmología Clínica. 3 ed. New York: Mosby; 2003. p. 415-21.

12- Carpio Fonticiella I. Campo visual. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006

13-El ojo: II. Función receptora y neural de la retina. En: Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Médica. New York: McGraw-Hill; 1998. p. 691-706

14-Mariño Hidalgo OM, Fernández Soler JA, García Pérez R, Bento Rojas Y, Rodríguez Millor M. Comportamiento clínico epidemiológico de los defectos refractivos en pacientes atendidos en la Consulta de Cirugía Refractiva. Correo Cientif Méd de Holguín [Internet]. 2009 [citado 2015 Mar 31]; 13(4): [aprox 3p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no134/no134ori05.htm>

15- Rivero Fernández Cristina, Echevarría Payán Taimys, Ramos Varela Georgina, Rodríguez Gonzáles Noris T. Comportamiento clínico- epidemiológico de las ametropías. Revista Archivo Médico de Camaguey [Internet]. 2008 [citado 2014 nov-dic]; 14(6): [aprox 3.p.]. Disponible en: http://s7.addthis.com/js/250/addthis_widget.js

16-Fundación Salud visual [Internet]. Buenos Aires: OPTICA RAÚL- Paraná 264 Planta Baja; 1979 - 2003 [actualizado 2005 Jun 3; citado 2016 Mar 31]. Disponible en: <http://www.fundavisual.edu.ar/info2.html>

17- Perkins ES, Hill DW. Fundamentos Científicos de Oftalmología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1981.

18- La oftalmología en Cuba antes del siglo XX. En: Santiesteban Freixas, R. Historia de la oftalmología en Cuba. La Habana: Ecimed; 2005 [citado 2016 Mar 31]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0oftalmol--00-0----0-10-0---0--0direct-10---4-----dte--0-1l--11-es-50---20-about-historia+de+la+oftalmolog%C3%ADa+en+Cuba--00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=oftalmol&cl=search&d=HASH01184994d99aa69d8b7dedb1.4>

19- La oftalmología en Cuba desde el siglo XX hasta inicios del siglo XXI. En: Santiesteban Freixas R. Historia de la oftalmología en Cuba. [Internet]. La Habana: Ecimed; 2005 [citado 2016 Feb 22]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0oftalmol--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----dte--0-1l--11-es-50---20-about-historia+de+la+oftalmolog%C3%ADa+en+Cuba--00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=oftalmol&cl=search&d=HASH01184994d99aa69d8b7dedb1.5>

ANEXOS

Anexo1: TABLAS

Tabla # 1: Trabajadores y estudiantes del Curso Regular Diurno examinados.

Categorías	Examinados	
	No	%
Estudiantes del CRD	1060	72.6
Trabajadores	400	27.4
Total	1460	

Fuente: Hoja de cargo de consulta.

Tabla # 2: Distribución de la muestra estudiada según grupos de edades y sexo.

Edad	Sexo				Total	%
	F	%	M	%		
18-23	573	58.3	409	41.7	982	67.3
24- 29	25	64.1	14	35.9	39	2.7
30 -35	54	60.6	35	39.4	89	6.0
36-41	27	54.0	23	46.0	50	3.5
42 -47	102	55.7	81	44.3	183	12.5
48 -más	62	52.9	55	47.1	117	8.0
Total	843	57.7	617	42.3	1460	100

Fuente: Hoja de cargo de consulta.

Tabla # 3: Comportamiento de los defectos refractivos

Pacientes con uno o más defectos refractivos	%	Pacientes sin defectos refractivos	%	Total
1069	73.2	391	26.8	1460

Fuente: Hoja de cargo de consulta

Tabla # 4: Defectos refractivos más frecuentes detectados.

Defectos refractivos	Cantidad	%
Miopía	108	10.1
Hipermetropía	102	9.5
Astigmatismo Hipermetrópico compuesto	293	27.4
Astigmatismo Hipermetrópico simple	265	24.7
Astigmatismo miópico compuesto	99	9.2
Astigmatismo miópico simple	52	4.8
Astigmatismo mixto	29	2.7
Presbicia	317	29.6

Fuente: Hoja de cargo de consulta.

Tabla # 5: Distribución de los defectos refractivos según género.

Defecto refractivo	Femenino		Masculino		Total No.
	No.	%	No.	%	
Miopía	72	66.6	36	33.4	108
Hipermetropía	65	63.7	37	36.3	102
Astigmatismo Hipermetrópico compuesto	178	60.7	115	39.3	293
Astigmatismo Hipermetrópico simple	155	58.4	110	41.6	265
Astigmatismo miópico compuesto	55	55.5	44	44.5	99

Astigmatismo miópico simple	32	61.5	20	38.5	52
Astigmatismo mixto	19	65.5	10	34.5	29
Presbicia	213	67.1	104	32.9	317

Fuente: Hoja de cargo de consulta.

Tabla # 6: Tratamiento indicado partiendo del diagnóstico realizado.

Tratamiento según corrección óptica	Cantidad de pacientes
Uso de lentes bifocales	152
Uso de lentes para visión lejana	134
Uso de lentes para visión cercana	165
Uso de lentes para visión permanente	312
Uso de lentes para esfuerzos visuales	486
Uso de lentes de contacto	28

Fuente: Historia clínica

Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estudiante de la carrera de: _____ Año: _____

Trabajador del área de : _____

Ejerciendo mi libre poder de elección y voluntariedad expresada por este medio doy mi consentimiento para ser incluido en el estudio que se realizará sobre el Redimensionamiento del servicio de Optometría para estudiantes del Curso Regular Diurno y trabajadores de la Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos

Para dar mi consentimiento de participación en la investigación he recibido una amplia explicación por parte de los autores, quienes me informaron acerca del uso y destino que se hará de esta información y la confidencialidad de los datos.

Y para que conste mi voluntad de participar en la realización de este estudio lo expreso con mi firma en este documento.

Firma _____

Fecha: _____

Dominancia Ocular	DP.			
Ojo Dominante	Agudeza Visual			
		SC	CSC	Cerca
Tipo de Dominancia	OD			
	OI			
	VB			
Campo Visual por Confrontación				
OD	OI			

Queratometría	OD	OI		
Clasificación				
Esquiascopía	OD			
	OI			
Subjetiva	OD		AV	OD
	OI			OI
Amplitud de Acomodación:	OD		OI	
PPM				
CT				
PDM				
RCH				
Punto próximo de convergencia:				
Estudio de la fusión:				
Se OD				
ordena OI				
ADD AO				
Diagnóstico presuntivo:				
Diagnóstico definitivo:				
Observaciones				

TÍTULO: PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN MUJERES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. CIENFUEGOS 2017- 2018.

TITLE: PREVALENCE OF SMOKING IN WOMEN WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. CIENFUEGOS 2017-2018

Autores:

- 1- Ahmed José Pomares Avalos. ahmed.pomares@gal.sld.cu, Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba, Jefe servicio de Psicología, Master en psicología de la salud.
- 2- Marian Amanda Vázquez Núñez. medmavn970429@ucm.sld.cfg.cu Estudiante de 3er año de la Carrera de Medicina, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.
- 3- José Antonio Pomares Alfonso. joseantoniopa@jaqua.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Master en Educación

Resumen

Fundamento: El tabaquismo se considera una epidemia de carácter universal y una grave carga para el individuo, la familia y la sociedad.

Objetivo General: Determinar la prevalencia de tabaquismo en mujeres con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Material y Método: Se realizó un estudio transversal descriptivo, en el Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", en el servicio de Medicina Interna, en el período de septiembre de 2017 a enero de 2018. Se realizó un muestreo no probabilístico casual, quedando conformada la muestra por 41 pacientes. Las variables de estudio son: edad, escolaridad, ocupación, procedencia, tabaquismo, cantidad de cigarrillos fumados diariamente, cantidad de años fumando, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, cardiopatías isquémicas, accidente vascular encefálico y cáncer. Se utilizó como instrumento de recogida de información el cuestionario utilizado por el

proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para Reducir las Enfermedades no Transmisibles).

Resultados: La prevalencia de tabaquismo en las mujeres con enfermedad pulmonar obstructiva crónica es alta.

Conclusiones: Las mujeres con enfermedad pulmonar obstructiva crónica no tienen plena conciencia de las consecuencias negativas que tiene el tabaquismo para el empeoramiento de su salud, ya que se evidencia que un número importante de estos pacientes continúan fumando.

Palabras Clave: Prevalencia, Tabaquismo, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Abstract

Background: Smoking is considered a universal epidemic and a serious burden for the individual, family and society.

Objective: Determine the prevalence of smoking in women with chronic obstructive pulmonary disease.

Material and methods: A descriptive and cross-sectional study was done at the Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", from September 2017 to January 2018. A non-probabilistic casual sample was taken and the sample amount to 80 patients. The variables for study are: age, sex, cultural level, occupation, origin, smoking, number of daily smoked cigarettes, number of years smoking cigarettes, chronic obstructive pulmonary disease, high blood pressure, diabetes mellitus, renal chronic insufficiency, ischemic cardiopathies, vascular encephalic accident, and cancer. The instrument used to get the information was the questionnaire, the one used in the Carmen project (set of actions to reduce non-transmissible diseases).

Results: Prevalence of smoking in women with chronic obstructive pulmonary disease is high.

Conclusions: The women with chronic obstructive pulmonary disease have no a clear perception of the negative effects on the people's health, because it is evident that an important number of these patients continue smoking.

Key words: Prevalence, Smoking, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Introducción

El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica, perteneciente al grupo de las adicciones. Se considera una epidemia universal y una grave carga para el individuo, la familia y la sociedad. **(1)**

Según datos actualizados de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen 1 100 millones de fumadores en todo el mundo. **(1)**

En Cuba, el 24 por ciento de la población mayor de 15 años consume cualquier producto del tabaco, ocupando el tercer lugar con mayor índice de esa adicción en América Latina. **(2)**

Cienfuegos históricamente ha informado tasas de tabaquismo superior a los promedios nacionales, siendo uno de los temas más estudiados en toda la provincia. **(3)**

Las tendencias mundiales indican que la prevalencia en el consumo de tabaco en varones se encuentra en un lento descenso, mientras que el consumo de tabaco en las mujeres seguirá aumentando, revirtiéndose lo que hasta ahora se consideraba una epidemia masculina. **(4)**

Se ha demostrado que las mujeres se incorporan al consumo de tabaco años más tarde que los hombres, lo que justifica que la patología atribuible se haya presentado hasta ahora mayoritariamente en los hombres.

Una de las graves consecuencias del tabaquismo es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). **(5)**

Se calcula que entre un 15 y un 20% de los fumadores pueden desarrollar EPOC a lo largo de toda su vida y se ha comprobado que esta se presenta 14 veces más en los fumadores que en los que no lo son. **(6,7)**

El abandono definitivo del consumo de tabaco es la principal medida terapéutica para modificar el curso clínico de la enfermedad y lograr mayor calidad de vida, sin embargo está comprobado que la mayoría de los pacientes se mantienen fumando. **(8)**

Objetivo General: Determinar la prevalencia de tabaquismo en mujeres con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Objetivo Específicos:

1. Caracterizar a los pacientes de estudio que son fumadores según las variables sociodemográficas: edad, escolaridad, ocupación y procedencia.
2. Describir las características del hábito tóxico en los pacientes de estudio en cuanto a: cantidad de cigarrillos fumados diariamente y cantidad de años fumando.
3. Identificar en los pacientes de estudio que son fumadores la presencia de otras enfermedades crónicas no transmisibles tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, accidente vascular encefálico y cáncer.

Desarrollo

Se realizó un estudio transversal descriptivo, en el Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", de la provincia de Cienfuegos, específicamente en las salas de Medicina Interna, en el período comprendido de septiembre de 2017 a enero de 2018. Se realizó un muestreo no probabilístico casual de las mujeres con EPOC, quedando conformada la muestra por 41 pacientes. Se aplicó el cuestionario utilizado por el proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para Reducir las Enfermedades no Transmisibles) en Cienfuegos, en relación al tabaquismo.

Resultados y análisis de los resultados

Se destacan entre los resultados obtenidos en la presente investigación que la prevalencia de tabaquismo en mujeres con EPOC coincide con lo planteado por otros autores al considerar que entre un 30 y un 70% de los pacientes diagnosticados con esta patología continúan siendo fumadores activos. **(8)**

En el ámbito internacional un estudio llevado a cabo en España puso de manifiesto que uno de cada 4 pacientes diagnosticados de EPOC son fumadores y hasta un 20% de los pacientes hospitalizados por esta enfermedad continúan fumando. **(9)**

El humo del tabaco se considera la principal causa patogénica de la EPOC, ya que tiene la capacidad de producir estrés oxidativo, de alterar el balance proteasas antiproteasas y de activar la respuesta inflamatoria, principalmente la de polimorfonucleares y macrófagos. **(10)**

Cabe señalar que un número importante de pacientes con EPOC consume tabaco a pesar de conocer los efectos perjudiciales que tiene para su salud, los beneficios de dejar de fumar y que el abandono del tabaco es la única medida para detener la evolución progresiva de la enfermedad.

Evidencias científicas muestran que esto puede ocurrir por la alta dependencia a la nicotina que tienen los fumadores con EPOC en relación con los fumadores que no sufren de EPOC, lo que dificulta el esfuerzo para dejar de fumar. Habitualmente estos pacientes están menos motivados para hacerlo a pesar de padecer una enfermedad producida por el tabaco, debido a que durante su vida de fumador han realizados múltiples intentos para abandonar el tóxico y siempre han fallado. **(10)**

Por estos motivos resulta necesaria la aplicación de terapias integrales en el manejo de la cesación tabáquica, donde ocupe un lugar relevante la evaluación del grado de dependencia a la nicotina, ya que puede determinar el logro o no de los esfuerzos para abandonar el tóxico.

En cuanto a la prevalencia de fumadores en las diferentes categorías etarias, los resultados obtenidos se corresponden con la literatura científica. **(4, 11, 12)**

Datos internacionales muestran un descenso en el consumo de tabaco en el grupo de adultos mayores, 13,2% de fumadores en el grupo de 65-74 años frente a sólo un 6,7% por encima de 75 años. **(11, 12)**

Es necesario señalar que la edad de inicio del tabaquismo comprende desde los 13 hasta los 45 años, produciéndose el mayor incremento en la adolescencia, entre los 12 y los 18 años. **(13)**

Esto puede deberse a que la adolescencia es una etapa que se caracteriza por grandes cambios no solo en la esfera biológica sino también en la esfera psicológica y social, donde el grupo constituye el principal motivo de conducta y la presión que ejerce el grupo de amigos, así como la imitación de la conducta adulta puede resultar un determinante en el inicio del tabaquismo, esto debido a la necesidad de establecer relaciones sociales que pueden hacer que los adolescentes se sientan obligados a ir a los lugares de recreación donde fumar es algo normal. **(13)**

Al analizar las categorías ocupacionales los resultados no se corresponde con la literatura científica. **(4, 12)**

Se ha descrito una serie de factores relacionados con el trabajo que pueden potenciar el deseo de fumar como pueden ser: la posibilidad económica para adquirir el cigarro, el estrés al que se encuentran sometidos muchos trabajadores, como forma de aliviar las fuertes cargas laborales o como un apoyo para aumentar el rendimiento en el trabajo y mitigar el cansancio, todo ello unido a la concepción de ser un facilitador de las relaciones interpersonales.

En el estudio prevalecen los pacientes con mayor nivel escolar. Es necesario destacar que el comportamiento de esta variable en la literatura científica es contradictorio, ya que algunos autores han observado que el consumo de tabaco es significativamente mayor en las personas con altos niveles de escolaridad, mientras otros refieren que las personas con menor educación tienen siete veces más frecuencia de consumir cigarro. **(14)**

Si bien las personas con mayor nivel escolar tienen herramientas que les facilita la información, la práctica asistencial cotidiana nos habla a favor de una disonancia cognoscitiva ya que a pesar que la mayoría de estas personas tiene amplio

conocimiento de los daños que ocasiona el mismo y a pesar de todas las propagandas y charlas que se brindan a favor de no estimular el consumo del tabaco se han obtenido muy pocos resultados favorables, reflejándose una relación afectiva positiva con el cigarro.

Al analizar la procedencia prevaleció la rural sobre la urbana, lo que no se corresponde con las investigaciones sobre el tema. **(15, 16)**

El consumo de tabaco suele diferir en poblaciones urbanas y rurales. Sin embargo, estas diferencias no son similares en todos los países en las que se ha estudiado. De esta manera, mientras que algunos estudios han encontrado mayores prevalencias de consumo en poblaciones urbanas que en rurales, en otros sucede lo opuesto. **(15, 16)**

Esto puede deberse a que los patrones de consumo de tabaco tienen diferentes características en poblaciones urbanas que en rurales.

Entre los factores de mayor importancia está: el acceso a estas sustancias, que suele estar asegurado en áreas urbanas, pero no así en ciertas áreas rurales, especialmente en las más remotas, el estrés, que es considerado un factor de riesgo para el consumo del tabaco, el cual también suele ser mayor en áreas urbanas que en rurales y la aceptabilidad social, que generalmente es mayor en áreas urbanas que en rurales. **(15, 16)**

Predominaron los pacientes con más de 40 años de fumando. Esto nos alerta que a pesar de haber avanzado en la educación sobre la nocividad del tabaquismo y su relación con la enfermedad y la muerte, algunos fumadores tienen conocimiento sobre el tabaquismo pero carecen de percepción de riesgo, lo que habla a favor que la información no resulta suficiente para cambiar conductas de salud, más aun cuando se trata de una droga que empleada de forma repetida, crea necesidad y hábito.

La percepción de riesgo proporciona la capacidad de asumir gestiones protectoras en el individuo ante el tabaquismo, de ahí la importancia de disponer de información al respecto que permita realizar intervenciones efectivas a favor de la salud del individuo. **(17)**

En cuanto a la cantidad de cigarros fumados diariamente el mayor número de pacientes consume hasta una cajetilla diaria, datos que coinciden con diversos estudios que analizan la dependencia nicotínica en estos pacientes. **(10, 18)**

Datos que reflejan un alto nivel de adicción a la nicotina en los pacientes de estudio y cabe señalar que cuando una persona ha alcanzado estos niveles de adicción e intenta dejar el cigarro debe afrontar una serie de efectos físicos, psicológicos e incluso sociales.

Con respecto a la presencia de otras enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes de estudio predomina la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, resultado que coincide con otros estudios sobre tabaquismo y riesgo cardiovascular. **(20,21)**

Los hipertensos que fuman tienen un peor pronóstico en cuanto al padecimiento de enfermedades cardiovasculares ya que el humo del tabaco es biológicamente estimable en un significativo aumento de la presión arterial. No existe tolerancia del organismo al estímulo que la nicotina produce sobre la actividad del sistema nervioso simpático, encargado de la vasoconstricción que conduce al aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca y por lo tanto, aumento de la demanda miocárdica de oxígeno. **(22)**

Conclusiones

Las mujeres con Epoc no tienen plena conciencia de las consecuencias negativas que tiene el tabaquismo para el empeoramiento de su salud, el descontrol de los síntomas de la misma y el fracaso terapéutico, ya que se evidencia que un número importante de estos pacientes continúan fumando. En el estudio realizado predominaron las pacientes amas de casa, con mayor nivel escolar y de procedencia urbana, con más de 40 años como fumadores y consumidores de hasta una cajetilla diaria, lo que puede significar una alta dependencia a la nicotina. Se evidencia una baja percepción del riesgo que condiciona fumar asociado a una enfermedad crónica no transmisible, al coexistir en los sujetos del estudio la práctica del hábito nocivo con padecimientos crónicos.

Referencias bibliográficas

- 1- Izquierdo Díaz R, Ochoa Ortega M R, Casanova Moreno M, Díaz Domínguez M A. El tabaquismo y su prevención educativa en la población de un consultorio médico. Rev Ciencias Médicas. 2015; 19 (4).
- 2- Lorenzo Vázquez E. Cuba refuerza medidas contra el tabaquismo. Acn (Revista digital). 2017.
- 3- Benet M, Espinosa A, Morejón A, Diez E, Landrove O, Ordúñez P. La prevalencia de tabaquismo en la ciudad de Cienfuegos, Cuba. MEDICC Review, Selecciones. 2014; 16(3-4).
- 4- Miravittles M. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización. Archivos de bronconeumología. 2014; 50(1).
- 5- Albiol Chiva J. Epoc y Tabaquismo. Tesis. 2015.
- 6- Noé Díaz N, García Gómez L, Sansores R, Ramírez Venegas A. Impacto del tabaquismo y la EPOC sobre el funcionamiento cerebral. Neumol Cir Torax. 2014; 73(3).
- 7- Abajo Larriba AB. Diagnóstico y tratamiento del hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio ADEPOCLE. Nutr Hosp 2016 [citado 5 Ene 2018]; 33(4).
- 8- Llordés M, Prevalence, Risk Factors and Diagnostic Accuracy of COPD Among Smokers in Primary Care. COPD. 2015; 12(4).
- 9- Mohamad Y, Shaaban R, Al-Zahab BA, Khaltayev N. Impact of active and passive smoking as risk factors for asthma and COPD in women presenting to primary care in Syria: first report by the WHO-GARD survey group. International journal of chronic obstructive pulmonary disease. 2013; 8.
- 10- Jasinska AJ, Zorick T, Brody AL, Stein EA. Dual role of nicotine in addiction and cognition: a review of neuroimaging studies in humans. Neuropharmacology. 2014; 84.
- 11- Moro R, Verónica Brasesco M, Rosendo E, Morales M. Informe epidemiológico sobre el consumo de Tabaco en Argentina. 2016.
- 12- Plá García A. Tabaquismo: valores e integralidad. Rev.Med.Electrón. 2016; 38 (3)

- 13-**Ariza C, García Continente X, Ramon Villalbí J, Sánchez Martínez F, Pérez A–Nebot M. Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. *Gaceta sanitaria*. 2014; 8 (1).
- 14-**Marqueta A, Nerína I, Jiménez Muro A, Gargallo P, Beamonte A. Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. *Gac Sanit*. 2013; 27 (1).
- 15-** Lisanti R., Gatica Hernández D, Abal J, Lisanti G, Di Giorgi L, González L, Zarate G. Tabaquismo: su relación con personalidad y variables sociales. *Revista americana de medicina respiratoria*. 2016; 16(4).
- 16-** Álvaro Renzo T R. Consumo de tabaco y consumo intensivo de alcohol en pobladores que residen en zonas rurales, urbanas y migrantes de zona rural a urbana en dos regiones de Perú. Tesis 2017.
- 17-**Warren JC, Smalley KB, Barefoot KN: Perceived Ease of Access to Alcohol, Tobacco, and Other Substances in Rural and Urban US Students. *Rural and remote health*. 2015; 15(4).
- 18-**Mendez Ruiz, MD. Valores, percepción de riesgo y su relación con el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de preparatoria. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2013.
- 19-**Barrot, C, Sánchez C, Abellana R, Ortega M, Gené M. Polimorfismos genéticos como indicadores de la vulnerabilidad individual a la adicción al tabaco. *Medicina Clínica*. 2013; 140(2).
- 20-**Iglesias Becoña E. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2014; (110).
- 21-**Trindade Radovanovic C A. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(4).
- 22-**Arango L. Tabaco y riesgo cardiovascular. *Rev. Guatem. cardiol. (Impresa)*.2014 [citado 31 Ene Dic 2018]; 24(1).

Anexos

Anexo #1

Tabla No.1: Prevalencia del tabaquismo en mujeres con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Variable		N	%	Fuma	%	Prevalencia
Edad	-50	3	7.3	2	4,9	66.7
	51-70	12	29.3	8	19,5	66.7
	más de 70	26	63.4	13	31,7	50
Ocupación	Jubilados	25	61.0	12	29,3	48.0
	Activo laboralmente	7	17,1	4	9,7	57.2
	Sin vínculo laboral	1	2.4	-	-	-
	Ama de casa	8	19,5	7	17.0	87.5
Escolaridad	Menor de 12°	31	75,6	16	39.0	61.3
	Mayor de 12°	10	24,4	7	17.1	70.0
Procedencia	Urbana	28	68,3	15	36.6	53.6
	Rural	13	31,7	8	19.5	61.5
Total de pacientes con EPOC		41	100	23	56,1	56.1

Fuente: Cuestionario

n: 41

Anexo #2

Tabla No.2: Características del tabaquismo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva.

Variables		Frecuencia	%
Cantidad de años fumando	-20 años	4	9.8
	21- 40 años	7	17.1
	+ 40 años	12	29.3
Cantidad de Cigarros fumados diariamente.			
Cantidad de Cigarros fumados diariamente.	Hasta 1 cajetilla	16	39.0
	Hasta 2 cajetilla	6	14.6
	+ de 2 cajetillas	1	2.4

Fuente: Cuestionario

N: 23

Anexo #3

Tabla No.3: Comportamiento de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles en mujeres con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que son fumadores.

Variables	Total	%	Fuman	%
Hipertensión Arterial	30	72.3	17	73.9
Diabetes Mellitus	4	9.8	1	4.3
Cardiopatías Isquémicas	17	47.5	10	43.5
Accidente Vascular Encefálico	3	7.3	2	8.7
Cáncer	1	2.4	1	4.3
Insuficiencia Renal Crónica	5	12.2	3	13.0

Fuente: Cuestionario

n: 23

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH OVERWEIGHT AND OBESITY IN CHILDREN UNDER FIVE YEARS OLD

Autores:

Mabel Godo González ¹

Carmen E. Guerra Cabrera ²

Alina González Hermida ³

1 mabelgg670507@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Universitario “Juan José Apolinaire Pennini”, Cienfuegos, Cuba, Máster en Ciencias.

2 carmen@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico Universitario “José Luis Chaviano”, Cienfuegos, Cuba, Máster en Ciencias.

3 alinagh671222@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Universitario “Manuel Piti Fajardo”, Cienfuegos, Cuba, Máster en Ciencias.

RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad infantil constituyen hoy un importante problema de salud en todo el mundo por su tendencia creciente. Objetivo: determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad y la frecuencia de algunos de los factores de riesgo conocidos para la obesidad en niños menores de cinco años. Método: estudio descriptivo de corte transversal en los consultorios médicos 9 y 10 del policlínico “Juan José Apolinaire Pennini” de Cienfuegos, de junio a noviembre de 2017. El universo estuvo integrado por 83 niñas y niños entre uno y cuatro años, divididos en dos subgrupos conformados según la presencia o no de sobrepeso/obesidad determinado por índice de masa corporal(IMC). Se utilizó el procedimiento diferencia entre proporciones de dos grupos diferentes con una exigencia del 95% del software Epidat versión 3.0. La información fue procesada en el programa SPSS 21.0.Resultados: la prevalencia de sobrepeso más obesidad fue de 24%, siendo más frecuente el sobrepeso en los niños de un año y la obesidad en los de cuatro años. El 70% de los preescolares con exceso de peso tuvo antecedentes de obesidad en uno o ambos padres. La mayoría de los niños con un IMC alto recibió lactancia materna exclusiva por un periodo menor de tres meses e inició precozmente la alimentación complementaria y era poco activos. Conclusiones: El sobrepeso y la obesidad afectan alrededor de la cuarta parte de los niños del estudio y se asocian a factores de riesgo potencialmente modificables.

Palabras claves: sobrepeso, obesidad, niños, factores de riesgo.

ABSTRACT

The overweight and childhood obesity are an important health problem in the whole world nowadays because of its increasing trend. Objective: To determinate the prevalence of the overweight and obesity in children from 1 to 4 years old and the frequency of some of the factors known for obesity. Method: Descriptive study of transversal cut in the medical offices 9 and 10 of the clinic Juan José Apolinaire Pennini of Cienfuegos city, from July to

November 2017. The sample was integrated by 83 kids among 1 and 4 years old, divided in two subgroups shaped depending on the presence or not of overweight/obesity determined by the body mass index (BMI). The procedure difference was used between proportions of two different groups with the exigence of the 95% of the Epidat software 3.0 version. The information was processed in the SPSS program 21.0. Results: The prevalence of overweight plus obesity was of 24%, being more frequent the overweight in 1 year old kids and obesity in 4 years old kids. 70% of preschoolers with overweight had background of obesity in one or both parents. The majority of kids with a high BMI received exclusive maternal lactation for 3 months or less and initiated precociously the complemented feeding and it was small active. Conclusions: Overweight and obesity affect around 25% of the kids of the study and are associated to risk factors potentially modifiables.

Key words: overweight, obesity, kids, risk factors

INTRODUCCIÓN

La obesidad es hoy un importante problema de salud en todo el mundo por las dimensiones adquiridas y por su tendencia creciente. Las cifras de obesidad infantil han aumentado no solo en los países desarrollados sino también en los llamados países en desarrollo, donde desde los años 90 se reporta un incremento variable, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha declarado como la enfermedad epidémica no transmisible más prevalente del siglo XXI. (1)

La obesidad infantil es considerada una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, y tiene su origen en una interacción entre factores genéticos y ambientales, caracterizada por un aumento de la masa corporal grasa como consecuencia de un desbalance entre el ingreso y el gasto de energía. Añadido al componente genético en el desarrollo de la obesidad, la influencia de factores ambientales es indiscutible y factores como nutrición materna, velocidad de crecimiento en el primer año de vida, bajo nivel de actividad física y la dieta, desempeñan adicionalmente una influencia determinante. (2, 3)

En la génesis de la obesidad se destacan los cambios que se han producido en el estilo de vida; donde puede identificarse una alimentación inadecuada con abandono de la lactancia materna, uso de fórmulas lácteas, inicio precoz de la alimentación y sobrealimentación infantil, además de la tendencia a realizar menos actividad física y mayor tiempo dedicado a actividades sedentarias, entre otros. (4)

La valoración de la obesidad es más difícil en niños que en adultos debido a los cambios que se producen durante el crecimiento en el acúmulo de grasa y en las relaciones de los diferentes parámetros antropométricos. El IMC relacionado con la edad y el sexo es un indicador aceptado para la estimación de la obesidad en niños, tanto para estudios epidemiológicos como para el diagnóstico clínico. (3,5)

El sobrepeso y la obesidad infantil tienen un gran impacto para la salud, el desarrollo y la calidad de vida. Los cambios en el índice de masa corporal durante los años preescolares se correlacionan fuertemente con el sobrepeso y la obesidad en edades posteriores y en la adultez y con el futuro riesgo de mortalidad por enfermedades como cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedades cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer. (6) En Cuba, la prevalencia en la edad pediátrica de enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial ha

aumentado considerablemente en los últimos 15 años (7), por lo que se hace necesario valorar en qué medida el sobrepeso y la obesidad afectan a nuestra población infantil. El presente trabajo tiene como objetivos determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad y precisar la frecuencia de algunos factores de riesgo conocidos para la obesidad en niños menores de cinco años.

DESARROLLO

I. Método

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal durante el periodo de junio a noviembre de 2017 en los consultorios médicos 9 y 10 del asentamiento Paraíso perteneciente al Policlínico Universitario “Juan José Apolinaire Pennini” de Cienfuegos. El universo estuvo conformado por los 83 niños y niñas entre 1 y 4 años dispensarizados en dichos consultorios. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, estado nutricional según IMC, antecedentes patológicos familiares de obesidad en los padres, peso al nacer, duración de la lactancia materna exclusiva (LME), inicio de la alimentación complementaria y la actividad física realizada por el niño.

Los datos fueron obtenidos de las Historias Clínicas familiares e individuales y mediante entrevista a la madre o tutor en la consulta realizada a cada niño. Se realizó una evaluación antropométrica del estado nutricional a través de las mediciones de peso y talla cumpliendo con los requisitos generales establecidos para las técnicas antropométricas de obtención de las dimensiones analizadas. (8) Con los datos de peso y talla se calculó en cada caso el IMC utilizando como referencia para su clasificación los valores por edad y sexo de los percentiles de las normas nacionales que consideran: no sobrepeso no obeso un IMC por debajo del 90 percentil, sobrepeso un IMC entre el 90 y 97 percentil y obeso un IMC \geq 97 percentil. (9)

La actividad física fue valorada a criterio de los autores considerando al niño activo cuando realizaba juegos propios de la edad que incluían saltar, correr, montar velocípedos, etc. durante una hora diariamente según lo recomendado por la OMS (10) y dedicaba menos de 2 horas diarias a actividades pasivas (videojuegos, computadoras o televisión), y poco activo cuando realizaba juegos propios de su edad con una duración de una hora o menos pero no diariamente o no los realizaba y/o dedicaba 2 o más horas diarias a actividades pasivas (videojuegos, computadoras o televisión).

La información recogida fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 21.0 y los resultados obtenidos se presentan en tablas mediante números y porcentajes. Las diferencias porcentuales entre los grupos del estudio con respecto a la influencia de los factores de riesgo fueron medidas utilizando el procedimiento del software Epidat versión 3.0 Diferencia entre Proporciones de dos grupos diferentes con una exigencia del 95%.

La obtención del consentimiento informado de la madre, padre o tutor fue un requisito obligatorio para participar en el estudio.

II. Resultados

La población estudiada tuvo una distribución por edades con porcentajes muy similares, cada grupo de edad representó aproximadamente la cuarta parte del total según muestra la tabla 1. El 50,6% correspondió al sexo masculino y el 49,4% al femenino. El 76,0% de los niños no presentó sobrepeso ni obesidad.

Tabla 1 Distribución de los niños según edad, sexo y estado nutricional. Consultorios médicos 9 y 10. Policlínico Universitario “Juan José Apolinaire Pennini” Cienfuegos.

Variables	Total	
	No.	%
Edad		
1 año	22	26.5
2 años	19	22.9
3 años	21	25.3
4 años	21	25.3
Sexo		
Masculino	42	50.6
Femenino	41	49.4
Estado Nutricional		
Sobrepesos y obesos	20	24.0
No sobrepeso no obeso	63	76.0
Total	n=83	

Fuente: Cuestionario

La tasa de prevalencia de sobrepeso fue 14.4 % y la de obesidad 9.6%, y la prevalencia del exceso de peso (sobrepeso + obesidad) 24%. El sobrepeso fue más frecuente en los niños y niñas de un año y la obesidad en los de cuatro años. (Tabla 2)

Tabla 2 Distribución de los niños según tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad por edades. Consultorios médicos 9 y 10. Policlínico Universitario “Juan José Apolinaire Pennini”, Cienfuegos.

Edad	Población CMF 9 Y 10	No. sobrepeso	Tasa de prevalencia*	No. obesos	Tasa de prevalencia*
1 año	22	4	18.2	2	9.1
2 años	19	2	10.5	1	5.2
3 años	21	3	14.3	2	9.5
4 años	21	3	14.3	3	14.3
Total	83	12	14.4	8	9.6

Fuente: Cuestionario

* La prevalencia se determinó para cada 100 niños o niñas teniendo en cuenta el total estudiado.

La tabla 3 expone que el 84.1% de los niños sin sobrepeso ni obesidad no tenía antecedentes de obesidad en los padres, diferencia que resulta altamente significativa al comparar los porcentajes con el grupo de los que presentaban un exceso de peso. Del mismo modo se evidencia que el 70% de los preescolares con exceso de peso tenía uno o ambos padres con esa condición.

Tabla 3 Distribución de los niños según su estado nutricional y el antecedente familiar de obesidad. Consultorios médicos 9 y 10. Policlínico Universitario “Juan José Apolinaire Pennini”, Cienfuegos.

Antecedente de obesidad en los padres	Sobrepeso y obeso	No sobrepeso no obeso	Total	Diferencia entre Porcentajes
	No. y %	No. y %	No. y %	
No existen	6 30.0%	53 84.1%	59 71.1%	Z=4.3686 p=0.00000(***)
Madre o padre obeso	8 40.0%	10 15.9%	18 21.7%	Z=1.997 p=0.0489 (s)
Ambos padres obesos	6 30.0%	- 0%	6 7.2%	Evidente
Total	20 100.0%	63 100.0%	83 100.0%	

Fuente: Cuestionario

(***)Altamente significativa (s) significativa

Según el peso al nacer (Tabla 4), el 68.7% de todos los estudiados tuvo como antecedente un peso adecuado al nacimiento, siendo altamente significativa la diferencia entre los porcentajes de ambos grupos, donde la mayoría correspondió a los que no son sobrepeso ni obeso. De igual forma, de los 8 niños que tuvieron un bajo peso al nacer (BPN), 5 eran sobrepeso u obesos y 3 no, diferencia que resulta muy significativa desde el punto de vista estadístico.

Tabla 4 Distribución de los niños según su estado nutricional y el peso al nacer. Consultorios médicos 9 y 10. Policlínico Universitario “Juan José Apolinaire Pennini”, Cienfuegos.

Peso al nacer	Sobrepeso y obeso	No sobrepeso no obeso	Total	Diferencia entre Porcentajes
	No. y %	No. y %	No. y %	
Menos de 2500g	5 25.0%	3 4.8%	8 9.6%	Z=12.2371 p=0.0253 (**)
2500-2999g	5 25.0%	8 12.7%	13 15.7%	Z=0.3342 p=0.3342 (*)
3000-3999g	7 35.0%	50 79.4%	57 68.7%	Z=3.4502 p=0.0006 (***)
Igual o mayor de 4000 g	3 15.0%	2 3.2%	5 6.0%	Z=1.3971 p=0.1024 (*)
Total	20 100.0%	63 100.0%	83 100.0%	

Fuente: Cuestionario

(*) no significativa (**)muy significativa (***)Altamente significativa

Al analizar la alimentación con lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida (tabla 5) se advierte que solo el 41% de las niñas y niños fueron amamantados entre los primeros 3 y 5 meses. El 65% de los niños con exceso de peso tuvo LME por un periodo menor de tres meses, la diferencia entre porcentajes es muy significativa cuando se compara con el grupo de los no sobrepeso ni obesos (30,2%).

Tabla 5 Distribución de los preescolares según su estado nutricional y duración de la lactancia materna. Consultorios médicos 9 y 10. Policlínico Universitario “Juan José Apolinaire Pennini”, Cienfuegos.

Duración de la Lactancia materna exclusiva	Sobrepeso y obeso	No sobrepeso no obeso	Total	Diferencia entre Porcentajes
	No. y %	No. y %	No. y %	
Hasta los 6 meses	2 10.0%	15 23.8%	17 20.5%	Z=1.0153 p=0.3100 (*)
Entre 3 y 5 meses	5 25.0%	29 46.0%	34 41.0%	Z=1.4054 p=0.1599 (*)
Menos de 3 meses	13 65.0%	19 30.2%	32 38.6%	Z=2.5254 p=0.0116 (**)
Total	20 100.0%	63 100.0%	83 100.0%	

Fuente: Cuestionario

(*) no significativa (**)muy significativa

La tabla 6 muestra que el 59 % de los preescolares inició la alimentación complementaria a partir del sexto mes, siendo muy significativa la diferencia entre los dos grupos a favor de los no sobrepeso no obesos (68,3% contra 30,0%). De igual modo existe significación estadística entre los porcentajes de aquellos que la iniciaron antes de los 3 meses a favor del grupo de los sobrepesos y obesos (20,0% contra 1,6%).

Tabla 6 Distribución de los niños según su estado nutricional y el inicio de la alimentación complementaria. Consultorios médicos 9 y 10. Policlínico Universitario “Juan José Apolinaire Pennini”, Cienfuegos.

Inicio de la alimentación complementaria	Sobrepeso y obeso	No sobrepeso no obeso	Total	Diferencia entre Porcentajes
	No. y %	No. y %	No. y %	
A partir del 6to mes	6 30.0%	43 68.3%	49 59.0%	Z=2.7899 p=0.0056 (**)
Entre los 3 y 5 meses	10 50.0%	19 30.2%	29 34.9%	Z=1.3523 p=0.1716 (*)
Antes de los 3 meses	4 20.0%	1 1.6%	5 6.0%	Z=2.4758 p=0.0113 (s)
Total	20 100.0%	63 100.0%	83 100.0%	

Fuente: Cuestionario

(**)muy significativa (s) significativa (*) no significativa

En cuanto a la actividad física realizada por los estudiados (tabla 7), la mayoría se consideró como niños activos (65,0%),correspondiendo el mayor porcentaje a los niños que no presentaban sobrepeso ni obesidad, siendo muy significativa esta diferencia. De igual modo existe significación estadística entre los porcentajes de aquellos considerados poco activos a favor del grupo de los sobrepesos y obesos.

Tabla 7 Distribución de los preescolares según su estado nutricional y la actividad física realizada. Consultorios médicos 9 y 10. Policlínico Universitario “Juan José Apolinaire Pennini”, Cienfuegos.

Actividad Física	Sobrepeso y obeso	No sobrepeso no obeso	Total	Diferencia entre Porcentajes
	No. y %	No. y %	No. y %	
Niño poco activo	13 65.0%	14 22.2%	27 32.5%	Z=3.2838 p=0.0010 (**)
Niño activo	7 35.0%	49 77.8%	56 67.5%	Z=3.2838 p=0.0010 (**)
Total	20 100.0%	63 100.0%	83 100.0%	

Fuente: Cuestionario
(**) muy significativa

III. Discusión

La tasa de prevalencia de sobrepeso más obesidad en la población estudiada son superiores a las publicadas en un estudio reciente realizado en diferentes regiones del país que reporta una tasa de 19.5% en el grupo de 1 a 4 años y declara que el sobrepeso y la obesidad en estas edades se ha incrementado en los últimos 10 años. (5)

Dada la diversidad de criterios usados para la definición del sobrepeso y la obesidad infantil resulta difícil comparar las tasas de prevalencia con investigaciones foráneas. Al margen de lo anterior, son numerosas las publicaciones que reportan un incremento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los menores de cinco años. (4, 11, 12,13)

Es reconocido el antecedente familiar de obesidad como factor de riesgo para el sobrepeso y la obesidad en la infancia; si ambos progenitores son obesos el riesgo de que el niño sea obeso es del 80%, cuando uno solo de los progenitores es obeso esta probabilidad disminuye al 40%, y es menor si ninguno de los padres tiene esta condición. (2)

Los resultados de esta investigación coinciden con otros autores que relacionan el antecedente de obesidad o sobrepeso en los padres como un factor de riesgo de gran potencia predictiva de obesidad infantil. (4,6)

De los niños con antecedentes de bajo peso al nacer más de la mitad eran sobrepeso u obesos, estos resultados concuerdan con lo reportado por otros autores que reconocen la asociación entre el bajo peso al nacer y la obesidad.(7,10)

La conocida “hipótesis del fenotipo ahorrador” plantea que los niños con bajo peso al nacer que sufren una malnutrición durante la vida fetal, se pueden producir cambios en la programación del desarrollo mediante mecanismos epigenéticos para conseguir un metabolismo ahorrador que les permita una mejor adaptación a esas condiciones iniciales de la vida, pero cuando estas varían después del nacimiento y se promueve una rápida y excesiva ganancia de peso posterior los predispone a desarrollar ciertas enfermedades metabólicas como la obesidad.(4)

En el estudio se evidenció que la mayor parte de los niños con sobrepeso u obesidad no recibió lactancia materna de manera exclusiva durante los 6 primeros meses de vida. La lactancia materna exclusiva y su mayor duración se considera como factor protector para el desarrollo de obesidad. La bibliografía consultada reporta que los lactantes

alimentados con leche materna tienen menor riesgo de sobrepeso, y enfatiza que esta práctica y el mayor tiempo de exclusividad están inversamente asociadas con la tasa de ganancia de peso, peso corporal, adiposidad o riesgo de sobrepeso y obesidad en los niños de pequeños. (10, 13,14)

La mayoría de los estudiados que inició la alimentación complementaria a partir del sexto mes no eran sobrepesos ni obesos. Los resultados de esta investigación concuerdan con otros que plantean que la introducción más tardía de alimentos complementarios está relacionada con un menor riesgo de sobrepeso y obesidad. (13,15)

Puente Perpiñán y colaboradores (16) al evaluar a menores de cinco años, reportan resultados similares a los del estudio en cuanto al inicio precoz de la alimentación en niños obesos.

La OMS reconoce la inactividad física como uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles como la obesidad.(10)

Según los resultados de esta investigación un porcentaje elevado de los niños sobrepesos y obesos se consideró poco activos. Otras publicaciones respaldan el criterio que la obesidad infantil se presenta, entre otras causas, por las alteraciones del estilo de vida, tales como la inactividad física y el sedentarismo. (17,18,19)

CONCLUSIONES

El sobrepeso y la obesidad afectan alrededor de la cuarta parte de los niños menores de cinco años del estudio y se asocia a factores de riesgo potencialmente modificables.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity [Internet] Geneva: WHO; 2000 [citado 5 julio 2017]. [aprox.10 p.] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
2. Jiménez SM, Esquivel M, Rodríguez O. Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en los niños y niñas. INHA. Segunda Edición. 2015.
3. Burgos MS, Burgos LT, Camargo MD, Franke SI, Pra D, et al. Relationship between anthropometric measures and cardiovascular risk factors in children and adolescents. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 [citado 22 diciembre 2017]; 101(4): [aprox.6 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23979777>
4. Mönckeberg F, Muzzo B S. La desconcertante epidemia de obesidad. Rev Chil Nutr [Internet]. 2015 [citado 5 noviembre 2017]; 42: [aprox. 6 p.] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100013>
5. Jiménez Acosta SM, Rodríguez Suárez A. Evolución del sobrepeso en preescolares cubanos en un periodo de diez años.. Rev Cub Ped [Internet]. 2013 [citado 23 de mayo 2017]; 85(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000400003
6. De Arruda Moreira M, Coelho Cabral P, Da Silva Ferreira H, Cabral de Lira PI. Prevalence and factors associated with overweight and obesity in children under five in Alagoas, Northeast of Brazil; a population-based study. Nutr Hosp [Internet]. 2014 Jun [citado 22 diciembre 2017]; 29(6):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24972469>

7. Anuario estadístico de salud 2016. Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana, 2017.
8. Díaz Sánchez M. E. Manual de técnicas antropométricas para estudios nutricionales. INHA. Segunda Edición. La Habana: 2005.
9. Colectivo de autores. Consulta de Puericultura. 3ra ed. La Habana. Ciencias Médicas, 2016.
10. OMS. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. [Internet] Ginebra: OMS; 2016. [citado 15 de diciembre 2017]. Disponible en: www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/
11. Jones RE, Jewell J, Saksena R, Ramos Salas X, Breda J.. Overweight and Obesity in Children under 5 Years: Surveillance Opportunities and Challenges for the WHO European Region.. Front Public Health [Internet]. 2017 Apr [citado 22 de diciembre 2017]; 5(58):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28451584>
12. Callo G, Gigante DP, Barros C, Horta B L. Lifetime overweight and obesity and body composition in adulthood: the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort study. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 10 de mayo 2017]; 32(4): [aprox.10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400707&lng=en
13. Shamah-Levy T, Mundo-Rosas V, Rivera Dommarco JA. . La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con los factores socioeconómicos. . Salud Públ Mex [Internet]. 2014 [citado 26 de mayo de 2017]; 56(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000700012
14. Durmu B, van Rossem L, Duijts L, Arends LR, Raat H, Moll HA, et al. Breast-feeding and growth in children until the age of 3 years: the Generation R Study. Br J Nutr [Internet]. 2011 [citado 11 de septiembre 2017]; 105(11):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/49793647_Breast-feeding_and_growth_in_children_until_the_age_of_3_years_The_Generation_R_Study
15. Edo Martínez Á, Montaner Gomis I, Bosch Moraga A, Casademont Ferrer MR, Fábrega Bautista MT. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. Rev Ped Aten Primaria [Internet]. 2010 Mar [citado 20 de Diciembre 2017]; 12(45):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322010000100006&lng=es
16. Puente Perpiñán M, Ricardo Falcón TR, Fernández Díaz RR. Factores de riesgo relacionados con la obesidad en niñas y niños menores de 5 años. MEDISAN [Internet]. 2013 Jul [citado 12 de mayo 2017]; 17: [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013000700006&lng=es
17. Aguilar Cordero M J, Ortegón Piñero A, Mur Villar N. Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes; revisión sistemática. Nutr Hosp [Internet]. 2014 [citado 30 de julio 2017]; 30():[aprox. 13 p.]. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=309232271002
18. Cristi Montero C, Rodríguez FR. The paradox of being physically active but sedentary or sedentary but physically active. Rev Med Chil [Internet]. 2014 [citado 30 de mayo 2017]; 142(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887201400010001

19. Tarqui Mamani C. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú. Rev Peru Epidemiol [Internet]. 2013 [citado 30 de mayo 2017]; 14(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=203129459004

PREVENCIÓN DE LA EXTRAVASACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA.

Dumeivy García Sánchez¹, María Eugenia Santacruz Leonard², Jan González Ramos³

dumeivygs@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, vicedirectora de asistencia médica, máster en atención integral al niño.

msantacruzleonard@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, enfermera jefa de sala.

bonet@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, jefe de departamento docente, máster en atención integral al niño.

Resumen:

Introducción: La extravasación intravenosa de citostáticos en el paciente con cáncer es una seria complicación del tratamiento que puede provocar graves daños tisulares.

Objetivo: Sistematizar las medidas de prevención y tratamiento a tomar por los profesionales de enfermería en la extravasación de quimioterapia intravenosa.

Métodos: revisión bibliográfica sistemática con análisis de contenido de documentos originales y de revisión publicados en español e inglés desde 2009 a 2017, con las siguientes palabras claves: extravasación, quimioterapia, medidas de prevención, tratamiento extravasación en Scielo. Se identificaron y revisaron artículos que fueron útiles para el desarrollo de la revisión, así monografías de varias revistas y tesis doctorales actualizadas que permitieron el análisis histórico-lógico de los criterios que sustentan medidas de prevención y tratamiento de la extravasación de quimioterapia intravenosa. **Conclusiones:** La prevención de esta complicación ha demostrado ser la mejor medida para evitar el daño a los tejidos, sin embargo existen tratamientos alternativos que el personal de enfermería debe conocer y aplicar con rapidez y eficiencia.

Palabras clave: extravasación, quimioterapia, prevención.

Introducción:

El cáncer es la enfermedad considerada la primera causa de muerte en el mundo y una de las primeras causas de morbilidad. La quimioterapia antineoplásica es una de las modalidades terapéuticas más empleadas para combatirlo, sin embargo, además de los efectos adversos asociados a su uso, existe el riesgo de extravasación durante la administración.¹

La extravasación de citostáticos es considerada una urgencia oncológica debido a los graves problemas que ocasiona, como el aumento de la tasa de morbilidad, aumento de la estadía hospitalaria, detención temporal del tratamiento oncoespecífico, disminución de la calidad de vida del paciente y aumento de los costos hospitalarios y familiares.

El personal de enfermería es el principal encargado de prevenir, detectar y controlar esta complicación. Los daños relacionados con este incidente pueden ser reducidos y eliminados con un adecuado entrenamiento, detección precoz de factores de riesgo relacionados y reconocimiento temprano de síntomas y signos.

Objetivo: Sistematizar las medidas de prevención y tratamiento a tomar por los profesionales de enfermería en la extravasación de quimioterapia intravenosa.

Desarrollo:

Los cuidados de enfermería de pacientes con cáncer, han sido favorecidos por la incorporación de estándares de seguridad/calidad, basados en la evidencia de no dañar y asegurar una atención humanizada cercana, tanto para el paciente como para la familia.^{1,2}

Una de las complicaciones más graves de la administración de los agentes citostáticos es la extravasación. Esta situación puede afectar la funcionalidad del miembro donde se produce y por tanto la calidad de vida del paciente oncológico y la continuidad del tratamiento.³ Se han planteado diferentes factores relacionados con estos eventos tan lamentables, dentro de ellos citaremos:⁴

- Características del paciente: pacientes con un sistema venoso debilitado; (fundamentalmente ancianos, presencia de enfermedad vascular generalizada, punciones venosas repetidas en la misma zona) irradiación local previa, presión venosa elevada (síndrome de la vena cava superior, síndrome de obstrucción venosa, edema asociado a cirugía con vaciamiento ganglionar), dificultad de comunicación como en pacientes comatoso, niños pequeños, paciente bajo sedación.
- Tipo de medicamento: la magnitud del daño tisular se relaciona con la naturaleza vesicante o irritante del medicamento extravasado, su cantidad y concentración, el tiempo de exposición, el volumen infiltrado en los tejidos, el sitio de infiltración y el accionar médico posterior.
- Técnica de administración: uso de bombas de perfusión, adiestramiento del personal, elección inadecuada de la cánula a emplear.

Se sospecha que ha existido una extravasación cuando en la zona circundante al punto de acceso se presentan: dolor, prurito, quemazón, enrojecimiento y/o cambios de temperatura. Es posible que el paciente no presente ningún síntoma o sean leves.¹

En algunos casos puede observarse signos de extravasación en el lugar donde se había producido una extravasación anterior al administrar de nuevo el mismo medicamento, aunque sea en un sitio diferente, también puede verse extravasación a distancia debidas a extracciones sanguíneas o cateterizaciones previas en el mismo vaso.⁴

Se pueden presentar varios mecanismos que median el daño tisular, dentro de ellos:⁵

- Compresión mecánica: hay un aumento de la presión tisular por la acción del líquido extravasado produciéndose colapso de los vasos sanguíneos locales instaurándose hipoxia que, posteriormente, puede llevar a la isquemia del tejido.
- Toxicidad celular directa: Es el principal mecanismo de toxicidad en la extravasación de agentes quimioterapéuticos, constituyen elementos especialmente agresivos los fármacos que interfieren con la síntesis del ADN.

Los diferentes agentes, según el daño que pueden causar, se clasifican en:⁶

1. Poco agresivos: son aquellos que no causan daño tisular cuando se extravasan
2. Irritantes: causan flebitis, dolor y reacciones inflamatorias.
3. Vesicantes: causan destrucción del tejido concomitante al sitio de la extravasación.

El tratamiento ante un evento de extravasación debe ser inmediato, en la actualidad las medidas van encaminadas a usar terapia diferenciada según el agente extravasado. La conducta queda distribuida de la siguiente manera:⁷

1. Prevención: constituye el pilar fundamental y se garantiza con el uso de personal calificado y entrenado en servicios de Oncohematología, el adecuado acceso venoso y la vigilancia estrecha del paciente durante la administración.
2. Medidas generales:
 - Detener la infusión del medicamento
 - Mantener la vía
 - Aspirar el máximo posible del medicamento por la vía endovenosa
 - Inyectar de 5-10 ml de solución salina en el área afectada para producir dilución
 - De existir flictena aspirarlo
 - Administrar el antídoto adecuado
 - Retirar el acceso venoso
 - Limpiar la zona con iodopovidona al 10%
 - Mantener la extremidad elevada al menos 48 horas
 - Aplicar medidas térmicas de frío o calor según corresponda
 - Aplicar crema de hidrocortisona al 1% mientras persista el eritema
 - Control periódico del paciente
 - De ser necesario interconsultar el caso con especialistas del departamento de quemados y cirugía reconstructiva.

3. Medidas específicas según el agente:^{7,8}

- Antraciclinas: administrar dimetilsufóxido al 50-99% en el doble de la zona extravasada, dejar secar sin vendajes, aplicar cada 6 u 8 horas durante 15 días en su defecto administrar dexrazoxano endovenoso en perfusión de 1-2 horas, diario, durante 3 días en el brazo contralateral, a la dosis de 1gr/m²sc los dos primeros días y luego a 500mg / m²sc por un día , debe comenzar su aplicación en las primeras 6 horas de ocurrido el accidente. Se designarán medidas de frío local inmediatamente por una hora y cada 8 horas después de la medicación específica por 1 o 2 días.
- Alcaloides de la vinca: administrar hialuronidasa de 150-900 UI en tres mililitros de solución salina en seis punciones alrededor de la zona afectada, no se aprueba su uso endovenoso. Debe repetirse en ciclos a las 12-24 horas según la evolución del paciente.se aplicará calor moderado seco local por 30 minutos después del antídoto y alternativamente 15 minutos cada 6 horas por dos días.
- Tenipósido, etopósido, Ifosfamida: hialuronidasa de 150-900 UI en tres mililitros de solución salina en seis punciones alrededor de la zona afectada, no se aprueba su uso endovenoso o en su defecto mucopolisacaridasa a 150 UI administradas en punciones de 0,5 ml alrededor de la zona afectada uy nunca encima de la misma. Debe repetirse en ciclos a las 12-24 horas según la evolución del paciente.se aplicará calor moderado seco local en ciclos de 15 minutos cada media hora por dos horas, esto será opcional.
- Dacarbacina, Mecloretamina: Administrar tiosulfato sódico en punciones subcutáneas alrededor de la zona. Debe protegerse el área afecta de efecto de la luz.
- Cisplatino si volumen extravasado mayor a 20 ml: administrar dimetilsufóxido al 90-99%, tópico, 4 gotas en 10 cm² de superficie cutánea y dejar secar sin vendajes. cada 8 horas en el doble del área afectada durante 7 a 14 días. Se recomienda el uso de frío local durante una hora y luego 15 minutos cada 8 horas por 1 o 2 días.

Para la aplicación del frío local se recomienda el empleo de bolsas o compresas de frío seco, sin congelar y flexibles evitando la presión sobre el sitio. El calor se empleará seco, nunca húmedo ya que podría macerar la zona, no presionar.⁹

En los pacientes que presenten descamación cutánea o ulceración aumenta el riesgo de infección sobreañadida por lo cual se recomienda el control periódico y el inicio de terapia antimicrobiana sistémica de manera precoz.²

Si el tratamiento inicial no es suficiente y aparecen lesiones tisulares se podrá emplear el factor estimulante de colonias gránulo - monocíticas , a razón de 1 ml en 9 ml de ssf0,9% , intralesional. Pueden emplearse además preparados de colagenasa y proteasa en forma de cremas diariamente por dos meses.¹⁰⁻¹²

Es imprescindible enfatizar que independientemente del protocolo utilizado en cada servicio lo más importante para evitar y controlar el daño tisular es el inmediato accionar médico y paramédico.

Conclusiones:

La manipulación de fármacos citostáticos constituye una de las actividades más frecuentes de los profesionales de enfermería en la actualidad, lo cual está relacionado con la alta incidencia de enfermedades malignas, tanto en servicios de adultos como de pediatría.

El desarrollo de la enfermería en nuestro país ha jugado un papel decisivo en el desempeño de la hematología ya que se ha vinculado el diagnóstico, tratamiento y monitoreo de las enfermedades con una práctica eficiente, basada en altos niveles cognitivos y humanistas, que han permitido una menor tasa de complicaciones graves pero prevenibles.

Referencias bibliográficas:

- 1- Guillén Ponce C, Molina Garrido MT. Qué es, cómo funciona y tipos de quimioterapia. Sociedad Española de Oncología Médica. 2013. (acceso 16 julio de 2013) Disponible en: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/que-es-como-funciona-y-tipos-de-quimioterapia>
- 2- Conde Estévez D, Mateu de Antonio J. Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos. Farm Hosp. 2012;36(1):34-42
- 3- Martell Marotnell LC, Arencibia Núñez A. Aspectos a tener en cuenta en la atención integral de enfermería durante la quimioterapia en pediatría. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2014;30(2):114-124
- 4- Jaime Fagundo JC, Arencibia Núñez A, Romero González A, Anoceto Martínez A, Pavón Morán V. Urgencias en Hematología. II. Extravasación de citostáticos. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2012;28(2):120-32
- 5- González T. Chemotherapy extravasations: prevention, identification, management, and documentation. Clin J Oncol Nurs. 2013;17(1):61-66
- 6- Perez Fidalgo JA, Garcia Fabregat L, Cerrantes A, Margulies A, Vidall C and Roila F. Management of chemotherapy extravasation: ESMO-EONS clinical practice guidelines. Ann Oncol. 2012;23(7):167-73
- 7- Yuriko Cameo S, Maura Siva G, Okino Sawa N, Leite Hardman G. Hialuronidasa postextravasación de vincristina intravenosa: uso en niños con cáncer. Journal of nursing. 2015;9(9):9239-45
- 8- Katz A, Maeques R, Novis Y. Oncología clínica: terapia basada en evidencias. Centro de Oncología do Hospital Sírio-Libanés. 2ª ed. 2014;625p
- 9- Hoff PMGH. Tratado de Oncología. 2ª ed. Sao Paulo: Editora Atheneu, 2 volumes; 2013
- 10- Font Difour MV, Legra BE, Trooes Tumbarell N, Buduen Pineda Y y Sánchez Bonne AH. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. MEDISAN. 2014;18(1):1560-65
- 11- Tolmach Sugerman D. Quimioterapia. JAMA. 2013 Julio;310(2)
- 12- Blasco Cordellat A. Guía actualizada sobre los tratamientos . Efectos secundarios de la quimioterapia. 2013. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia>

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES POR ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. CIENFUEGOS 2018

PREVENTION AND CONTROL OF CHRONIC ILLNESSES NO TRANSMISSIBLE FOR STUDENTS OF INFIRMARY. CIENFUEGOS 2018

Autores:

MSc. Vladimir Barco Díaz *

Lic. Esp. Mislav Brizuela Osório **

Dra. Zoraida C. Álvarez Figueredo ***

* Correo electrónico: vladimir.barco@nauta.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Máster en Enfermería.

** Correo electrónico: mislav.brizuela@nauta.cu, Área V, Cienfuegos, Cuba.

*** Correo electrónico: zoraida.alvarez@gal.sld.cu, Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba, Máster en atención integral a la mujer.

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen uno de los problemas de salud que provocan mayor morbimortalidad pero si se logran prevenir y controlar los factores de riesgo se podrá modificar esta situación. **Objetivo:** Contribuir a la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles por estudiantes de enfermería en trabajadores de escuela de arte de Cienfuegos. **Método:** Estudio descriptivo y transversal desde diciembre 2017 a marzo 2018. De un universo de 98 trabajadores se trabajó con los 70 que se encontraban trabajando durante el estudio, para una muestra del 71,42%. Se les realizó una entrevista para recoger las variables: edad, sexo, enfermedades crónicas diagnosticadas, hábitos tóxicos, hábitos alimentarios, percepción de su estado de salud, aspectos de su estilo de vida y nivel de conocimientos sobre el tema. **Resultados fundamentales:** La incidencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles es alta y en muchos coexisten varios juntos lo que los convierte en más vulnerables. La mayoría no desarrolla una conducta que promueva una buena salud y se diagnosticó insuficiente nivel de conocimientos sobre el tema. **Conclusiones:** Los estudiantes de 4to año de la carrera de licenciatura en enfermería como parte de una intervención comunitaria lograron diagnosticar problemas de salud presentes y futuros en muchos de los trabajadores y realizaron acciones de promoción de salud, actividades que redundan en bienestar de la población y en ellos mayor motivación por la carrera, reafirmación vocacional y mejor desempeño en la educación en el trabajo de la atención primaria de salud.

Palabras clave:

Enfermedad crónica, Prevención de enfermedades, Estilos de vida, Intervención comunitaria, Factores de riesgo

ABSTRACT

Introduction: The chronic illnesses no transmissible they constitute one of the problems of health that they provoke bigger morbimortalidad but if they are able to be warned not to and controlling the factors of risk will be able to modify this situation itself. **Objective:** Contributing to the prevention and control of chronic illnesses no transmissible for nursing students in workpeople of school of art of Cienfuegos. **Method:** Descriptive study and side road from December 2017 to March 2018. Of 98 workpeople's universe it was worked up with the 70 that they were finding working during the study, for the 71.42 %'s sign. it happened to to them that An interview to gather variables came true : Age, sex, chronic illnesses diagnosed, toxic habits, alimentary habits, perception of his status of health, aspects of his lifestyle and level of knowledge on the theme. **Proven to be fundamental:** The incidence of factors of risk for chronic illnesses no transmissible she is high and they coexist in many varied side by side that converts them in more vulnerable. The majority does not develop a conduct that he promote a good health and insufficient level of knowledge on the theme was diagnosed. **Conclusions:** The students of 4to year of race of bachelor's degree at infirmary as part of communal intervention were able to diagnose present and future problems of health in many of the workpeople and accomplished promotional stock of health, activities that bigger motivation for the race, vocational reaffirmation and better performance in the education in the work of primary attention of health result in well-being of population in them and.

Key words:

Chronic illness, Prevention of illnesses, Styles of life, Intervention communal, Factors of risk

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas demográficos actuales de mayor relevancia, tanto mundial como nacionalmente, es el envejecimiento poblacional y al vivir más años, mayor es el riesgo de presentar enfermedades, sobre todo las crónicas no transmisibles.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) ocasionan más de 75% de las muertes en Cuba. No solo constituyen las principales causas de mortalidad, sino también provocan más años de vida potencialmente perdidos (AVPP). A su vez, se asocian a una significativa carga de enfermedad y necesidad de utilización de recursos sanitarios.¹

Los indicadores demográficos se muestran en Cuba como aspecto relevante similar a los de países desarrollados. La reducción de la fecundidad, de la tasa anual de crecimiento de la población, de la mortalidad infantil y un incremento de la esperanza de vida al nacer, constituyen avances en el desarrollo socioeconómico e influyen en los cambios poblacionales, determinados por variables demográficas de mortalidad, fecundidad y migraciones.²

Se debe destacar que el hecho de lograr que las personas vivan más es extraordinario, pero debe ir al unísono con que estas personas también vivan mejor y disminuyan las discapacidades asociadas a estas edades.³

La salud y la enfermedad, constituyen sin duda uno de los aspectos más importantes de la vida de las personas. Por este motivo, la inversión en la promoción de la salud y en la erradicación de la enfermedad es cada vez mayor.⁴

En el caso de las universidades una de las formas de lograr promoción de salud es a través de la intervención comunitaria que realizan los estudiantes en la comunidad. En el caso concreto de los estudiantes de 4to año de la carrera licenciatura en enfermería interactúan con los trabajadores de la escuela de arte de Cienfuegos y basan sus intervenciones en la teoría del déficit de autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud.

Un punto importante a considerar en esta teoría es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación.⁵

PROBLEMA CIENTIFICO

¿Las acciones de intervención comunitaria de los estudiantes de enfermería permitirán prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles?

OBJETIVOS

Objetivo general

Contribuir a la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles por estudiantes de enfermería en trabajadores de escuela de arte de Cienfuegos.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a los trabajadores de la escuela de arte de Cienfuegos según variables sociodemográficas y presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.
2. Identificar los estilos de vida, saludables o no que tienen estos trabajadores.
3. Identificar el nivel de conocimientos sobre la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles que poseen.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: Descriptivo transversal

Escenario: escuela de arte "Benny Moré de Cienfuegos.

Período de Estudio: Diciembre 2017 a marzo 2018

Universo y muestra: De un universo de 98 trabajadores en plantilla se trabajó con los 70 que se encontraban trabajando durante el estudio, para una muestra que representa el 71,42%.

Criterios de inclusión: Trabajadores que acepten participar en el estudio y con capacidad física y mental adecuada.

Sistema de Métodos: En el desarrollo de esta investigación se utilizó complementariedad de métodos, combinando los siguientes métodos cuantitativos:

Del nivel teórico:

- **Analítico-Sintético:** Se utilizó en el análisis de las diferentes fuentes bibliográficas consultadas y de la información recopilada a través de los instrumentos aplicados. Permitió además, conocer cómo se comporta esta problemática en otras partes de Cuba y del mundo así como las experiencias de otros autores en el tema.
- **Inductivo-Deductivo:** Se utilizó para el trabajo con la bibliografía, así como para la valoración de los resultados de la investigación.
- **Histórico-Lógico:** Se aplicó en la sistematización de los antecedentes del problema de investigación teniendo en cuenta la experiencia de otros investigadores y permitió el estudio detallado de todos los antecedentes y condiciones históricas en que se desarrolla la atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

Métodos empíricos:

- **Análisis documental:** Se utilizó para el estudio de los documentos que norman y regulan la atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Se pudo constatar lo que está recogido sobre el tema en la literatura consultada.
- **Entrevista a los trabajadores:** Se realizó para caracterizarlos según variables sociodemográficas y para identificar los estilos de vida, saludables o no que tienen y para identificar el nivel de conocimientos sobre la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles que poseen.
- **Criterio de especialistas:** Se utilizó el criterio de especialista de grupos nominales con el objetivo de recoger sus opiniones en relación con la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- **Triangulación:** Permitió dar validez y objetividad a los resultados de las técnicas utilizadas, por lo que se realizó triangulación de métodos: para contrastar los datos recogidos por varios métodos y triangulación de sujetos: para contrastar la información emitida por los participantes y confrontar diferentes puntos de vista sobre una misma realidad.
- **Métodos matemático-estadísticos:** La base de datos y el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el paquete de programas estadísticos SPSS (Statistic Package for Social Science, Chicago Illinois, Versión 15.0). El análisis estadístico de los datos, comprendió estudios de frecuencia y porcentaje, los cuales se presentan en tablas. La distribución de frecuencia a las variables se realizó con métodos estadísticos descriptivos.

Aspectos éticos: Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos por estar trabajando con seres humanos y manipulando datos de su intimidad; se les explicó detalladamente el proceso y contenido del trabajo y la privacidad en el manejo de sus datos; se les informó del uso y destino de esta información y la confidencialidad de los datos. Se les explicó que los que no estuvieran de acuerdo en participar esto no tendría ninguna repercusión posterior. La entrevista se aplicó en un local con la privacidad requerida para que pudieran dar respuestas lo más cercanas a la realidad. Previamente firmaron el modelo de consentimiento informado. Fue aprobado por la dirección de la escuela de arte y por la dirección de la carrera enfermería previa firma de convenio para la intervención comunitaria.

RESULTADOS

Como parte del convenio para la intervención comunitaria firmado entre la dirección de la escuela de arte Benny Moré de Cienfuegos y la dirección de la carrera de enfermería de la universidad de Cienfuegos, los estudiantes del 4to año de la carrera licenciatura en enfermería acudieron en varios momentos para poder realizar entrevista a los trabajadores para poder llegar a un diagnóstico de salud y luego poder trazar otras tareas para revertir las conductas negativas.

En la escuela de arte de Cienfuegos laboran 98 trabajadores pero durante el estudio se encontraban trabajando 70 con una media de edad de 43 años. De ellos el 64,14% son del sexo femenino. El 41,43% son universitarios y solo el 10% no alcanzaron el grado 12.

Con relación a la salud de los trabajadores se debe resaltar que el 41,42% padecen alguna de las enfermedades crónicas no transmisibles mientras algunos de estos trabajadores y otros no dispesarizados padecen otras enfermedades lo que demuestra que el 58,57% de ellos padece alguna enfermedad. A pesar de ello solo el 22,86% refiere que su estado de salud es regular, los demás la consideran buena o excelente.

En la tabla 1 se puede observar que solo el 68,57% se realizó chequeo médico en el ultimo año. Llama la atención que 9 trabajadores (12,86%) llevan más de dos años sin realizarse este chequeo y que 2 (2,85%) refieren que nunca han acudido a su médico de familia u otro médico que le realice este proceder. A eso se debe agregar que 15 (21,43%) nunca se han chequeado los valores del colesterol y 18 (25,71%) nunca se han realizado una Glicemia.

Algo a destacar es que durante las visitas realizadas al chequear la tensión arterial (TA) se encontró a 11 pacientes con hipertensión arterial (tabla 2), de ellos solo 4 están diagnosticados como pacientes hipertensos, 4 son supuestamente sanos y 3 padecen otras patologías. A tres de ellos le ocurre por primera vez. En otros 4 pacientes se encontraron cifras bajas de TA.

El 28,57% (20) dicen que son hipertensos y otros 16 en algún momento de su vida han presentado cifras elevadas de la tensión arterial, algunos en más de una ocasión.

El incremento del peso corporal constituye una problemática mundial y en estos trabajadores se encontró que el 44,29% tiene sobrepeso (tabla 3). A esto se agrega como riesgo mayor que el 32,85% le agrega sal a los alimentos ya cocinados siempre o algunas veces y que el 27,14% consume grasas de origen animal en las comidas.

En la tabla 4 se puede observar que adictos al tabaquismo hay 18 trabajadores lo que constituye el 25,71%, un poco más de la cuarta parte del total. Hay 9 que fueron fumadores pero dejaron de fumar y de los que fuman hay 11 que desearían dejar ese dañino hábito.

La realización de ejercicios físicos por al menos 10 min en la semana se muestra en la tabla 5 y se puede observar que el 54,29% no realiza ejercicios físicos nunca, la mitad de ellos tienen sobre peso. La otra cara de la moneda es la ingestión de bebidas alcohólicas, lo cual está presente en el 35,71% con una frecuencia de al menos uno o dos días por semana.

Al evaluar el nivel de conocimientos que poseen sobre los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles y las medidas para prevenirlas se encontró que el 66.7 % tiene conocimientos insuficientes, siendo más evidente en el sexo masculino. Se debe aclarar que muchos de los evaluados de “suficientes” obtuvieron la calificación mínima para esta categoría, cometiendo errores o haciendo omisiones importantes.

DISCUSIÓN

La importancia de una mayor atención a las enfermedades crónicas no transmisibles quedó demostrado en un estudio con 154 mujeres de 20 años o más de un consultorio del reparto Antonio Guiteras, Bayamo, Granma. En el área de salud estudiada el 85% de las defunciones correspondió a las enfermedades del corazón, la HTA, los accidentes cerebrovasculares y la Diabetes Mellitus, con predominio del sexo femenino. En el consultorio seleccionado para la investigación, el 63% de ellas presentaron algún grado de obesidad o sobrepeso.⁴

Según informes de la Organización mundial de la salud (OMS) uno de cada tres adultos en el mundo sufre hipertensión arterial y uno de cada diez, Diabetes mellitus. En algunos países africanos, la mitad de la población adulta sufre hipertensión y en todas las regiones del mundo, el número de obesos se duplicó entre 1980 y 2008. Hoy, alrededor de 500 millones de personas (el 12 % de la población mundial) son consideradas obesas.⁶

Todas estas cifras dan una alerta a los servicios sanitarios del mundo y obligan a diseñar tareas y trazar metas para revertir este problema de salud. Una de las acciones es tratar de revertir los estilos de vida incorrectos de las personas.

Un estudio realizado por Herrera Santí y colaboradores con 20 adultos mayores que asistieron al Taller de Transformación Integral, en Alamar, Municipio Habana del Este durante 2009 - 2010, lograron elevar los niveles de calidad de vida en la mayoría de los adultos mayores estudiados, así como cambios importantes y favorables en la autoestima y en los estilos de vida con riesgo para la salud. El 80 % de los casos en estudio presentaban antes de la intervención estilos de vida con riesgo.⁷

Por otra parte Chapman Sánchez y colaboradores realizaron intervención educativa con 36 pacientes diabéticos de cuatro consultorios del médico y enfermera de la familia del

Policlínico Docente "José Martí" de Gibara, Holguín, durante el año 2013 lo cual resultó efectiva al modificar el nivel de conocimientos que sobre la enfermedad, el cuidado y el autocuidado tenían los pacientes estudiados.⁸

No se puede refutar la importancia que las universidades, desde la docencia de pregrado, la investigación y la extensión, tienen en la sociedad. No obstante, es preciso aumentar la interacción entre las casas de estudios y las comunidades locales, y un mecanismo para lograrlo resulta a través de acciones ubicadas fuera del ámbito docente formal, para así estimular la proyección del saber y la práctica aportando a la formación y desarrollo de la comunidad académica.⁹

La Universidad de Las Américas, en Santiago de Chile, implementa un Programa de Intervención Comunitaria (PIC) que de forma sistemática permite la interacción real entre la comunidad académica y la sociedad local.¹⁰

Por tanto, el Programa de Intervención Comunitaria (PIC), en este contexto, resulta novedoso e innovador; además al insertarse con el resto de los procesos académicos ha permitido desarrollar con éxito la docencia, la extensión y la investigación.¹¹

El logro de la toma de conciencia del autocuidado que requiere la persona afectada con alguna enfermedad en función de mejorar o mantener el estado de salud, a través de las posibilidades que le brinda el personal de enfermería debe nutrirse de las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, modificables o no, crear así los niveles de compromiso, para conservar la salud y bienestar de las personas.⁵

CONCLUSIONES

Los estudiantes de 4to año de la carrera de licenciatura en enfermería como parte de una intervención comunitaria lograron diagnosticar que la salud de los trabajadores de escuela de arte está amenazada pues la incidencia de factores de riesgo es alta y en muchos coexisten varios juntos lo que los convierte en más vulnerables. La mayoría no desarrolla una conducta que promueva una buena salud y se diagnosticó insuficiente nivel de conocimientos sobre el tema lo que redundará en mayores riesgos para su vida.

RECOMENDACIONES

Diseñar un programa de intervención educativa teniendo en cuenta las insuficiencias de conocimientos detectadas y evaluar su impacto en la población posteriormente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jova Morel R, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, Balcindes Acosta S, Sosa Lorenzo I, De Vos Pol et al. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN [Internet]. 2011 Nov [citado 2018 Abr 17]; 15(11): 1609-1620. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100012&lng=es

2. Oficina Nacional de Estadística e Información. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. La esperanza de vida. 2011-2013. Cálculos para Cuba y Provincias por sexo y edades. La Habana; 2014 [citado 24 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.one.cu>
3. Sosa García D, García Suárez SM. A propósito del artículo: "Intervención educativa con participación comunitaria dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Abr 13]; 33 (2): 268-269. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200012&lng=es
4. López Torres V, Robén López R, Fajardo Ramírez ME, González Tase RV, Camps Arjon AG. Intervención educativa sobre obesidad como riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres. Multimed 2014; 18(1) [Internet]. 2014 [citado 2018 Abr 13]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2014/v18-1/9.html>
5. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Dic [citado 2018 Abr 05]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es
6. OMS. Uno de cada 3 adultos sufre hipertensión y 1 de cada 10 diabetes, según la OMS. [periódico en la Internet] En: Boletín al día: Noticias de Salud. [consultado 10 abr 2018]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2012/05/16/uno-de-cada-3-adultos-sufre-hipertension-y-1-de-cada-10-diabetes-segun-la-oms/>
7. Herrera Santí PM, Martínez García N, Navarrete Ribalta C. Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Abr 13]; 31(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400005&lng=es.
8. Chapman Sánchez M, García Almaguer R, Caballero González G, Paneque Caballero Y, Sablón Mariño A. Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016 Mar [citado 2018 Abr 13]; 32(1): 49-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000100007&lng=es.
9. López MR. La extensión universitaria: consideraciones para la construcción de indicadores de gestión. REICE. 2015;3(6):37-54.
10. Infante F, Sandoval H, Escobar A, Bontá P. Bases conceptuales y metodológicas del Programa de Intervención Comunitaria: una colaboración interinstitucional para el aprendizaje situado. Santiago de Chile: UDLA; 2015.
11. Maury Sintjago EA, Escobar Lobos AI. Programa de Intervención Comunitaria: triangulando la función universitaria en la Universidad de las Américas. EDUMECENTRO [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 Abr 13]; 9(1): 271-274. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000100018&lng=es

ANEXOS

Tabla 1. Distribución entre grupos de edades y tiempo del último chequeo médico.

Grupos de edades (Años)	Ultimo chequeo médico					%
	Un año	Dos años	Más de dos años	Nunca	Total	
20 - 29	7	5	2	1	15	21,43
30 - 39	8	2	2	1	13	18,57
40 - 49	13	3	3	0	19	27,14
50 - 59	12	1	1	0	14	20,00
60 o más	8	0	1	0	9	12,86
Total	48	11	9	2	70	100
%	68,57	15,71	12,86	2,85	100	

Fuente: Entrevista

Tabla 2. Distribución porcentual entre grupos de edades y valores de la tensión arterial.

Grupos edades (Años)	Valores de la tensión arterial						Total
	Normal	%	Hiper tensión arterial	%	Hipo tensión arterial	%	
20 - 29	11	15,72	1	1,42	3	4,29	15
30 - 39	11	15,72	2	2,86	0	0	13
40 - 49	15	21,42	3	4,29	1	1,42	19
50 - 59	11	15,71	3	4,29	0	0	14
60 o más	7	10	2	2,86	0	0	9
Total	55	78,57	11	15,72	4	5,71	70

Fuente: Entrevista

Tabla 3. Distribución porcentual entre grupos de edades y peso corporal actual.

Grupos edades (Años)	Peso corporal actual						Total
	Sobre peso	%	Normal	%	Bajo peso	%	
20 - 29	2	2,86	8	11,43	5	7,14	15
30 - 39	7	10	5	7,14	1	1,44	13
40 - 49	10	14,28	9	12,86	0	0	19
50 - 59	10	14,28	4	5,71	0	0	14
60 o más	2	2,86	5	7,14	2	2,86	9
Total	31	44,28	31	44,28	8	11,44	70

Fuente: Entrevista

Tabla 4. Distribución porcentual entre grupos de edades y hábito de fumar.

Grupos edades (Años)	Hábito de fumar						Total
	Ahora	%	Antes	%	Nunca	%	
20 - 29	6	8,57	2	2,86	7	10	15
30 - 39	2	2,86	2	2,86	9	12,86	13
40 - 49	2	2,86	3	4,28	14	20	19
50 - 59	4	5,71	1	1,43	9	12,86	14
60 o más	4	5,71	1	1,43	4	5,71	9
Total	18	25,71	9	12,86	43	61,43	70

Fuente: Entrevista

Tabla 5. Distribución porcentual entre grupos de edades y si realizan ejercicios físicos por 10 min en la semana.

Grupos de edades (Años)	Realiza ejercicios físicos por 10 min en la semana				Total
	Un día	2 o 3 días	4 a 7 días	Nunca	
20 - 29	0	3	6	6	15
30 - 39	0	2	6	5	13
40 - 49	1	1	3	14	19
50 - 59	0	5	2	7	14
60 o más	1	1	1	6	9
Total	2	12	18	38	70
%	2,86	17,14	25,71	54,29	100

Fuente: Entrevista

TÍTULO: PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO. PROVINCIA CIENFUEGOS. AÑO 2013-2014

AUTORES:

1. Ling Denisse Santeiro Pérez, lingsp@jagua.cfg.sld.cu, Dirección Municipal de Salud Rodas, Cuba, Subdirectora Municipal de Salud Rodas.
2. Sara Hernández Malpica, sarahm@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos, Cuba.
3. Leticia Castro Morejón, leticiacm@jagua.cfg.sld.cu, Centro provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Cienfuegos, Cuba.
4. María Lina Valdés Gómez, mariavg@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos, Cuba.
5. José Aurelio Díaz Quiñones, jadiaz.ssp@infomed.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos, Cuba, Doctor en Ciencias.

RESUMEN

Introducción: Género no es sinónimo de sexo, “sexo” es la diferencia biológica entre hombre y mujer, mientras que “género” se refiere a la construcción social de “masculino” y “femenino”. El sexo, aun cuando por sí mismo no impone diferencias al morir las poblaciones en interacciones se convierten en un marcador de riesgo. Existe un consenso actual acerca de la mortalidad y la salud de las poblaciones, la misma son resultado de complejas interacciones ambientales, económicas, sociales e individuales. Objetivo: caracterizar las cinco primeras causas de mortalidad, desde un enfoque de género, Cienfuegos año 2013-2014. Método: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. El universo estuvo constituido por los 6846 fallecidos del período en estudio, describiéndose la mortalidad según variables clínico epidemiológicas seleccionadas. Los datos fueron obtenidos del sistema automatizado Mortapro y Mortagen del departamento provincial de registros médicos y estadísticos de la dirección provincial de salud. Se calcularon tasas y los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Resultados: se observó que en la provincia Cienfuegos en el año 2013-2014; dentro de las cinco causas de muerte se encontraban: las enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, influenza-neumonía y accidentes

predominando el sexo masculino. Los mayores AVPP, corresponden a los tumores malignos en el sexo femenino, por lo que significa que hay mayores riesgos y vulnerabilidad en razón de los roles de género impuestos al hombre. Conclusiones: en la provincia de Cienfuegos existe un predominio de la mortalidad general en el sexo masculino.

Palabras clave: mortalidad, sexo y género.

INTRODUCCIÓN

Género no es sinónimo de sexo. “Sexo” alude a la diferencia biológica entre el hombre y la mujer, mientras que “género” se refiere a la construcción social de lo “masculino”, lo “femenino” y a la forma de cómo articular estas dos construcciones en relaciones de poder. El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El concepto de género no se aplica a la mujer, ni tampoco al hombre, sino a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos”) (1), (2). La perspectiva de género en el abordaje de los problemas de salud pertenece a un campo de investigación reciente y todavía poco explotado.

Existe un consenso actual acerca de la mortalidad y la salud de las poblaciones, que se entiende ambos fenómenos como resultado de complejas interacciones ambientales, económicas, sociales e individuales. La construcción de género como determinante estructural de inequidades en la salud de la población, es uno de los factores de riesgo y causa de mortalidad, afectando de forma diferenciada a hombres y mujeres, según clases, grupos sociales u origen étnico. (3)

De aquí la importancia de promover investigaciones que den respuesta a los riesgos que padecen tanto los hombres como las mujeres; mediante el presente trabajo tiene como objetivo, caracterizar las cinco primeras causas de mortalidad, desde un enfoque de género, Cienfuegos año 2013-2014.

DESARROLLO

En el análisis de las defunciones ocurridas en el período 2013-2014 según sexo y municipio, muestran que el sexo masculino presentó las mayores tasas de mortalidad en los años estudiados con 9,0 y 9,2 por cada 1000 habitantes respectivamente. Según municipio de procedencia, en el año 2013 Rodas tubo la mayor tasa de mortalidad, con 10,9 por cada 1000 habitantes y en el 2014 el primer escalón lo ocupó Aguada con 10,5 por cada 1000 habitantes, predominando en el sexo masculino. (Tabla 1)

Cuba, al cierre del año 2013 tubo 92 270 fallecidos y 96 328 en el 2014 (4 mil 58 fallecidos más por todas las causas). De igual manera predominó el sexo masculino con un incremento en un 8%. (4), (5)

Según diferentes estudios realizados sobre mortalidad en Argentina, México y Estados Unidos muestran tasas de 6,2; 6,0 y 4,8 por cada 1000 habitantes respectivamente, presentando tasas de mortalidad inferiores a las de Cuba, a pesar de compartir esperanzas de vidas similares. (6)

Los factores sociales refuerzan la ventaja biológica de las mujeres, ya que los hombres resultan más expuestos a factores de riesgo, como el hábito de fumar, los riesgos laborales; al mismo tiempo, existen comportamientos arraigados asociados al "papel" masculino, lo cuales pueden explicar la sobremortalidad masculina. (7)

La Federación de Mujeres Cubanas (FMC) ha sido la promotora de iniciativas, propuestas y materialización de leyes en beneficio de las mujeres. Actualmente se encuentran incorporadas en la agricultura, en la construcción, en la ganadería, en las zafras azucareras, en las tareas de la defensa de la patria, en los servicios, como dirigente administrativo, entre otras, existiendo las mismas oportunidades de empleo para ambos sexos, logrando un real empoderamiento de la vida económica del país.

Durante el año 2013 la primera causa de mortalidad fue las enfermedades del corazón con 239,5 por cada 100 000 habitantes, seguido los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, con tasas de 239,5 y 82,8 por cada 100 000 habitantes respectivamente. La influenza y neumonías, fue la única enfermedad transmisibles dentro de las cinco primeras causas de muerte ocupando la cuarto posición con 53,9 por cada 100 000 habitantes, evidenciándose las mayores tasas en el sexo masculino. Los accidentes fueron la quinta causa de muerte donde el sexo femenino tuvo la mayor tasa con 43,2 por cada 100 000 habitantes. (Tabla 2)

En el análisis del año 2014, en el sexo masculino los tumores malignos desplazaron las enfermedades del corazón con tasas de mortalidad de 243,4 y 240,5 por cada 100 000 habitantes respectivamente. La tercera causa de muerte la ocupó las enfermedades cerebrovasculares donde el sexo femenino tubo la mayor tasa con 81,4 por cada 100 000 habitantes. Se mantuvo como cuarto escalón la influenza y neumonías y en quinto los accidentes siendo mayor en el sexo masculino. (Tabla 2)

En Cuba, en el año 2013 los tumores malignos desplazaron a las enfermedades del corazón; siempre mostrándose las mayores tasas de mortalidad por todas las causas en el sexo masculino. (4)

Cienfuegos ocupó dentro del país en el año 2013 la tercera posición de la mortalidad por tumores malignos (4), se mantuvo por encima de la media nacional, destacándose el municipio de Cumanayagua con tasas de mortalidad superiores a la provincia. (8)

Según estudios realizados en España, se reportó una tasa de mortalidad de 90 por cada 100 000 habitantes destacándose que durante el primer mes después de presentada la enfermedad, tenía una letalidad de un 25 %. (9)

En relación con la mortalidad por accidentes en Cuba, en el año 2015 ocupó la quinta posición con una tasa de mortalidad de 48,3 por cada 100 000 habitantes, de igual manera para el sexo masculino. (10)

En estudio realizado en Colombia la tasa más alta de mortalidad por accidentes tanto en la población total, como en los adultos mayores, fueron más frecuentes en los hombres (74,0%) con respecto a las mujeres. (11)

Las conductas de género afectan la salud de los hombres, condicionando su vida personal y autoestima a las expectativas sociales de éxito laboral y económico, participan más que las mujeres en actividades que conllevan riesgos a la salud como ingerir bebidas alcohólicas, fumar, conducción de vehículos, comportamientos sexuales de riesgo y suicidio, a los que se les adiciona la falta de socialización para expresar sentimientos, padecimientos mentales y físicos. Estas situaciones pueden generar en los hombres condiciones de riesgos cardiovasculares, accidentes laborales y de tránsito, cáncer, enfisema pulmonar, hepatopatías, depresión, ansiedad y angustia que explicarían por qué los hombres presentaron tasas más elevadas de mortalidad.

La salud de la mujer y el hombre es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, entre otros) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género y que influyen de una manera injusta en la salud del individuo.

En el análisis de los AVPP según las principales causas de muerte estudiadas y sexo, se evidencia que en el período estudiado los tumores malignos en el sexo femenino aportaron la mayor cantidad de AVPP durante los años 2013 y 2014 con 16,2 y 19,0 años de vida perdidos por cada 1000 habitantes de 1 a 74 años respectivamente. (Tabla 3)

En los dos años estudiados predominó la mortalidad prematura masculina. Para los hombres, al igual que en las mujeres, son los tumores malignos y las enfermedades del corazón las causas que presentan las mayores reservas de mortalidad prematura. (Tabla 3)

En Cuba, se realiza la pesquisa para la detección y control de diversos tipos de cáncer (mama, próstata, pulmón, colon, cérvico-uterino, bucal, infanto-juvenil), integrados al Programa Nacional de Control del Cáncer, los cuales son importantes para la disminución de la mortalidad prematura por cáncer. (12). A pesar de estas acciones y del avance de la tecnología para el diagnóstico del cáncer, sigue siendo frecuente la detección de este en etapas avanzadas, cuando ya hay poco o prácticamente nada que hacer por los pacientes y su pronóstico es incierto.

Es fundamental el diseño de medidas de intervención que se pudieran implementar para disminuir el daño provocado por estas cinco causas de muerte y estas deberían estar dirigidas a cada sexo en particular, expresión de la personalización, de la identidad de género, de la importancia de la subjetividad individual en la conformación de la subjetividad colectiva y por ende de su entramado socio-histórico-cultural. De este modo se camina por la vía del desarrollo sostenible.

CONCLUSIONES

La expresión del género en las principales causas de mortalidad durante el período 2013-2014, en la provincia de Cienfuegos evidencia que la condición de ser hombre ha representado un factor predisponente a tales fines.

En tal sentido y según los datos aquí reunidos las autoras muestran cómo las enfermedades crónicas no transmisibles se ven relacionadas con los factores de riesgo psicológicos y sociales que han estado presentes en este cuadro de mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Presno Labrador María Clarivel, Castañeda Abascal Ileana E.. Enfoque de género en salud: Su importancia y aplicación en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 Jun [citado 2018 Abr 17] ; 19(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000300002&lng=es.
2. Organización Panamericana de la Salud. Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud. Washington, D.C: OPS/PALTEX, 2004.
3. Ministerio de Salud de Panamá; Indicadores Básicos de Salud, 2015.
4. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2013. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2014.
5. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud; 2014. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2015.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
7. Ceniceros Rozalén I, Gastaldo Simeón R, Cabases O'Callaghan A, Cebrián Doménech J. El sexo femenino es un factor pronóstico independiente de mortalidad en la fase aguda del infarto de miocardio. Med Clin (Barc). 2010; 109:171-4.
8. Bergantiño Collazo N, Suárez-Rodríguez A. Mortalidad por tumores malignos en la provincia Cienfuegos en los años 2004-2013. Revista Finlay [Internet]. 2014[citado 17 Mayo 2017]; 4(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/312>

9. Senado Dumoy Justo. Prevención clínica de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. Rev haban cienc méd [Internet]. 2013 Mar [citado 2017 Mar 27]; 12(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100008&lng=es.
10. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud; 2015. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2016.
11. Segura Cardona A, Cardona Arango D, Berbesí Fernández DY. Mortalidad por accidente de tránsito en el adulto mayor en Colombia. Rev Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 17 Mayo 2017]; 51 (21): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/es_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006405.pdf
12. Domínguez E, Seuc A, Galán Y. Años de vida saludable perdidos por cáncer de pulmón en Cuba en años seleccionados. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 15 Mar 2017]; 37(4):[aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400007&lng=es

ANEXOS

Tabla 1: Mortalidad general por sexo y municipios. Cienfuegos 2013-2014

Municipio	2013				2014			
	MASC		FEM		MASC		FEM	
	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA
Aguada	137	8,2	123	8,1	175	10,5	127	8,3
Rodas	192	10,9	134	8,4	149	8,5	125	7,8
Palmira	162	9,7	126	8,0	164	9,8	133	8,5
Lajas	82	7,1	94	8,8	101	8,7	94	8,8
Cruces	161	10,2	142	9,5	147	9,3	140	9,3
Cumanayagua	242	9,5	169	7,2	249	9,8	186	7,9
Cienfuegos	734	8,7	667	7,8	765	9,1	678	7,9
Abreus	124	7,6	95	6,4	128	7,9	101	6,8
Total	1834	9,0	1550	7,9	1878	9,2	1584	8,1

Fuente: Tablas de salida del sistema automatizado de mortalidad. Departamento Provincial de Registros Médicos y Estadísticas. Dirección Provincial de Salud. Cienfuegos. Tasas por 1000 habitantes.

Tabla 2. Primeras causas de muertes por sexo. Provincia Cienfuegos, año 2013-2014

CAUSAS	2013				2014			
	MASC		FEM		MASC		FEM	
	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA
Enf. Corazón	489	239,5	415	211,1	491	240,5	421	214,1
Tumores Malignos	489	239,5	391	198,9	497	243,4	399	202,9
Enf. Cerebrovasculares	169	82,8	128	65,1	161	78,9	160	81,4
Influenza y Neumonía	110	53,9	98	49,8	129	63,2	115	58,5
Accidente	81	39,7	85	43,2	115	56,3	90	45,8

Fuente: Tablas de salida del sistema automatizado de mortalidad. Departamento Provincial de Registros Médicos y Estadísticas. Dirección Provincial de Salud. Cienfuegos. Tasas por 100 000 habitantes

Tabla 3. AVPP según principales causas de muerte y sexo. Provincia Cienfuegos, trienio 2013-2015

CAUSAS	2013		2014	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Enf. Corazón	10,9	6,4	14,1	7,5
Tumores Malignos	15,0	16,2	15,6	19,0
Enf. Cerebrovasculares	3,9	1,4	4,3	2,7
Influenza y Neumonía	1,7	0,9	1,7	1,2
Accidente	6,1	2,1	8,8	0,7

Fuente: Tablas de salida del sistema automatizado de mortalidad. Departamento Provincial de Registros Médicos y Estadísticas. Dirección Provincial de Salud Cienfuegos. Tasa por 1000 habitantes de 1-74 años.

PRODUCTOS BIOTECNOLÓGICOS EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS, ESTADIOS IIIB Y IV.

Diana Rosa Fernández Ruiz¹, Olga Lidia Cuevas Pérez², Yuleidis García Rodríguez³, Ada Suárez Rodríguez⁴, Maira Quiros Enríquez⁵, Alicia del Rosario Ramírez Pérez⁶

¹metdircit3008@ucm.cfg.sld.cu, CENCEC, Cuba, Master en Enfermedades infecciosas.

²metdircit3007@ucm.cfg.sld.cu, CENCEC, Cuba, Master en Investigación y desarrollo de medicamentos. ³yuleidis.garcia@gal.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguía Lima, Cuba.

⁴pcancer@dps.cfg.sld.cu, Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, Cuba.

⁵farmacologia5404@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Master en Educación Médica. ⁶aliciar@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Master en Longevidad satisfactoria.

RESUMEN

Fundamento: CIMAvax-EGF®, racotumomab y nimotuzumab son productos biotecnológicos del Centro de Inmunología Molecular, utilizados en ensayos clínicos desarrollados en Cienfuegos, en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas, en estadios IIIB y IV. Objetivo: Caracterizar a los pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas, incluidos en ensayos clínicos que han utilizado estos productos, en cuanto a edad, sexo, raza, estado clínico, estadio inicial de la enfermedad, hábito tabáquico, tipo histológico del cáncer y la supervivencia. Método: se revisaron las historias clínicas y cuadernos de recogida de datos de 42 pacientes incluidos en los tres ensayos clínicos realizados en esta patología, en la provincia desde el año 2006 al 2016 y se conformó una base de datos en Excel con las variables a estudiar. Resultados: Se obtuvo como resultado que el 50% de los pacientes incluidos estaba entre los 60-69 años, el 73.8% fueron masculinos y el 76.1% de la raza blanca; al momento de la inclusión el 57.1% tenía un estado clínico ECOG grado 1 y el 69% se encontraban en estadio IV. En cuanto al hábito tabáquico el 97.6% había fumado y el tipo histológico del tumor más frecuente fue el carcinoma epidermoide. Al analizar la supervivencia al diagnóstico, el 52.4% de los pacientes vivió más de 12 meses. Conclusiones: Los productos biotecnológicos CIMAvax-EGF®, racotumomab y nimotuzumab son una opción de tratamiento que mejora la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas en nuestra provincia.

PALABRAS CLAVE

CIMAvax-EGF®, racotumomab, nimotuzumab, cáncer de pulmón de células no pequeñas, ensayo clínico.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón (CP) incluye un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar, y es uno de los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial. Se origina a partir de células epiteliales, y puede derivar en metástasis e infiltración a otros tejidos del cuerpo. El carcinoma de células no pequeñas (CPCNP) representa más del 75% de todas las neoplasias que se originan en el pulmón, la mayoría de las cuales se presenta en estadio de enfermedad localmente avanzada o metastásica al diagnóstico.¹

Con el transcurso del tiempo su frecuencia ha tenido un comportamiento ascendente, llegando a alcanzar en varios países un carácter epidémico y con una gran mortalidad. En España, en 2012 hubo una incidencia de 52,5 por 100.000 varones (21.780 casos) y 11,3 por 100.000 mujeres (4.935 casos); fallecieron 21.118 personas por su causa, siendo el 27,4% de todas las muertes por cáncer en varones y el 9,4% de las muertes por cáncer en mujeres. En el año 2013 murieron por esta enfermedad 21.600 personas, siendo la tercera causa de muerte.²⁻³

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) este tipo de cáncer es el tercero más frecuente y la primera causa de muerte relacionada con cáncer en las Américas, con más de 324 000 nuevos casos y cerca de 262 000 muertes cada año. Se estima que para el 2030 se presenten más de 541 000 casos y aproximadamente 445000 fallecidos por este tipo de enfermedad en la región.⁴

En Cuba, durante el 2016, la tasa de mortalidad por tipo de cáncer más elevada, corresponde a los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón, con 5535 defunciones, superior a años anteriores y una tasa de 49.3 por 100 000 habitantes. Esto confirma que es una enfermedad que constituye un problema de salud importante en nuestra sociedad.⁵

A pesar de los avances en la investigación clínica reciente, los esquemas de quimioterapia normados para el CPCNP ofrecen una mediana de supervivencia no superior al año. El progreso en el entendimiento de la biología del cáncer y el mecanismo de oncogénesis han permitido el desarrollo de terapias blanco, dando la posibilidad de dirigir el ataque del sistema inmune hacia las células tumorales del propio individuo. El menor perfil de toxicidad comparado con la quimioterapia convencional, la selectividad de un blanco específico, y la disponibilidad de un tratamiento crónico han convertido a estas terapias en los fármacos más promisorios para el tratamiento del CPCNP, tanto como simples agentes como en combinación con otras modalidades de tratamiento convencionales.⁶

CIMAvax-EGF®, racotumomab y nimotuzumab son productos biotecnológicos del Centro de Inmunología Molecular, que responden a la necesidad de introducir nuevas terapias en el tratamiento del CPCNP, que prolonguen el tiempo de supervivencia con calidad de los pacientes, garantizando su seguridad y minimizando los posibles riesgos a los que serán sometidos.

CIMAvax-EGF® es una vacuna terapéutica que induce títulos de anticuerpos anti-EGF que neutralizan al Factor de Crecimiento Epidérmico (EGF) endógeno, quitándole al tumor este importante factor de crecimiento. Su desarrollo clínico comenzó en el año 1995 hasta lograr el registro por el CECMED en el año 2011; más de 5000 pacientes han recibido la vacunación con este producto que ha demostrado ser seguro, inmunogénico e incrementar la supervivencia de los pacientes vacunados con buena calidad de vida.^{7,8}

Racotumomab es una vacuna terapéutica que induce títulos de anticuerpos Ab3 específicos de isotipo IgG y IgM contra el gangliósido NeuGcGM3 (antígeno tumor específico expresado en células tumorales en pulmón, mama y melanoma) capaces de reconocer este antígeno y provocar el lisado de la superficie tumoral (anticuerpos con capacidad citotóxica). También induce una respuesta de IFN-γ específica contra el gangliósido NeuGcGM3 y en modelos experimentales no clínicos, induce actividad anti-metastásica, apoptótica y anti-angiogénica tumoral, por lo que constituye un blanco idóneo para la inmunoterapia del cáncer. Su desarrollo clínico permitió lograr el registro

por el CECMED en el año 2013 con el nombre comercial de VAXIRA®; el número de pacientes enrolados en estos estudios asciende a 2000, los cuales han confirmado que el tratamiento con Racotumomab es seguro y eficaz incrementando la supervivencia en los pacientes de CPCNP avanzados (estadios IIIB/IV) después de haber recibido el tratamiento oncoespecífico de primera línea.⁹

El anticuerpo monoclonal Nimotuzumab es una terapia blanco contra el receptor del EGF que ha demostrado resultados de eficacia en el tratamiento de varios tumores sólidos que sobreexpresan este receptor, dentro de los cuales se encuentra el CPCNP. Este producto tiene registro en Cuba para las indicaciones de tumores avanzados de cabeza y cuello, de glioma de alto grado de malignidad (2007) y de esófago en combinación con radioterapia o quimio-radioterapia (2010). El monoclonal ha sido registrado además en 25 países y se encuentra en fase de comercialización. Se estima que se han sido tratados más de 40 000 pacientes en Cuba y en el exterior, resultando muy seguro.¹⁰

En la provincia de Cienfuegos, se han desarrollado desde el año 2006 al 2016 tres ensayos clínicos en pacientes con CPCNP, en estadios IIIB y IV, en los cuales se han utilizado estos productos.¹¹ Por esta razón nos planteamos como objetivo caracterizar a los pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas, incluidos en ensayos clínicos que han utilizado estos productos, en cuanto a edad, sexo, raza, estado clínico ECOG, estadio inicial de la enfermedad, hábito tabáquico, tipo histológico del cáncer y la supervivencia.

DESARROLLO

Tipo de investigación: Descriptivo de corte transversal

Universo: 51 pacientes incluidos en los ensayos clínicos:

-Ensayo Clínico Fase III: “Evaluación de supervivencia de pacientes con tumores avanzados de pulmón de células no pequeñas tratados con la vacuna EGF en comparación con el tratamiento convencional.” (5 pacientes)

-“Evaluación de la seguridad de CIMAvax®-EGF en pacientes con tumores del pulmón de células no pequeñas avanzados tratados en la Asistencia Primaria de Salud”. (32 pacientes)

-“Ensayo Clínico multicéntrico, aleatorizado, estratificado, abierto y comparado en pacientes con CPCNP en estadios avanzados tratados con Racotumomab o Nimotuzumab, vs Docetaxel después de la primera línea”. Fase III. (14 pacientes)

Muestra: 42 pacientes que recibieron los productos de investigación, pues en el ensayo fase III de los 5 pacientes incluidos 3 fueron control que recibieron solo tratamiento de soporte; en el de APS 3 pacientes no comenzaron el tratamiento por abandono voluntario o deterioro clínico y en el último ensayo 2 pacientes fueron control que recibieron tratamiento con Docetaxel y 1 paciente abandonó el ensayo antes de comenzar el tratamiento.

Recibieron tratamiento con la vacuna CIMAvax®-EGF 31 pacientes, con la vacuna racotumomab 5 pacientes y 6 fueron tratados con el anticuerpo monoclonal nimotuzumab.

El esquema de tratamiento de cada producto biotecnológico es el siguiente:

CIMAvax-EGF®: Administración Intramuscular de 4 inyecciones aplicadas en ambas regiones glúteas y deltoideas (dosis 2.4 mg) cada 14 días durante las primeras 4 dosis, luego cada 28 días.

Racotumomab: Administración intradérmica de 4 inyecciones aplicadas en la región deltoidea, la cara anterior del antebrazo, la cara anterior del muslo ó la cara posterior de la pantorrilla (dosis 1 mg) cada 14 días durante las 5 primeras dosis, luego cada 28 días.

Nimotuzumab: Administración endovenosa (vena antecubital), en 250 mL de solución salina (NaCl al 0.9%) durante 1 hora, por 6 semanas (dosis 200 mg) y luego cada 14 días.

Fuentes de datos: Para la obtención de los datos se revisaron las historias clínicas y cuadernos de recogida de datos de los pacientes incluidos que recibieron estos productos.

Se estudiaron las variables: grupos de edades, sexo, raza, estado clínico según criterios del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), estadio inicial de la enfermedad oncológica, hábito tabáquico, tipo histológico del cáncer y la supervivencia al diagnóstico.

Con los datos obtenidos se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel, que permitió a través de tablas dinámicas procesar los datos y presentar los resultados en tablas de relación de variables, expresadas en número y por ciento, como se muestra a continuación.

El 50% de los pacientes estuvieron comprendidos entre los 60 y los 69 años, seguido de los de 50-59 años y en menor porcentaje de los de 70 a 79 años; mientras que en cuanto al sexo el 73.8 % fueron masculinos y el 76.1% de la raza blanca. (tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los pacientes por grupos de edades, sexo y raza.

Edad	Sexo		Raza			Total	%
	F	M	B	M	N		
50-59 años	2	11	13	0	0	13	30.9
60-69 años	7	14	14	3	4	21	50.0
70-79 años	2	6	5	1	2	8	19.1
Total general/ %	11 26.2%	31 73.8%	32 76.1%	4 9.6%	6 14.3%	42	100

Fuente: Historias Clínicas

Nuestros resultados se corresponden con estudios realizados en nuestro país y con estudios internacionales que plantean que el cáncer de pulmón afecta mayormente a personas entre los 60 y los 65 años, siendo la edad promedio de las personas a las que se les detecta 60 años. El informe parcial del ensayo clínico fase III “Evaluación de supervivencia de pacientes con tumores avanzados de pulmón de células no pequeñas tratados con la vacuna EGF en comparación con el tratamiento convencional” y dos estudios realizados uno en Villa Clara y otro en Ciego de Ávila, muestran que la

mediana de la edad de los pacientes analizados con esta patología está entre los 58 y 61 años y el sexo predominante el masculino y la raza blanca. ^{12, 13, 14}

En varios estudios realizado en España existe una alta y marcada proporción de varones que se sitúa por encima del 85%. ^{15, 16}

Según el estado clínico por criterios del ECOG (tabla 2) el 57.1 % de los pacientes estaban en grado 1 (paciente ambulatorio capaz de llevar cabo un trabajo ligero), seguido de un 28.5% en el grado 2 (paciente ambulatorio incapaz de realizar ningún trabajo, capaz de realizar sus cuidados personales) y en los grados 0 (paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria) y 3 (paciente que necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas) un 7.2%.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según estado clínico por criterios de ECOG

ECOG inicial	Total	%
0	3	7.2
1	24	57.1
2	12	28.5
3	3	7.2
Total general	42	100

Fuente: Historias Clínicas

Estos resultados son similares a los obtenidos en el informe parcial del ensayo clínico fase III en el que se refleja que el 52.5% de los pacientes tenían un estado clínico según el ECOG grado 1. ¹²

Teniendo en cuenta el estadio inicial de la enfermedad oncológica (tabla 3) vemos que el 66.7% de los pacientes estaban en el estadio IV y el 33.3% en el estadio III.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según estadio inicial de la enfermedad.

Estadio inicial de la enfermedad	Total	%
III	14	33.3
IV	28	66.7
Total general	42	100

Fuente: Historias Clínicas

El estadio inicial de la enfermedad oncológica es similar a un estudio cubano realizado en Ciego de Ávila en el que la distribución de los pacientes según estadio de la enfermedad señala que la mayoría fue diagnosticada en los estadios III B y IV, también se obtuvo este resultado en otra investigación realizadas en España. ^{14, 15}

Al analizar el hábito tabáquico en los pacientes estudiados vemos que casi la totalidad de ellos habían fumado, aunque solo un 26.2% continuaba haciéndolo después de tener diagnóstico de cáncer de pulmón. (tabla 4)

Tabla 4. Hábito tabáquico de los pacientes.

Hábito tabáquico	Total	%
Fumador	11	26.2
Ex fumador	30	71.4
No fumador	1	2.4
Total general	42	100

Fuente: Historias Clínicas

Múltiples estudios epidemiológicos han establecido indirectamente la relación entre el hábito tabáquico y el cáncer de pulmón. Además, varios trabajos de investigación han demostrado el daño de algunos componentes del tabaco, como los benzopirenos y los hidrocarburos policíclicos, sobre genes tan importantes como *p53*, lo que confirma el efecto nocivo de fumar. ^{1, 3, 14, 15, 17}

Teniendo en cuenta el tipo histológico del cáncer de pulmón (tabla 5) vemos que el 35.8% de los pacientes presentó un carcinoma epidermoide, seguido del de células grandes (33.3%) y por último el adenocarcinoma (30.9%).

Tabla 5. Tipo histológico del cáncer de pulmón

Tipo histológico	Total	%
Carcinoma epidermoide	15	35.8
Carcinoma de células grandes	14	33.3
Adenocarcinoma	13	30.9
Total general	42	100

Fuente: Historias Clínicas

Teniendo en cuenta el tipo histológico nuestro resultado no coinciden con los estudios españoles en que el mayor porcentaje de los pacientes presentaba un adenocarcinoma. El Carcinoma epidermoide o de células escamosas, ha sido considerado clásicamente como el más frecuente, aunque esta situación ha cambiado a favor del adenocarcinoma debido a múltiples causas relacionadas con el hábito tabáquico aunque este cambio no está constatado en todos los lugares. ^{1, 15, 16}

Al analizar la supervivencia de estos pacientes en ese momento observamos que el 47.6% de los mismos tuvieron un tiempo de supervivencia al diagnóstico de 7-12 meses y el 52.4% vivieron más de 1 año. El 30.9% de 13-24 meses, el 9.6% de 25-36 meses, 4.8% de 37-48 meses y un 7.1% de los pacientes están vivos con una supervivencia de

más de 48 meses. Podemos apreciar que 22 pacientes prolongaron su vida 1 año después del diagnóstico, a pesar de que 15 de ellos estaban en estadio IV. (tabla 6)

Tabla 6. Tiempo de supervivencia de los pacientes al diagnóstico, según estadio inicial de la enfermedad oncológica.

Supervivencia al diagnóstico	Estadio inicial		Total	%
	IIIb	IV		
7-12 meses	7	13	20	47.6
13-24 meses	4	9	13	30.9
25-36 meses	2	2	4	9.6
37-48 meses	1	1	2	4.8
Más de 48 meses	0	3	3	7.1
Total general	14	28	42	100

Fuente: Historias Clínicas

Estudios realizados muestran que la mediana de supervivencia de los pacientes diagnosticados con NSCLC en los estadios III y IV, es de aproximadamente 11 meses (9-13 meses de rango) después del diagnóstico, aún en aquellos pacientes que reciben todas las líneas de terapia oncoespecíficas convencionales disponibles.¹⁸

En un estudio colombiano encontramos que al terminar el mismo el 69.3% de los pacientes habían muerto por causas relacionadas con la progresión de la enfermedad, la mediana de sobrevida global para la población total fue 9,2 meses respectivamente.¹⁹

El cáncer de pulmón es una neoplasia muy agresiva: más de la mitad de los pacientes mueren antes del primer año después del diagnóstico, fundamentalmente debido a que más de dos tercios de los individuos con cáncer de pulmón se diagnostican en estadios avanzados de la enfermedad, cuando se imposibilitan los tratamientos curativos.³

CONCLUSIONES

Los pacientes incluidos en los ensayos clínicos que han sido tratados con los productos biotecnológicos CIMAvax-EGF®, nimotuzumab y racotumomab tienen características similares a otros pacientes estudiados con esta patología en cuanto a edades más frecuentes (60-69 años) y sexo predominante (masculino), estadio inicial de la enfermedad (IV). Estos productos son una opción de tratamiento y de mayor sobrevida para pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas en nuestra provincia y pueden convertirse en las herramientas nuevas y valiosas que contribuyan a la transición del cáncer avanzado a la cronicidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortés-Funes H, Colomer R. Tratado de Oncología. Barcelona: Editorial Permanyer Mallorca; 2009.
2. Ruano-Ravina A, Fernández-Villar A, Provencio-Pulla M. Contra: el cribado del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. Gaceta Sanitaria. [Internet]. 2016. [citado 5 de abril 2017]; 30(5):383–385. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v30n5/debates1.pdf>
3. Villar F, Muguruza I, Belda J, Molins L, Rodríguez PM, Sánchez de Cos J, et al. Recomendaciones SEPAR de diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas. Archivos de Bronconeumología. [Internet]. 2016. [citado 5 abril 2017]; 52(Supl 1):2-62. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/linkresolver/recomendaciones-separ-diagnostico-tratamiento-del/S0300289616301983/>
4. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Panamericana Salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [citado 10 Feb 2016]. OPS Nota Informativa Epidemiología de Cáncer de Pulmón, 2014; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22071&Itemid=
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2017 [citado 12 Feb 2017]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Statistico_de_Salud_e_2016_educi%20B3n_2017.pdf
6. Lage A, Crombet T. Control del cáncer avanzado: la ruta hacia la cronicidad. Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. [Internet]. 2011. [citado 10 diciembre 2012];1(1). Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/71/58>
7. Sáurez G, Pomares Y. CIMAvax EGF® Resumen Ejecutivo 2014. CIMAB: Gerencia Médica y Asuntos regulatorios; 2013 Febrero
8. Mendoza I, Muñoz Y, Guerra PP, Hernández M. Informe final de Ensayo Clínico “Evaluación de la seguridad de CIMvaxEGF en pacientes con tumores de pulmón de células no pequeñas avanzados tratados en la Asistencia Primaria de Salud. Fase IV. Centro de Inmunología Molecular: Dirección de Investigaciones clínicas; 2015 Septiembre.
9. Pérez L, Estévez D, Gastón Y, Macías A, Viada CE. Seguridad del Racotumomab en el tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas. Vaccimonitor [Internet]. 2013 [citado 10 Feb 2016];22(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/vac/v22n1/vac03113.pdf>
10. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínico/ Centro de Inmunología Molecular. Protocolo de Ensayo Clínico: “Ensayo Clínico multicéntrico, aleatorizado, estratificado, abierto y comparado en pacientes con CPCNP avanzado tratados con Racotumomab o Nimotuzumab, vs Docetaxel después de la primera línea de tratamiento oncoespecífico”. Fase III. Versión 00. Junio 2012
11. Cuevas O, Molina A, Fernández D. Los ensayos clínicos y su impacto en la sociedad. Medisur [revista en Internet]. 2015 [citado 2016 Mar 28]; 14(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3173>
12. Centro de Inmunología Molecular Dirección de investigaciones Clínicas Informe

Parcial de Resultados. Ensayo Clínico Fase III. “Evaluación de supervivencia de pacientes con tumores avanzados de pulmón de células no pequeñas tratados con la vacuna EGF en comparación con el tratamiento convencional.” (IIC RDEC081). La Habana: CIM; 30 de junio del 2010

13. Quirós JL, González V, Cárdenas R. Caracterización epidemiológica de pacientes con cáncer de pulmón. Hospital “Celestino Hernández Robau”, Villa Clara. Medicentro electrónica. [Internet]. 2014. [citado 14 mayo 2016]; 18(2) Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1706/1358>
14. Páez L, Abogadro J, Castellanos L, Moré JC, Bello L, Bringas Y. Comportamiento de factores pronósticos en la mortalidad por cáncer de pulmón en el municipio de Ciego de Ávila. MEDICIEGO. [Internet]. 2015. [citado 14 mayo 2016]; 21(2) Disponible en: <http://www.medigrafi.com/pdfs/mediciego/mdc-2015/mdc152j.pdf>
15. Leiro-Fernández V, Mouronte-Roibás C, Ramos-Hernández C, Botana-Rial M, González-Piñeiro A, García-Rodríguez E, Represas-Represas C, Fernández-Villar A. Cambios en el estadio y presentación clínica del cáncer de pulmón a lo largo de dos décadas. Archivos de Bronconeumología. [Internet]. 2014. [citado 5 abril 2017]; 50(10):417–421. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/linkresolver/cambios-el-estadio-presentacion-clinica/S030028961400115X/>
16. Hernández-Hernández JR, Moreno de Vega-Herrero M, Iglesias-Herasa M, García-García R, Hernández-Tercia F, Celdrán-Gil J. Cáncer de pulmón en la provincia de Ávila. Tasas de incidencia, epidemiología del año 2012 y tendencias en los últimos 20 años. Medicina de familia Semergen. [Internet]. 2015. [citado 5 abril 2017]; 41(7):362-369. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-linkresolver-cancer-pulmon-provincia-vila-tasas-S1138359314003177>
17. Pichon-Riviere A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematsu LM, Teixeira Pinto M et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. Revista Panamericana Salud Publica. [Internet]. 2016. [citado 5 abril 2017]; 40(4):213–21. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n4/213-221/es>
18. García B. Estudio de la respuesta inmune humoral inducida con la vacuna CIMAvax-EGF y de su relación con la supervivencia de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas. [Tesis doctoral]. Centro de Inmunología Molecular La Habana; 2011. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/412/>
19. Cardona AF, Carranza H, Vargas CA, Otero JM, Reveiz L, Eguart N. Supervivencia de pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña en cuatro instituciones de Colombia. Rev Venez Oncol. [Internet]. 2010. [citado 11 diciembre 2012]; 22(1):66-83 Disponible en: www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822010000100010&script=sci_arttext

TÍTULO: PROGRAMA EDUCATIVO “SALUD BUCODENTAL EN PREESCOLARES “DIRIGIDO A EDUCADORAS DEL CÍRCULO INFANTIL. LAJAS. 2017

Autores: MSc: Nancy Díaz Canedo y Dra. Maryanis Dago Toledo.
nancydc69@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Universitario “Dr. Enrique Barnet”,
Cuba, Máster en Ciencias

Resumen:

Se realizó un estudio explicativo cuasi experimental de intervención educativa para modificar los conocimientos sobre salud bucodental en educadoras del Circulo Infantil “Mi Rinconsito Querido” del Municipio Lajas, en el período comprendido de enero 2016 a noviembre de 2017; que sirvió para valorar los conocimientos que poseían antes y después de la acción educativa, se analizaron variables relacionadas con la forma y frecuencia del cepillado, alimentación azucarada, hábitos deformantes, visita al estomatólogo, preocupación por la salud de sus educandos, evaluando los cambios producidos. Para lograr los objetivos trazados se aplicó el programa educativo de salud bucodental con técnicas educativas y afectivo-participativas, complementado con el juego didáctico como retroalimentación.

Palabras claves: Salud bucal, Promoción de Salud, Educación para la Salud, Nivel de conocimiento, Higiene bucal.

Introducción

El objetivo principal de la medicina no es como generalmente se cree, el de curar enfermedades, sino el de preservar el estado de salud general. De igual forma la estomatología se proyecta no solo hacia el tratamiento de las afecciones, sino sobre todo a la preservación del estado de salud bucal de la población.¹

Es una especialidad médica que aun inmersa en la investigación científica y sumada a los avances tecnológicos los tratamientos curativos convencionales continúan siendo costosos a los gobiernos y desagradables y temidos por los individuos de ahí que la prevención cobre un valor por demás significativo, y sea un arma necesaria e imprescindible en el éxito de nuestro trabajo en las comunidades.

La promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Esta se dirige a las personas sanas para fomentar acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones, enfatizando el autocuidado y la autorresponsabilidad. La educación para la salud es su componente principal.

Hoy día se promueve el trabajo con grupos y la aplicación de técnicas participativas no solo con la finalidad de transmitir información, sino de compartir opiniones y construir un nuevo conocimiento que ayude a identificar el problema, así como buscar soluciones para alcanzar la acción y el cambio.²

La atención estomatológica al niño está centrada en la población de 0 a 19 años de edad, para lo cual hay que apoyarse en el ciclo vital del individuo. Cuando el niño transita por la primera infancia se dan consejos a la madre, relacionados con la alimentación y el control de hábitos nocivos para la salud; en la segunda, se

comienza la atención estomatológica y se aplican todas las acciones de salud. De igual forma se continúa en la edad preescolar, en la escolar y luego en la adolescencia. De hecho, estas etapas presentan características específicas o particulares que de ellas depende el éxito en la ejecución de las acciones de salud.³

Entre las diversas afecciones bucales en las edades tempranas de la vida, las más comunes suelen ser: la enfermedad cariogénica, relacionadas con malos hábitos de higiene dietéticas y las maloclusiones, vinculada a hábitos deformantes o patrones morfo genéticos heredados.⁴ Estos factores de riesgo pueden ser modificados, que es el objetivo fundamental de todas las acciones de educación para la salud.

El conocimiento adecuado de la higiene bucal es el pilar fundamental para evitar estas enfermedades en los niños. Este depende, entre otros aspectos, de la educación transmitida de padres a hijos desde que son pequeños, así como de las actividades de prevención y promoción de salud que efectúa el personal que brinda atención estomatológica integral en círculos infantiles, escuelas y en la comunidad, en coordinación con los convenios establecidos MINED-MINSAP, respaldado por el programa de Atención Estomatológica al menor de 19 años de edad.

Las actividades de promoción y educación para la salud son la base para lograr cambios en la situación de salud estomatológica, pues permiten identificar y actuar sobre los diversos factores que determinan el autocuidado (se refuerzan los favorables y se remueven los desfavorables).⁵

En el municipio Lajas teniendo en cuenta los resultados del Análisis de Situación de Salud se constató que el Índice CPOD alcanza su mayor valor en la edad escolar, por ello nos dimos a la tarea de trabajar en la edad preescolar y aprovechando la fortaleza que nos brinda el hecho de que mujeres jueguen un rol decisivo en su empleo de educadoras en los círculos infantiles implementamos en ese escenario una estrategia educativa con vistas a elevar los conocimientos acerca de la salud bucodental de los niños de edad preescolar

Objetivo general.

Implementar una estrategia educativa acerca de la salud bucodental de los niños de edad preescolar, dirigida a educadoras del círculo Infantil “Mi rincito Querido”.

Materiales y Métodos Se realizó un estudio de intervención, en el periodo de febrero del 2016 a septiembre del 2017 en el círculo infantil “Mi rincito querido” del municipio Lajas. Para ello se contó con la autorización de la Dirección Municipal de Salud y de Educación. Se contó además con el consentimiento informado de cada una de las educadoras. (Ver anexo 1,2 y 3).

El universo y muestra estará compuesto por las 20 educadoras del círculo infantil “Mi rincito querido” del municipio de Lajas.

La muestra coincide con el universo, por contar con los recursos disponibles para la realización de la investigación y brindar mayor confiabilidad y validez al estudio.

La metodología empleada para el diseño y aplicación del programa educativo está basada fundamentalmente en las técnicas afectivo-participativas y educativas de animación, cuentos, juegos didácticos, etc. Se auxiliaron de medios audiovisuales como laminarias, afiches, etc La investigación se llevó a cabo en tres etapas: en la

primera se diagnosticó el nivel de conocimiento sobre salud bucodental, a través de una encuesta de conocimiento, en la segunda se aplicó un programa educativo para lograr cambios de actitud en la muestra estudiada de acuerdo a las necesidades de aprendizaje identificadas en el diagnóstico inicial. La metodología empleada para el desarrollo y aplicación del Programa Educativo incluyó, debates, sesiones de entrenamiento sobre el cepillado y discusiones en grupos pequeños acerca de hábitos dietéticos, garantizando que todas las educadoras tomaran parte en las técnicas participativas y recibieran los conocimientos de los 5 temas escogidos, y una última sesión donde se integraron los conocimientos a través del juego "Rompecabezas Dental", por último se evaluó la efectividad de la intervención a través de la misma encuesta de conocimiento, la aplicación de un cuestionario mediante la técnica de grupos focales y la observación, logrando cambios de conocimiento y actitud en las personas a las que fue dirigida.

Métodos estadísticos: Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis porcentual y se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas y análisis cualitativo como la triangulación.

Los datos cuantitativos recolectados fueron introducidos en una base de datos. Siendo computados y procesados mediante el paquete estadístico computacional SPSS versión 12.0 resumiéndose en tablas.

Los datos cualitativos se describen agrupando las opiniones recolectadas que expresan las condiciones en que se desarrollo el proceso.

Resultados

El grupo de educadoras seleccionadas fue bastante homogéneo el 47,5% de las encuestadas tenían entre 30 y 34 años de edad, lo cual representa casi la mitad del grupo de estudio.

Los conocimientos acerca de la forma correcta del cepillado dental, así como el momento oportuno, son métodos eficaces para la eliminación de la placa dentobacteriana, causa fundamental en la aparición de la caries y las parodontopatías, enfermedades más frecuentes en la cavidad bucal. Diversos autores demuestran la alta prevalencia de caries y parodontopatías con elevada presencia de dieta cariogénica y mala higiene bucal.

Referente al nivel de conocimiento de las educadoras sobre higiene bucal se pudo concluir que sólo el 35 % orientaba a los niños el cepillado correcto; después de la intervención se observó que el 100% de las educadoras insistían en el cepillado vertical como la forma correcta. Este comportamiento tiene una significación estadística muy alta ($p < 0,0001$).

Se observó un comportamiento similar en el por ciento de educadoras que sugieren cepillado después de comer alimentos azucarados se eleva de un 32,5 % antes de la intervención a un 92,5 % después de la misma, siendo un resultado estadísticamente significativo ($p = 0,01$).

En la experiencia, el 67,5 % de las encuestadas no orientaba a los niños sobre el riesgo de ingerir alimentos ricos en azúcares, y sólo el 32,5 % sugería cepillarse después de su ingestión, lo que demuestra el desconocimiento acerca de la acumulación de placa dentobacteriana y la consiguiente aparición de la caries dental. ($p = 0,5$ para una significación estadística no alta).

El conocimiento de las educadoras sobre hábitos perjudiciales para la dentición, solo un 67,5% identificó correctamente dichos hábitos antes de la intervención,

mientras que después el 100% fue capaz de reconocer los hábitos deformantes de la salud bucal y orientar a los niños y padres al respecto. Estos resultados tienen una significación estadística muy alta ($P < 0,0001$).

La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular las maloclusiones, no son de riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia se consideran problemas de salud pública y ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal. Se considera que muy pocas de las maloclusiones pueden ser prevenibles, pero el 25% de estas pueden ser interceptadas, y a temprana edad se pueden eliminar factores etiológicos y mejorar a los pacientes.

Se hizo un resumen de varios aspectos relacionados con la salud bucal. Uno de ellos es el conocimiento de las educadoras acerca de la importancia que reviste el examen periódico del niño por parte del estomatólogo, del cual se puede decir que el 80 % respondió que sí era importante. Con la labor educativa realizada fue incorporado el resto de las educadoras que no sabían la importancia de la visita frecuente al estomatólogo, lo que correspondió con el 100%.

De igual forma se obtienen resultados favorables respecto a las educadoras que abordan temas de salud en sus actividades educativas, lográndose el conocimiento en el 100% de las educadoras encuestadas. Este hecho resultó ser altamente muy significativo en los dos aspectos a tener en cuenta ($P < 0,0001$).

Al aplicar el cuestionario a los grupos focales en 2 grupos de 20 educadoras cada uno, mostró los siguientes resultados: la mayoría de las educadoras contestaron que consideraban importante la salud bucal una vez que se les había instruido, 6 de las educadoras del primer grupo expresaron lo interesante de los temas con frases como “no sabía que era la placa dentobacteriana”, “creía que el cepillado de podía ser de cualquier forma”, cuatro de las educadoras del 2do grupo expresaron que la higiene bucal es muy importante para que los dientes no enfermen, y otras tres manifestaron que los hábitos deformantes afectan la estética de los niños.

En cuanto a la comprensión del Programa manifestaron que le gustaba aprender a través de los medios de enseñanza utilizados porque podían ver láminas, fotos, practicar como cepillarse y contestar preguntas. Para mejorar esta actividad algunas educadoras sugirieron incluir los niños en la investigación.

La observación del desarrollo del Programa Educativo arrojó las siguientes regularidades: Las Técnicas Educativas utilizadas, contribuyeron a lograr motivación en las educadoras permitiendo la relación entre ellas y el estomatólogo. Cada encuentro duró aproximadamente 40 minutos y sólo uno se extendió 15 minutos más a petición de las educadoras. Al terminar la intervención todas las educadoras dominaban la técnica correcta de cepillado. Se observó el desconocimiento parcial de las educadoras sobre determinados temas de salud bucal y su interés por el aprendizaje. La utilidad de los medios de enseñanza se mostró en cada encuentro, pues las educadoras desarrollaron habilidades en los temas impartidos.

Discusión de los resultados: En Cuba, se han alcanzado importantes logros en el campo de la salud y constituye un reto consolidar avances, superar deficiencias y establecer estrategias para alcanzar un desarrollo integral que genere el fomento de una vida saludable; en este sentido el nexo con el Ministerio de Educación y fundamentalmente con los educadores es una de las fortalezas con la que cuenta el modelo de atención estomatológica integral en aras de elevar los índices de

salud bucal de la población . En la actualidad los problemas de salud son muy complejos, y en particular los de salud bucal, por el gran consumo de alimentos azucarados, higiene personal de la cavidad bucal, hábitos deformantes y nocivos. Conociéndose los daños a la salud bucal, y de todos estos factores de riesgo, es tarea del Ministerio de Salud Pública priorizar y brindar una atención integral a la población que le permita conocer y eliminar estos factores desde edades tempranas por lo que es importante involucrar a los maestros en esta tarea. La Estomatología se proyecta no solo hacia el tratamiento de las afecciones, sino sobre todo a la preservación del estado de salud bucal de la población.

El presente estudio permitió alcanzar un adecuado nivel de conocimiento, pues desde el primer encuentro hubo participación activa; el grupo de educadoras jóvenes y homogéneas por su edad, se interesó por poner en práctica lo aprendido y con beneficiarse por lograr estilos de vida saludable, no sólo para ellas, sino también para los niños.

Desde el punto de vista de los factores que condicionaron que las educadoras tuvieran poco conocimiento, se asocia a la ineficacia de los diferentes métodos de promoción de salud. Es necesario propiciar información, pero esta por sí sola no es capaz de originar cambios en la conducta de los individuos, es indispensable propiciar intercambio de opiniones, experiencias, sentimientos y elaboración de nuevos mensajes educativos.

Los resultados obtenidos permitieron apoyar la propuesta de la red de atención a la infancia de la Comisión Europea, la cual propone que todos los centros infantiles incluyan una filosofía educativa en cuya elaboración participen padres, personal de los centros y otros actores involucrados. También Soto y Sexto concluyen de su experiencia en Fundacredesa (Venezuela), que tanto en el hogar como a través de sí mismo o por medio de alguna persona en la escuela es que el niño adquiere el hábito de cepillarse los dientes.²

Los resultados del presente trabajo coinciden con algunos investigadores como Muñoz Cabrera y Pariajulca Fernández que logran cambios en las conductas y actitudes que atentan contra la salud, mediante actividades de educación, con los concebidos beneficios económicos que esto reporta para el país^{5,6}.

Es importante tener presente que la efectividad del Programa Educativo está dada no sólo por la utilización de las herramientas claves en el proceso que cambia o refuerza un pensamiento, actitud, valor o comportamiento para proporcionar y mantener un estado de salud de los individuos, sino también por un aspecto imprescindible, la motivación de los ejecutores y la que estos sean capaces de lograr en los participantes del Programa Educativo. El hecho de que las educadoras sea un grupo homogéneo femenino favoreció el intercambio y el éxito de la estrategia.

Para estimular la adquisición de conocimientos sobre salud bucodental en las educadoras se han empleado convenientemente en la investigación técnicas dinámicas como el juego, ya que tiene un lugar privilegiado al entenderse como elemento de motivación, refuerzo, síntesis y reflexión. Las autoras consideran que los resultados alcanzados en la modificación de los conocimientos de la muestra estudiada son favorecidos por la forma en que las técnicas educativas fueron empleadas a través del grupo.

El Programa Educativo de salud bucodental provocó un intercambio de conocimientos afectivo entre las educadoras; aprendieron acciones de autocuidado tales como: cepillado correcto, selección de una alimentación adecuada e identificación de hábitos perjudiciales, lo que permitirá incorporar estos a los niños a los cuales educan y a la familia para así lograr estilos de vida saludables. A partir del análisis de los resultados obtenidos, es evidente que la aplicación de programas educativos desde las edades tempranas con el apoyo de la escuela y la familia, eleva la cultura sanitaria en los individuos, lo que repercutirá favorablemente en la realización de uno de los objetivos supremos de la Revolución: “Salud para todos”

Conclusiones:

El Programa Educativo de salud bucodental aplicado demostró ser una intervención válida y exitosa, a medida que modificó favorablemente los conocimientos en las educadoras del Círculo Infantil “Mi Rinconcito Querido” del municipio Lajas.

Referencias bibliográficas

- Castañeda Mota, MM, Granados Ramos, DE, Salas Martínez, MW, Romero Pedraza, e. Aplicación de un programa de promoción de la salud en niños preescolares. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* [Internet]. 2015;7(1):17-34. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333139283003>
- Soto Ugalde Alain, Sexto Delgado Nora, Gontán Quintana Nivia. Oral Health Educational Intervention for Children and Teachers. *Medisur* [Internet]. 2014 Feb [citado 2018 Abr 17]; 12(1): 24-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000100004&lng=es
- Cupé-Araujo Ana Cecilia, García-Rupaya Carmen Rosa. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 Abr 17]; 25(2): 112-121. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es.
- Gaona MIF, Reissner CVD, Pérez N, Vázquez DAS, Rodas MVA, Cohene DDB, et al. Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. *Pediatría (Asunción): Organo Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría*. 2016;43(2):129-36.
- Muñoz-Cabrera Welser Emilio, Mattos-Vela Manuel Antonio. Técnica Educativa para Mejorar los Conocimientos de Salud Oral de Madres y Reducir el Índice de Higiene Oral de Preescolares. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2015 Ago [citado 2018 Abr 17]; 9(2): 321-327. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000200021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2015000200021>

Fernández P, Robert I. Efectividad del programa de odontología social en el conocimiento de salud bucal de profesores, cuidadores y el estado de salud bucal de niños en tres colegios del distrito de ventanilla durante el periodo marzo - mayo 2017. Universidad Privada Norbert Wiener [Internet]. 18 de diciembre de 2017 [citado 17 de abril de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/136>

2

Otras Bibliografías

- Vista de Intervención educativa en la enseñanza preescolar para proporcionar conocimientos sobre salud bucodental [Internet]. [citado 17 de abril de 2018]. Disponible en: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/269/268>
- Oré R, Kelly S. Efectividad de una intervención educativa en el mejoramiento de los conocimientos y prácticas sobre la preparación de la lonchera, que tienen las madres de preescolares en una institución educativa privada en Santa Anita - Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2015 [citado 17 de abril de 2018]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4168>
- Pausa Carmenate Mildres, Suárez Hernández Margarita. Nivel de actitud y comportamiento sobre Salud e Higiene Bucal en escolares de nivel primario. Rev haban cienc méd [Internet]. 2015 Feb [citado 2018 Abr 17]; 14(1): 70-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000100011&lng=es

Anexos

ANEXO NO. 1

Consentimiento Informado institucional

El _____ que _____ suscribe:

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado: Programa Educativo "Salud bucodental en preescolares" dirigido a educadoras del círculo Infantil. Lajas. 2015. Previa explicación recibida por parte de la Dra. Maryanis Dago Toledo autora del mismo.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los _____ días del mes de _____ del _____

Firma del Director de la Institución

Firma Jefe del proyecto

ANEXO NO. 2

PLANILLA DE AUTORIZACIÓN

Circulo infantil "Mi Rinconcito Querido"

Lajas. Cienfuegos

2015

Yo _____ en mi condición de Directora del Círculo Infantil "Mi Rinconcito Querido" perteneciente al municipio de Santa Isabel de las Lajas provincia Cienfuegos, tengo interés y asumo la responsabilidad de cliente de la investigación de la Dra. Maryanis Dago Toledo, por la necesidad de contribuir conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, a elevar el nivel de conocimiento de nuestras estudiantes acerca de temas relacionados con la salud bucodental, los cuales contribuirán a mejorar y/o mantener su salud.

Directora del Circulo Infantil. Lajas

ANEXO NO. 3.

Acta de Consentimiento informado.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación «Programa educativo, "Prevenir con educación", sobre salud bucodental en educadoras del círculo infantil "Mi Rinconcito Querido", municipio de Lajas.».

Se me ha explicado que:

% Esta es una investigación donde se respetarán mi opinión y mi identidad.

% Las personas que se incluyan en esta investigación llenarán una encuesta.

% La entrada en el estudio es totalmente voluntaria.

% De no aceptar, se me brindará la atención médica y estomatológica adecuada y no afectará mis relaciones con el estomatólogo, ni con el área de salud.

Al firmar este documento autorizo a que se me incluya en esta investigación y para que así conste, firmo el presente

Dado a los _____ días del mes _____ del _____.

Firma: _____
Nombre y firma del investigador
responsable _____.

ANEXO NO. 4
ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCODENTAL PARA
MAESTROS DE PREESCOLAR.

En aras de fomentar desde edades tempranas la importancia de mantener una buena salud bucal, se decidió realizar un trabajo educativo en maestros de preescolar pertenecientes al área de salud objeto de estudio. Como parte de este proceso, es de suma utilidad contar con sus criterios acerca de la higiene bucodental. Es de interés que responda algunas preguntas al respecto.

La entrevista dura 20 minutos.

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS MAESTROS

Nombre y Apellidos _____ **Edad** _____

1. ¿Cuántas veces al día recomienda a sus alumnos cepillarse los dientes?
0 _____ 1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____ 4 veces _____
2. ¿Le proporciona a sus alumnos alimentos azucarados entre comidas?
Sí _____ No _____
3. ¿Le sugiere al alumno cepillarse los dientes después de haber ingerido alimentos azucarados?
Sí _____ No _____
4. ¿Cree usted que algunos de estos hábitos pueden perjudicar los dientes?
_____ chupar dedos
_____ chupar tete
_____ respiración bucal
_____ tomar leche en pomo
5. ¿Considera importante llevar los alumnos al estomatólogo periódicamente?
Sí _____ No _____ No sé _____
6. ¿Le habla a sus estudiantes habitualmente sobre algún tema de salud bucal?

Sí _____ No _____

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LA REPERCUSIÓN DEL CLIMATERIO EN LAS FÉMINAS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

AUTORES: DRA ELODIA RIVAS ALPIZAR*, DRA: GISELA ZERQUERA TRUJILLO*, DR. MIGUEL MORALES MADRIGAL**

giselazt621009@minsap.cfg.sld.cu, elodiara710123@minsap.cfg.sld.cu, miguel.morales@gal.sld.cu, Hospital Universitario Dr Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba, * Master en Atención Integral a la Mujer, Master en Educación Médica, **Jefe de servicio de Endocrinología.

RESUMEN:

Introducción: En Cuba debido al envejecimiento de la población, en particular de las mujeres, se constituye un reto el envejecimiento con calidad, abordar el climaterio femenino desde una óptica integral y personalizada con un enfoque médico-social contribuye a que envejecer con calidad de vida sea posible. **Objetivos:** Diseñar un programa de intervención educativa sobre climaterio y menopausia en la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** Se desarrolló una investigación cualitativa. Se utilizaron de los Métodos Teóricos: El método Histórico-Lógico de la literatura relacionada con el problema de investigación tanto en Cuba como en otros países. El método Analítico-Sintético se concretó con el estudio de los documentos rectores y normativos relacionados con el Climaterio y la Menopausia. El Inductivo-Deductivo permitió, teniendo en cuenta los aspectos generales de educación durante el climaterio, poder determinar los fundamentos teóricos y metodológicos de la propuesta. Con el uso de la Modelación se estructuró la propuesta de programa de intervención educativa. **Conclusiones:** Se elaboró un Programa de Intervención Educativa que tomó en cuenta los aspectos bio-psico-sociales relacionados con la salud de la mujer durante el climaterio.

Introducción

Los cambios demográficos de la población mundial, han conducido a un incremento de la proporción de ancianos. Una vez controlados los problemas ginecológicos neoplásicos, genitales y mamarios, la mujer enfrenta a más años de vida, pero con otros problemas no menos importantes que el cáncer. La esperanza de vida se ha extendido, pero también el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, osteoarticulares y neurodegenerativas. A partir de la menopausia la mujer tiene una especial vulnerabilidad por la insuficiencia ovárica propia del climaterio. Un tercio de la vida de la mujer transcurre bajo insuficiencia ovárica, cuando el envejecimiento se manifiesta de una forma más evidente.

El Climaterio y la Menopausia, aunque fisiológicos se acompañan a corto plazo de un conjunto de signos y síntomas conocidos como síndrome climatérico, y a largo plazo con un incremento de la morbilidad y mortalidad por afecciones dependientes del aterosclerosis, la osteoporosis y los cánceres de mama y endometrio entre otros ¹⁻³

Las mujeres de edad mediana tienen al menos un factor de riesgo independiente para dos patologías crónicas ,la enfermedad coronaria isquémica y la osteoporosis además en este grupo de edades pueden aparecer las neoplasias malignas genitales y de otras localizaciones, con este enfoque de riesgo se hace evidente lo significativo que resulta la labor preventiva ,dirigida en lo fundamental, hacia la eliminación de diversos factores de riesgo que pueden complicar la salud integral de la mujer y de hecho sucede en el climaterio .⁴⁻⁵

Los cambios que se producen no solo afectan a los componentes físicos de su cuerpo, sino a todo el ámbito de lo psíquico y lo social pudiendo convertirse en desencadenantes de enfermedades al debilitar a las mujeres en la lucha contra los agentes estresantes del medio externo. No todas las mujeres viven estos cambios por igual unos lo asumen con naturalidad y sin consecuencias, pero otras los viven o los sufren como una auténtica enfermedad con signos y síntomas que les obliga a buscar ayuda médica entre los profesionales socio-

sanitarios (no solo médicos también enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.)⁶⁻⁷

La preocupación sanitaria por mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica está dando lugar a diferentes estrategias hormonal-sustitutorias y al desarrollo de nuevos fármacos, sin embargo, aún no hay suficiente evidencia científica que avale su uso universal siendo necesario considerar los beneficios y riesgos potenciales de dicho tratamiento de forma individualizada.⁸⁻⁹

En Cuba debido al envejecimiento de la población, en particular de las mujeres, se constituye un reto el envejecimiento con calidad, abordar el climaterio femenino desde una óptica integral y personalizada con un enfoque médico-social contribuye a que envejecer con calidad de vida sea posible.

En virtud de los logros alcanzados en nuestra salud pública, es de esperar que cerca de 4 millones de mujeres alcancen la edad de la menopausia en los próximos años, lo que de por sí solamente justifica la necesidad del estudio y la atención de las diferentes manifestaciones clínicas y su repercusión psíquica, sexual, social, laboral y en otras esferas de la vida que puedan presentarse.

Objetivo:

Diseñar un programa de intervención educativa sobre climaterio y menopausia en la Atención Primaria de Salud.

Métodos:

TIPO DE ESTUDIO:Se realizó una investigación cualitativa.

Se utilizaron de los Métodos Teóricos:

El método Histórico-Lógico de la literatura relacionada con el problema de investigación tanto en Cuba como en otros países.

El método Analítico-Sintético se concretó con el estudio de los documentos rectores y normativos relacionados con el Climaterio y la Menopausia.

El Inductivo-Deductivo permitió, teniendo en cuenta los aspectos generales de educación durante el climaterio, poder determinar los fundamentos teóricos y metodológicos de la propuesta

Con el uso de la Modelación se estructuró la propuesta de programa de intervención educativa.

Procedimiento:

Se completa la información sobre las necesidades de aprendizaje mediante el **Modelo de David Leyva González**, ya que se parte de metas y declaraciones de resultados actuales y después se deduce el programa educativo. Da la posibilidad de organizar de forma participativa una planeación educativa efectiva, para ello se deben seguir los siguientes 10 pasos:

- Paso 1. Acercamiento al problema (Situación problemática)
- Paso 2.- Identificar lo ideal
- Paso 3.- Identificar lo real
- Paso 4.- Buscar la discrepancia o relación entre lo ideal y lo real.
- Paso 5.- Analizar la necesidad
- Paso 6.- De acuerdo a la necesidad, ¿qué debo hacer?, trazar la meta.
- Paso 7.- Buscar alternativas de solución.
- Paso 8.- Analizar cada una de las alternativas
- Paso 9.- Priorizar las alternativas
- Paso 10.- Elaborar una propuesta educativa

Las necesidades de aprendizaje son el punto de partida de una cadena continua de acciones educativas. Luego de identificarlas a través del cuestionario y la encuesta aplicada, se hizo el diagnóstico para la identificación de los comportamientos que inciden en el problema.

A través del diagnóstico educativo podemos identificar los comportamientos que inciden en el problema, como son:

1. Detectar las necesidades sentidas en relación con la situación de salud.
2. Establecer un orden jerárquico de acuerdo con su importancia.
3. Conocer los hábitos, costumbres y conocimientos de la comunidad.
4. Determinar los recursos de la comunidad.
5. Definir barreras y obstáculos (puntos de resistencia).
6. Trazar la estrategia de trabajo.
7. Confeccionar el plan de actividades o programa educativo.
8. Ejecutar las acciones del Programa de Participación Popular.
9. Evaluar y controlar.

Cuadro de detección de necesidades de Aprendizaje de David Leyva González:



Cuadro de detección de necesidades de Aprendizaje de David Leyva González:

¿Qué debería ser?	¿Qué es realmente?	Discrepancia	Necesidades	Alternativas de solución
Población femenina de 40-59 años con conocimiento adecuado sobre el Climaterio y la Menopausia.	Desconocimiento sobre el tema por la población femenina.	No se logra implementar el programa existente que permite brindar a las mujeres en esta etapa del ciclo de vida, la atención integral, personalizada y humanística que ellas requieren y posibilita además la prevención de las enfermedades asociadas.	-Identificar necesidades de aprendizaje en la población femenina de 40-59 años de la provincia Cienfuegos. -Desarrollar proyectos de Intervención Educativa que posibiliten preparar a las mujeres de 40-59 años para enfrentar esta etapa de la vida. -Desarrollar proyectos comunitarios que garanticen las estrategias de información, educación y comunicación sobre el tema.	-Realizar investigación de corte descriptivo transversal sobre el nivel de conocimiento de la población seleccionada. -Sensibilizar a los decisores de salud sobre la problemática. -Implementar las Consultas Multidisciplinarias para la atención de las mujeres en etapa climática y menopáusica en las diferentes áreas de salud.
Percepción del riesgo de padecer Enfermedades Crónicas asociadas a esta etapa de la vida	Existe baja percepción del riesgo de padecer estas Enfermedades Crónicas	La población diana tiene poca conciencia del problema y no se realizan acciones que motiven a ello en la comunidad.	Elevar la percepción de riesgo de la población femenina de 40-59 años acerca de las diferentes ECNT durante el Climaterio y la Menopausia.	-Información -Educación -Comunicación

Interés por solicitar asistencia médica en las féminas de 40-59 años durante la etapa de Climaterio y Menopausia.	Actitudes de desconocimiento e indiferencia hacia esta práctica	No se solicita asistencia médica por esta sintomatología	-Concientizar a la población blanco sobre el problema que constituyen las alteraciones en esta etapa de la vida. -Explicar los beneficios de la atención médica oportuna.	-Información -Educación -Comunicación
Existencia de promotores de salud capacitados en el tema.	No existencia de promotores capacitados en el tema.	Existencia de promotores y activistas en salud, en otros movimientos de salud, no incluyendo el tema de Climaterio y Menopausia.	1-Formar promotores integrales en salud y calidad de vida, con énfasis en el Climaterio y Menopausia. 2-Desarrollar en ellos habilidades para aumentar la motivación, la participación de la familia y la comunidad para el cambio de conductas y comportamientos hacia el cuidado de su salud.	Selección y capacitación de promotores comunitarios, tales como brigadistas sanitarias de la FMC, en centros de trabajo con alta concentración de mujeres, la filial del adulto mayor, que permita el acceso al conocimiento y la adopción de hábitos saludables con relación al Climaterio y la Menopausia
Materiales impresos y otros soportes que apoyen la labor de comunicación interpersonal y grupal.	No existencia de materiales impresos y otros soportes que apoyen la labor de comunicación interpersonal y grupal.	Pobre labor de diseño, validación y reproducción de materiales educativos.	Aumentar el número de materiales audiovisuales e impresos para el despliegue de la comunicación en la comunidad.	1-Elaboración, Validación e impresión de materiales educativos que apoyen la labor de comunicación por parte de los equipos, sectores y promotores integrales de salud.

Para elaborar el programa educativo se tuvieron en cuenta los siguientes elementos:

A- Identificación de necesidades educativas

Los factores socioculturales son la base de las reacciones de la población. Entre ellos, la percepción de los fenómenos incluye actitudes, temores, conocimientos, creencias y mitos. Por lo tanto, es fundamental conocerlos como base de la planificación preventiva y del control de las enfermedades.

B- Diseño del programa:

- Definición de los objetivos.
- Segmentación de la audiencia.
- Límites.
- Modelo de comunicación.
- Contenido.
- Los canales y medios de comunicación.
- Formulación de los mensajes y materiales educativos.
- Recursos.
- Metodología.

Estrategia de Comunicación:

Se apoya en el diagnóstico previo durante todo el proceso de planeación. Los resultados del mismo proveen los lineamientos para definir una estrategia de comunicación social, la cual se fundamentará en preguntas básicas: A quién, dónde, qué, por qué, cómo y cuándo; a partir de sus respuestas se plantea el esquema de la estrategia.

Definición de los objetivos educacionales:

- De cambio (los cambios que se esperan en la audiencia en su comportamiento y estilo de vida)
- De comunicación: indica el cambio que se espera en el público respecto a su estado de salud, conducta, conocimientos/actitudes o procesos como resultado de la estrategia de comunicación.

Los objetivos fueron planteados en términos concisos, que no dieron lugar a confusiones. Se propusieron acciones concretas y fáciles de realizar, se definió el tiempo y la dimensión del cambio esperado.

Segmentación de la audiencia:

De acuerdo al diagnóstico previo se determinaron los grupos hacia los cuales debían dirigirse los mensajes.

Se definieron además la **población meta** (*mujeres entre 40 y 59 años de edad*), la **población secundaria** (*integrada por la familia y la comunidad*) y los límites del programa educativo.

Modelo de comunicación:

La comunicación participativa facilita la educación, motiva a la participación y la creatividad, promueve la reflexión y acción sobre los hechos y genera actitudes para mejorar la calidad de vida y el desarrollo de todos los seres humanos.

En el modelo que se propone la comunicación no es sólo difusión de información,

donde hay un emisor que transmite y un receptor que no sólo recibe el mensaje, sino que es el resultado de un proceso de aprendizaje que se comparte y se retroalimenta continuamente. Se trata de despertar la reflexión sobre los asuntos relacionados con esta etapa de la vida y fomentar así la educación e implementación de prácticas saludables.

Contenido:

En la definición de los contenidos se tomaron en cuenta los resultados del cuestionario relacionados con elementos clínicos y sociales, así como los aspectos que las mujeres reconocieron que inciden directamente en la calidad de vida, de acuerdo a su situación personal, contexto y especificidades. Se tomaron en cuenta a la hora de trazar los programas de los talleres y actividades capacitantes.

Canales de comunicación:

Es sumamente valiosa la participación de medios locales de comunicación comunitaria, por su identificación con los problemas del área, por dirigir los mensajes a públicos más específicos y, por lo tanto, tienen mayor disposición de participar en estos proyectos de promoción de salud. En esta estrategia los canales serían: equipo básico de salud, familia y promotores comunitarios.

Las actividades de comunicación directa se introducen como talleres, utilización de los medios audiovisuales, discusión cara a cara, presentación y debate de materiales educativos, ya que estos espacios permiten el diálogo y la reflexión.

Medios de comunicación:

La propuesta es utilizar plegables, folletos, Rotafolio, material impreso actualizado y otros confeccionados por el equipo de trabajo y creados por los propios participantes que se podrán utilizar después de validados en posteriores etapas de la intervención educativa.

Mensajes:

Los mensajes son de información, motivación y capacitación según al subgrupo a que será dirigido. Estos deben ser claros, sencillos y cortos lo cual tiene grandes ventajas para su difusión, además es más económico. Cada mensaje deberá tener un solo objetivo. El agregar elementos que no corresponden a la idea principal distrae la atención de la audiencia. Deberán ser fáciles de leer y fácil de recordar. Tener presente la forma de presentar, la caligrafía, los colores y fondo sobre el que se presenta, en caso de folletos y plegables.

Todo mensaje deberá ser evaluado para asegurar que sea ética y estéticamente

apropiado. Igualmente, deben evaluarse la recepción, comprensión y reacción que presenta la audiencia.

Recursos:

Inventario de los recursos disponibles: programas, sistemas, canales, recursos físicos, personal, presupuesto, tiempo disponible.

La coordinación entre los participantes, los diferentes sectores y el aprovechamiento de la capacidad creativa de las personas facilitará la utilización de los recursos existentes: Equipos audiovisuales, materiales de oficina, recursos humanos especializados, información, locales, computadoras, imprentas.

Metodología:

La metodología de carácter participativo se desarrollará a partir de talleres con técnicas participativas: láminas generadoras de diálogo, confección de mensajes de forma creativa por parte de las participantes, desarrollando las actividades propuestas en el programa educativo.

La estrategia tiene en su totalidad un carácter educativo. Los resultados concretos del proceso a que se aspira son la sensibilización de las mujeres de edad mediana y su familia, construir un espacio que propicie la reflexión sobre las acciones cotidianas, aumentar la conciencia y la auto responsabilidad, que reconozcan los factores de riesgo y cómo actuar sobre ellos para desarrollar

capacidades y habilidades que les permitan mejorar su estilo y calidad de vida, y que se elabore material educativo a partir de los participantes. Que sean capaces además de transmitir los conocimientos a sus amigas, compañeras de trabajo y estudio y familiares.

La metodología se centra en la población meta y alterna entre períodos de observación (investigación), acción (implementación de la estrategia) y reflexión (supervisión y evaluación).

La evaluación de un programa de educación en salud incluye tres pasos:

- Evaluación de base
- Monitoreo del proceso
- Evaluación del impacto

DISEÑO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA:

El proyecto consiste en una INVESTIGACION - ACCION acompañada de un programa Educativo de CAPACITACIÓN dirigido a mujeres en edades de 40 a 59 años que se acercan al periodo Pre o propiamente menopáusico. Este proyecto se enmarca en el contexto de Salud Pública, a través de la promoción y la educación para la salud y prevención de enfermedades en las mujeres de edad mediana.

Fundamentación teórica en que se sustenta el Programa Educativo.

Se asume el término de Programa Educativo como un sistema de acciones y operaciones, seleccionadas y organizadas en formas de temas, que responden a la necesidad identificada en las mujeres de edad mediana que intervienen en el desarrollo del programa. Este debe facilitar la adquisición de los conocimientos en educación para la salud y la prevención de enfermedades en las mismas.

El Programa Educativo que se propone está basado en el enfoque histórico cultural del Psicólogo soviético Liev Semionivich Vigotski (1896 – 1934), está concebido de manera que las mujeres en edades comprendidas entre 40 y 59 años lo reciban por medios de conferencias orientadoras, impartidas por los profesionales de la salud en las que recibirán instrucciones sobre el Climaterio y la Menopausia, encaminado fundamentalmente hacia el mejoramiento de la Calidad de Vida en esta etapa de la vida de las mujeres, con énfasis en la modificación de Modos y Estilos de Vida, lo cual influirá positivamente en la disminución de la morbilidad asociada a esta etapa.

Además, se sustentan desde el punto de vista psicológico en la teoría de la zona de desarrollo próximo de Vigotski, en la que se explica lo que puede llegar a avanzar un individuo con la ayuda o intervención de otros que sí conoce la materia. Otro sustento es la "Teoría de la Actividad" del psicólogo soviético Leontiev, uno de los seguidores de Vigotski, define la actividad como categoría rectora, concebida esta como un proceso de solución por el hombre de tareas vitales impulsado por el objetivo cuya consecución está orientado y que refleja alguna necesidad.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

La autora considera que la actividad de capacitación, bien utilizada se convierte en una importante herramienta, pues ofrece la posibilidad de mejorar constantemente los recursos humanos en correspondencia con las nuevas exigencias del encargo social.

La autora considera como razones para la realización del Programa Educativo las siguientes:

- La necesidad de capacitar a mujeres en edades de 40 a 59 años que se acercan al periodo Pre o propiamente menopáusico
- La existencia de una herramienta capacitadora que resuelva las necesidades identificadas y sentidas por los profesionales en temas de comunicación.

Por ser la comunicación un elemento de vital importancia en los profesionales, unido a la interrelación de esta con la ética humanista de la actividad que realizan en la comunidad.

Objetivos y criterios básicos del Programa Educativo.

Preparar a las mujeres en los conocimientos necesarios para contribuir en el contexto de Salud Pública, a través de la promoción y la educación para la salud y prevención de enfermedades en las mujeres de edad mediana.

Los criterios básicos para el desarrollo del Programa Educativo son:

1. La superación es un proceso continuo del que no está excluido ningún ciudadano en el campo del saber.
2. Su contenido está determinado por la necesidad individual, y las exigencias del desarrollo científico técnico en el mundo, el país, el territorio y el puesto de trabajo.
3. La estructura del programa educativo posibilita la vinculación entre la teoría y la práctica.

4. La capacitación debe realizarse en un ambiente favorable, sustentado en los principios de la comunicación afectiva.

5. Debe haber conciencia en quien se capacita de sus necesidades de aprendizaje.

Para ello se tomaron en cuenta los siguientes momentos:

1. Momento Explicativo
2. Momento Normativo
3. Momento Estratégico
4. Momento Operacional

1- Momento Explicativo:

Debido a la necesidad de incrementar los conocimientos sobre el Climaterio y la

Menopausia, encaminado fundamentalmente hacia el mejoramiento de la Calidad de Vida en esta etapa de la vida de las mujeres, con énfasis en la modificación de Modos y Estilos de Vida, lo cual influirá positivamente en la disminución de la morbilidad asociada a esta etapa. Del estudio previo realizado se hizo la identificación de los problemas.

Problemas fundamentales:

1. La presencia de Sobrecarga Genérica en la mujer de edad mediana.
2. El predominio de los Síntomas Psicológicos y Generales, así como la Intensidad del Síndrome Climatérico entre Moderado y Crítico/Severo en las féminas.
3. Pobre percepción de riesgo durante la etapa del Climaterio/Menopausia.
4. Escasa solicitud de ayuda médica durante la etapa climatérica

2- Momento Normativo:

No	Actividad	Duración	FOD
1-2	Bienvenida y presentación de todos los participantes	20 mtos	
3-4	Aplicación de Encuesta e Intercambio de ideas	40 mtos	
5	Climaterio y Menopausia	60 mtos	Conferencia

6	Sexualidad y Climaterio	60 mtos	Cine-Debate
7	Factores de Riesgo y Enfermedades Crónicas asociadas al Climaterio	60 mtos	Conferencia
8	Ejercicio Físico y Dieta Saludable	30 mtos	Conferencia
9	Ejercicio Físico y Dieta Saludable	30 mtos	Clase Práctica
10	Presentación de materiales didácticos	60 mtos	Actividad Práctica
11-12	Aplicación del Cuestionario y Valoración del Programa Educativo	90 mtos	Debate

3- Momento Estratégico:

Visión: Las mujeres incluidas en la investigación tienen la oportunidad de contribuir e interactuar con los conocimientos y las habilidades adquiridas con su familia, el medio y los factores adversos a que están expuestas, para lograr una mejor Calidad de Vida en las mujeres de edad mediana.

Misión

Contribuir a la disminución de los factores de riesgo y al control de las diferentes

Enfermedades Crónicas asociadas en esta etapa de la vida, dotando a las mujeres de conocimientos que les permitan promover acciones concretas que generen la práctica de conductas saludables, así como la modificación de comportamientos y factores de riesgos presentes en ellas para lograr una repercusión positiva, a corto plazo, sobre la Calidad de Vida en las mujeres de edad mediana.

Objetivo General

Aumentar los conocimientos para lograr actitudes y prácticas adecuadas que contribuyan a mejorar la Calidad de Vida de las mujeres de edad mediana.

Objetivos Específicos

1. Dotar a las mujeres de los conocimientos sobre la etapa de Climaterio y

Menopausia

2. Sensibilizar sobre la calidad de vida que debe practicar y adoptar la mujer durante el periodo de climaterio y menopausia.

3. Incentivar la salud de la mujer y la de su familia a través de actividades integrales de promoción, educación y prevención en salud.

Se especifica lo que puede ser, si es posible alcanzarlo o no. Se tendrá en cuenta:

Viabilidad política: Se cuenta con el apoyo de los directivos de la institución

Viabilidad técnica: Existen los recursos humanos (Especialistas en Promoción y Educación para salud, Especialistas de Medicina General Integral, Endocrinología, Ginecología y Lic. en Psicología) que participaran de forma activa en toda la estrategia.

Viabilidad económica: Existen recursos mínimos a nivel de las instituciones, que garanticen la calidad de las actividades educativas.

Beneficiarios.

Beneficiarios directos o audiencia primaria:

Va dirigida fundamentalmente a las mujeres de edad mediana, en grupos de 10 a 12 personas

Beneficiarios indirectos o audiencia secundaria: Familiares, vecinos y amigos presentes en dicha comunidad. Líderes comunitarios

Limites:

Se propone llevar a cabo en la Atención primaria de Salud y tendrá una duración de 1 año, dado por la cantidad de personas a capacitar. Duración: 1 año.

Los canales de comunicación más apropiados serán:

Equipo técnico de la investigación, educadora para la salud, Especialistas de Medicina General Integral, Endocrinología, Ginecología y Lic. en Psicología. Medios: Folletos impresos, Afiches, Plegables, Televisor, Video, Computadora y

Rotafolios.

Actividades:

Talleres:

La estrategia educativa a implementar en este caso es el taller por ser una dinámica de comunicación grupal que permite una participación activa de quienes toman parte en él, por tanto, es un instrumento que permite la retroalimentación, la resolución de dudas ya la vez, puede dar lugar a posibles acciones o compromisos a seguir. Además, por ser la mejor estrategia para realizar una labor de formación de líderes comunitarios que se encarguen de difundir, comunicar y facilitar a otros la experiencia.

Participarán grupos entre 10 y 12 integrantes cada uno.

Estos espacios permiten el diálogo, el intercambio y la discusión, fundamentales en el proceso de aprendizaje y de organización popular. Así, los esfuerzos en comunicación están estrechamente ligados a la labor educativa para la prevención y reducción del riesgo.

La comunicación interactiva es parte integral de toda acción humana y que puede

generar cambios de conductas y que se genera, por ejemplo, en actividades de capacitación.

La comunicación participativa facilita la educación, motiva a la participación y la creatividad, promueve la reflexión y acción sobre los hechos y genera actitudes para mejorar la calidad de vida y el desarrollo de todas las personas mediante la utilización de técnicas participativas. *

Escenarios de intervención:

Policlínicos en la Atención Primaria de Salud

Principales actividades para el cumplimiento de nuestros objetivos:
Lograr comportamientos adecuados que eleven la Calidad de Vida en las mujeres de edad mediana.

1er. Encuentro.

Actividad 1. Bienvenida

Instrucciones. Diríjase a los participantes y expóngale los objetivos del taller, agradecer a los participantes la asistencia y el interés en participar.

Actividad 2. Presentación de los participantes mediante técnica participativa.

Tiempo: 20 minutos

Actividad 3. Aplicación de la Encuesta Exploratoria sobre Calidad de Vida e Información acerca del Climaterio y la Menopausia.

Actividad 4. Identificar mediante la técnica lluvias de ideas los temas que más interés despiertan entre nuestras féminas sobre el Climaterio y la Menopausia, así como cuáles son sus expectativas con su participación en este proyecto.

Tiempo: 40 min

2do. Encuentro.

Actividad 5. Conferencia Teórica sobre Climaterio y Menopausia. Elementos generales sobre el Climaterio y la Menopausia, así como los cambios fisiológicos que ocurren en la mujer durante esta etapa de la vida. Síndrome Climaterio y su clasificación clínica.

Objetivo: Exponer conocimientos actualizados sobre el Climaterio y la Menopausia; destacar los cambios fisiológicos que se presentan en esta etapa de la vida, así como su influencia en la Calidad de Vida de las mujeres.

Orientación de la elaboración de materiales didácticos: Carteles, Plegables, Mensajes de Salud sobre el Climaterio y la Menopausia. Estos se realizarán por parejas y se expondrán en el sexto encuentro.

Metodología: Conferencia

Recursos: Pizarrón, Retroproyector, Computadora.

Tiempo: 60 min

3er. Encuentro.

Actividad 6. Presentación del Video sobre la Respuesta Sexual desde el Climaterio

Objetivo: Debatir acerca de la sexualidad humana en esta etapa de la vida; su componente fisiológico y espiritual y cómo repercute en la calidad de vida

Metodología: Cine – Debate.

Tiempo: 60 min.

4to. Encuentro.

Actividad 7. Conferencia Teórica sobre Factores de Riesgo y ECNT asociadas a esta etapa de la vida. Elementos generales sobre algunos Factores de Riesgo (tabaquismo, obesidad y sedentarismo) y ECNT más frecuentemente asociadas al Climaterio y la Menopausia (HTA, Diabetes Mellitus, Cardiopatía Isquémica y Cáncer de Mama y Cérvico- Uterino). Su repercusión en la salud de la mujer de edad mediana.

Objetivo: Exponer los diferentes Factores de Riesgo y ECNT más frecuentemente asociadas a esta etapa de la vida. Así como las acciones de salud encaminadas a la prevención de las mismas.

Metodología: Conferencia

Recursos: Pizarrón, Retroproyector, Computadora.

Tiempo: 60 min

5to. Encuentro.

Actividad 8. Conversatorio acerca del ejercicio físico y la dieta saludable en esta etapa de la vida.

Objetivo: Promover el análisis y la reflexión de las féminas acerca de los beneficios del ejercicio físico y la dieta saludable como elementos protectores para la salud en general y principalmente en las mujeres de edad mediana.

Metodología: Conversatorio.

Recursos: Rotafolio, Videos, Carteles y Plegables

Tiempo: 30 min

Actividad 9. Se procede a dividir el grupo en dos pequeños grupos (grupo I y grupo II).

Grupo I: se orienta la confección de un Menú Saludable para su posterior exposición y debate.

Grupo II: se orienta la elección de algunos ejercicios físicos más recomendados para las mujeres de edad mediana y posteriormente su presentación y demostración

Metodología: Demostración práctica.

Tiempo: 30 min

6to. Encuentro.

Actividad 10. Presentación de los materiales didácticos elaborados creativamente por las participantes, los que se validarán a partir de las "Pautas para evaluación de material impreso de Paltex 57 y validación de carteles. (Anexo # 9)

Objetivo: Demostrar la capacidad de las participantes de interiorizar la información brindada y la posibilidad de actuar como promotoras de salud en su comunidad.

Metodología: Actividad participativa.

Tiempo: 60 min

7to. Encuentro.

Actividad 11. Aplicación del Cuestionario para medir el impacto real sobre la información acerca del Climaterio y la Menopausia.

Actividad 12. Debate con las féminas que participaron en el proyecto sobre los logros y los beneficios que el mismo ha reportado para su vida personal.

Objetivo: Promover el intercambio entre las mujeres participantes en el proyecto y el equipo de trabajo del mismo para conocer la valoración que las participantes hacen de las actividades, exponer los logros y deficiencias del mismo, así como aceptar las sugerencias que hagan con el fin de mejorar la calidad de nuestro programa educativo.

Metodología: Conversatorio.

Tiempo: 90 min

Conclusiones: Se elaboró un Programa de Intervención Educativa que tomó en cuenta los aspectos bio-psico-sociales relacionados con la salud de la mujer durante el climaterio.

Bibliografía:

- 1- Bulun S E, Adashi E Y. The physiology and pathology of the female reproductive axis. En: Wilson J D, Foster D W, Kronenberg H M, Larsen P R, compiladoras. Williams's textbook of Endocrinology. 10th ed. Philadelphia: Saunders Company; 2003.p. 644-8.
- 2- Blümel JE, Vallejo S: Evaluación clínica de la mujer climaterica. Rev Iberoam Menop 2005; 7(4): 8-13.
- 3- Parilla Paricio J J .Concepto y bases fisiológicas: Necesidades .Rev Iberoam Menop 2001;3 (3):3-8.
- 4- American Heart Association. Heart disease and stroke statistics update 2002. Dallas Tex: American Heart Association; 2002.p. 23-27.
- 5- Balaguer Vintró I. Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. Editorial. Rev Esp Cardiol 2004; 57(6):487-94.
- 6- Artilles Visbal L, Espinosa J, Ortega L, Manzano Ovies B R, Navarro Despaigne D. Ambiente, persona, sociedad y cultura. Elementos para un manejo humano e integral del climaterio. Rev Centroamericana Obst Ginecol 2000; 10(3): 65-9.

7- Mingo C, Herman C J, Jasperse M. Women's stories: ethnic variations in women's hysterectomy, and hormone replacement therapy. *J Women Health Gend Based Med* 2000; 9 (2): 27-38.

8-López Martínez A, González Candelas R. Actualización en Menopausia: Abordaje desde Atención Primaria. I Jornada de actualización SVMFiC. *Revista Valenciana de Medicina de Familia*. [en línea]. 2006 [citado 23 de abril 2008]; 15: [aprox 4p]. Disponible en: <http://www.svmfyc.org/Revista/15/Actualizacion.pdf>

9- Pérez Piñero JS, Bayarre Vea HD, Navarro Despaigne D. El Climaterio y la Menopausia como expresión del envejecimiento femenino. *GEROINFO. RNPS*. [en línea]. 2007 [citado 23 abril 2008]; 2 (1): [aprox 4p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/menopausia_y_envejecimiento.pdf

10-Vigotsky, Lev. S. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. / Lev. S.

Vigotsky. Barcelona: Editorial Grijalbo, 1978. —226 pp.

11.-Leontiev, Alexei N. Actividad, Conciencia, Personalidad / Alexei .N. Leontiev. —La

Habana: Editora Pueblo y Educación, Cuba, 1982. —52 pp.

TÍTULO: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO EN CIENFUEGOS.

Autor: Dra. Ivonne Marrero Rodríguez, ivonnemr@jagua.cfg.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba, Jefe del servicio de Angiología del HGAL en Cienfuegos, MsC.

Coautores: Lic. Anaisa del Sol Zerquera, anaisa.delsol@gal.sld.cu, Hospital Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba, Jefe de Enfermería del servicio de Angiología del HGAL en Cienfuegos, MsC.

Forma de Presentación: Tema Libre

Introducción: El Pie Diabético es una afección de elevada morbilidad que repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes por los frecuentes ingresos, la prolongada estadía hospitalaria y las amputaciones. Actualmente contamos con el Heberprot-P producto único de su tipo, indicado para el tratamiento de pacientes con Úlceras del Pie Diabético. **Objetivos:** Describir los Resultados del programa de atención integral a pacientes con úlceras del pie diabético en Cienfuegos. **Método:** estudio descriptivo que incluye la totalidad de pacientes tratados con Heberprot-P en Cienfuegos, en el periodo comprendido entre enero del 2012 y diciembre del 2017, el universo está conformado por 3459 pacientes, todos con diagnóstico de Pie Diabético, se utilizaron entre otras variables el número de casos incluidos por años y el comportamiento de las amputaciones. **Resultados:** Se evidencio un incremento del número de casos incluidos y se redujo significativamente el índice de amputación.

Palabras Claves: Pie diabético, Heberprot-P

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus constituye un problema de salud universal, de elevada frecuencia en nuestro país y en el mundo, y se considera como el principal factor de riesgo no traumático para la amputación de miembros inferiores.¹

La cantidad de personas con Diabetes en el mundo se incrementa en estrecha relación con el crecimiento de la población y contradictoriamente su incidencia aumenta en la medida en que perciben mejorías en las condiciones socioeconómicas del país.¹

Una de las complicaciones más temidas de esta patología, por lo que afecta a la calidad de vida de los diabéticos, es la aparición de úlceras en los pies y a su vez la principal complicación de estas úlceras es la amputación, que se comporta como un marcador de mortalidad con tasas de supervivencia inferiores al cáncer de mama, de colon o de próstata. Su alta prevalencia y su elevado impacto clínico y económico obligan a los profesionales sanitarios que tratan esta complicación y a la propia administración sanitaria a mejorar el abordaje integral de esta patología.²

La calidad de vida del diabético se ve limitada por sus complicaciones las cuales son muy temidas por las secuelas que deja a su paso como son la retinopatía, nefropatía, neuropatía y vasculopatía, siendo esta última una de las más frecuentes, ya que no solo amenaza seriamente a las extremidades sino también a la vida del paciente y otras de las complicaciones a mencionar es la aparición de

alteraciones ortopodológicas que dificultan la postura y la marcha, así como la predisposición a padecer de otras complicaciones dermatopodológicas.^{3, 4, 5, 6}

En 2013, en todo el mundo, 382 millones de personas en edades de 20 a 79 años se diagnosticaron portadoras de diabetes mellitus, de las cuales el 80% vive en los países con mayores condiciones de pobreza. Los cálculos indican que en menos de 25 años, el total de personas afectadas aumentará a 592 millones. En Norteamérica, incluyendo Puerto Rico y México, la cifra actual de personas con esta enfermedad es de 37 millones.⁷ En casi todos los países, la gran mayoría de diabéticos reside en zonas urbanas.⁸

En Cuba, para la población adulta en edades de 20 a 79 años, de 3.227,930 personas, la prevalencia de diabetes tipo 2 se reporta en el 6,78%, que corresponde a 218.810 personas: 117 400 hombres y 101 410 mujeres. En ambos sexos, en las áreas rurales se contabilizó 58 330, y en las urbanas, 160 480 personas. La intolerancia a la glucosa en todo el país, fue del 8,38%, equivalente a 270 580 habitantes, cantidad que preocupa, pues muchos de ellos llegarán a padecer diabetes tipo 2. No hay información acerca de la incidencia de diabetes tipo 1.⁸

En la provincia de Cienfuegos existen 24832 diabéticos dispensarizados y de ellos el 3.5% podrá desarrollar una úlcera de pie diabético, según la bibliografía revisada.⁹

El Pie Diabético es una afección de elevada morbilidad y por ende repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes a consecuencia de los frecuentes ingresos, la prolongada estadía hospitalaria y las amputaciones. Las amputaciones de miembros inferiores a su vez, constituyen una expresión grave del pie diabético y el número de amputaciones en estos pacientes es un indicador de la calidad de la atención médica a los pacientes con pie diabético.¹⁰

El Consenso sobre cuidados del pie diabético de la Asociación Americana de Diabetes de *Boston, Massachusetts*, en 1999 estimó que el 15 % de la población diabética puede desarrollar úlceras en sus pies durante su vida e informan también que más de 50 000 amputaciones de miembros inferiores en pacientes diabéticos se realizan cada año en Estados Unidos.¹¹

El consenso sobre el Pie Diabético de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare estima la prevalencia del Pie Diabético entre 8 y 13 %. Se ha estimado que en nuestro país se efectuaban aproximadamente 1000 amputaciones de miembros inferiores cada año.¹²

Históricamente en la provincia de Cienfuegos, según estadísticas del servicio, se amputaban más del 30 % del total de los ingresos por úlceras de Pie Diabético.

Actualmente estas estadísticas han sido modificadas ya que contamos con un novedoso medicamento cubano, el Heberprot-P, único en su tipo y en el mundo, cuyo principio activo es el factor de crecimiento epidérmico obtenido por vía recombinante, que estimula la proliferación de fibroblastos, queratinocitos y células endoteliales de los vasos, el mismo llegó a solucionar una necesidad médica no cubierta: la cicatrización de la úlcera de miembros inferiores de pacientes diabéticos, úlceras crónicas en la cual existe un compromiso de los mecanismos de la cicatrización y con el empleo intralesional y perilesional del producto se garantiza el aporte del mismo a las zonas más profundas del lecho afectado,

constituyendo una respuesta eficaz para los pacientes con úlceras de pie diabético.^{13, 14}

Está indicado, junto a otras terapias convencionales, para el tratamiento de úlceras del Pie Diabético tanto neuropáticas como isquémicas, para estimular la formación de tejido de granulación útil que permita el cierre por segunda intención o mediante autoinjerto de piel. Los eventos adversos más frecuentes reportados con el uso del Heberprot P son la sepsis, el ardor y dolor en el sitio de aplicación, temblores, escalofríos y fiebre.^{13, 14}

El tratamiento con Heberprot-P supone múltiples propiedades y ventajas:

- Acelera la cicatrización de úlceras del Pie Diabético profundas y complejas.
- Tres semanas de tratamiento con este producto han sido suficientes para observar granulación en más del 80% de pacientes con úlceras del Pie Diabético entre 1 y 80 cm².
- Contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes ya que reduce el número y la extensión de debridaciones quirúrgicas ó remoción del tejido necrótico, además de prevenir las recidivas.
- Reduce el tiempo de cicatrización y con ello las complicaciones.¹⁵

Con el objetivo de conocer los resultado del uso del Heberprot-P en el tratamiento del pie diabético en la provincia de Cienfuegos, y de mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan esta enfermedad y con ello reducir el número de amputaciones mayores en estos pacientes, es que decidimos realizar este estudio.

PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Cuál es el resultado que tiene el uso del Heberprot-P en los pacientes con úlceras de Pie diabético en la provincia de Cienfuegos?

OBJETIVOS

General: Describir los resultados del uso del Heberprot-P en el tratamiento del pie diabético en la Provincia de Cienfuegos. Años 2012-2017.

Específicos:

1. Caracterizar los pacientes tratados con Heberprot-P según variables demográficas y clínicas seleccionadas.
2. Determinar la evolución de los pacientes, con diagnóstico de pie diabético, tratados con Heberprot- P.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo.

Se incluyeron en nuestra investigación la totalidad de los pacientes que fueron tratados con Heberprot- P, por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular, tanto de forma ambulatoria como hospitalizados en la provincia de Cienfuegos y que cumplieron los criterios de inclusión para el uso del medicamento, en el periodo comprendido entre enero del 2012 y diciembre del 2017.

El universo está conformado por 3459 pacientes, todos con diagnóstico de Pie Diabético y que cumplen con los criterios establecidos para la administración del medicamento.

Este estudio cumple con las normas de helsinki-1971 para el empleo humano en la investigación científica.

La obtención del dato primario se realiza a partir de los registros primario de recogida de datos, la base de datos de casos tratados con el producto y la evaluación de las historias clínicas de los pacientes que fueron ingresados en el servicio en este periodo, toda la información fue vaciados en un formulario llenado por la autora del estudio y en una base de datos que fue procesada a través del programa SPSS 11.0 Para el tratamiento de las variables cualitativas se utiliza la frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) para las cuantitativas las medidas de tendencia central (media aritmética) y para las medidas de riesgo las tasas específicas. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos de frecuencia y relación de variables.

DESARROLLO

Las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus son un problema de salud a escala mundial, y dentro de ellas el Pie Diabético continúa siendo una complicación grave de la Diabetes Mellitus y se mantiene como un reto para los servicios de salud.

La diabetes mellitus tipo 2 es la más frecuente de sus formas clínicas, se presenta en más del 90% de los pacientes, suele iniciarse después de la cuarta década de la vida y su incidencia aumenta con la edad. El pie diabético se presenta más en este tipo de diabetes, en el sexo femenino y en los mayores de 60 años según trabajos de Castillo y cols, y otros autores.^{17, 18}

Estudios realizados en Cuba, por Gallardo Pérez demuestran que el pie diabético neuroinfeccioso (según la clasificación propuesta por McCook) es alrededor del 80% de las causas de ingreso en los servicios de Angiología.¹⁹

Los resultados de esta investigación reflejan resultados similares, a lo comentado anteriormente, predominando el pie diabético neuroinfeccioso en el 66.9%, el sexo femenino y en los pacientes mayores de 60 años.

En la literatura revisada, hay estudios muy recientes que demuestran la eficacia del producto y muestran resultados muy alentadores.^{1,6,7}

Al analizar el total de amputaciones mayores realizadas en el estudio vemos como con el uso del heberprot-P fueron disminuyendo el número de amputaciones por año.

Cuando se revisa la literatura y se analizan las tasas de amputaciones muestra, que en los pacientes portadores de un Pie diabético con tratamiento convencional, presentan tasas de amputaciones menor y mayor de 49% y 43% respectivamente, mientras que, en el grupo de pacientes que recibieron como tratamiento adyuvante el heberprot P, disminuyen las amputaciones menores a 39% y sobre todo las mayores a un 8%.

En la literatura revisada, existen estudios muy recientes que demuestran la eficacia del producto y muestran resultados muy alentadores.^{1,13,14}

El pie diabético es conocido mundialmente por su morbilidad, índice de amputaciones y complicaciones. Cada 30 segundos se estima que en el mundo

una persona diabética sufre una amputación, mientras que más de 287 millones de seres humanos padecen esta enfermedad, incluyendo niños y jóvenes. En este contexto, la industria biotecnológica cubana ha desarrollado y probado la eficacia de un producto llamado Heberprot-P, que se ha creado para revolucionar el tratamiento de la úlcera del pie diabético, un peligroso padecimiento ¹⁵

Por ello su aplicación se ha extendido a todo el país, habilitando el uso del medicamento no solo en los hospitales y centros especializados, sino llevando este proceder a los policlínicos comunitarios que reúnen el aseguramiento logístico para satisfacer esta demanda de los pacientes diabéticos con úlceras en los pies, lograr finalmente mejorar la calidad de vida de estos pacientes y disminuir el número de amputaciones de las extremidades.

CONCLUSIONES

La utilización del Heberprot-P en el tratamiento del pie diabético ha logrado un impacto en la evolución clínica del paciente con úlcera de pie diabético y en la reducción del riesgo de amputación.

Se evidencio un incremento notable del número de casos incluidos y se redujo significativamente el índice de amputación.

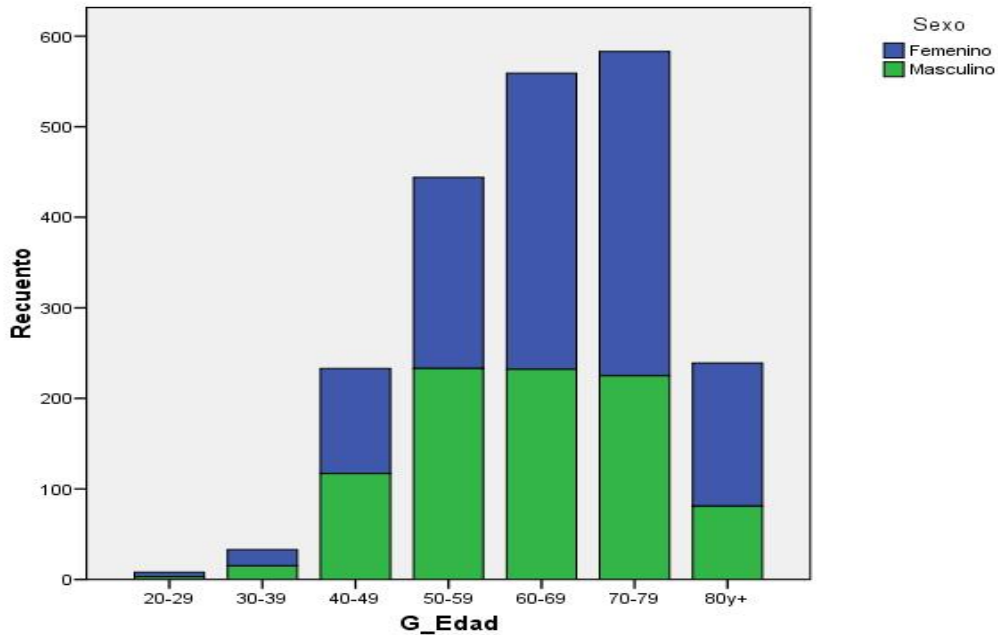
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta SG, Posada BCG, Rodríguez IM. Evolución clínica del tratamiento en el pie diabético con heberprot-p o con el método convencional. [en línea] 2011 [Consultado 3 feb de 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol_11_2_11/ang07211.htm.
2. Pie Diabético. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Segunda edición, 2014.
3. Crawford JM, Cotran RS. El páncreas endocrino. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins Patología Estructural y Funcional. 7 ed. Madrid: Elsevier; 2004 ma . p. 951-66.
4. González Fernández R, Crespo NV, Crespo M. Características clínicas de la diabetes mellitus en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 [citado 12 Mar 2013];16(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi07200.htm.
5. Bekker-Mendez C, Guzman-Aguilar RM. TUNEL-positive cells in the surgical border of and amputation due to infected diabetic foot." Mol Med Report. 2012;5(2):363-72.
6. García Herrera A, Rodríguez Fernández R, Rodríguez Hernández L, Acosta Cabadilla L, Febles Sanabria R, Pancorbo Sandoval CA, et al. Reducción de las amputaciones con Heberprot P en la terapia local del pie diabético. Revista española de investigaciones quirúrgicas. 2011;14(1): 21-6.
7. American Diabetes Association (ADA) 72 nd sessions: Abstract CT-SY22, June 9, 2012. Lancet, published on line, June 9, 2012.
8. Mora-Morales, E. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. www.idf.org/diabetesatlas

9. Anuario Estadístico 2016. [en línea] 2016 [Consultado 3 feb de 2016]. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/servicios/estadisticas/>.
10. García Herrera A, Rodríguez Fernández R, Rodríguez Hernández L, Acosta Cabadilla L, Febles Sanabria R, Pancorbo Sandoval CA, et al. Reducción de las amputaciones con Heberprot P en la terapia local del pie diabético. *Revista española de investigaciones quirúrgicas*.2011;14(1):21-6.
11. American Diabetes Association. Consensus development Conference on Diabetic Foot Wound Care. *Diabetes care*. 1999; 22:1354-60.
12. Berlanga J. Heberprot-P: experimental background and pharmacological bases. *Biotechnol Ap.l* [en línea]. 2010 [consultado 20 oct de 2012];27(2):88-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1027-28522010000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1027-2852.
13. Fernández-Montequín JI, Infante-Cristiá E, Valenzuela-Silva C, Franco-Pérez N, Savigne- Gutierrez W, Artaza-Sanz H, et al. Intralesional injections of Citoprot-P (recombinant human epidermal growth factor) in advanced diabetic foot ulcers with risk of amputation. *Int Wound J* .2007;4(4):333-43.
14. Acosta JB, Savigne W, Valdés C, Franco N, Alba JS, del Río A, et al. Epidermal growth factor intralesional infiltrations can prevent amputation in patient with advanced diabetic foot wounds. *Int Wound J*. 2006; 3:231-9.
15. Gimeno Orna JA, Boned Juliani B, Lou Arnal LM, Castro Alonso FJ. Factores relacionados con el control glucémico de pacientes con diabetes tipo 2. *An Med Interna (Madrid)*. 2003;20:122-6.
16. Rivero Fernández, F.; Conde Pérez, P.; Vejerano García, P; Socarrás Olivera, N.: Comportamiento del pie diabético en el hospital. Experiencia de 10 años. *Rev. Cubana Áng. Cir. Vasc*. [Seriada en línea] 2003 Ene-Jul; 4(1) Disponible en URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol4\(1\).html](http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol4(1).html) [consultada: 24 de septiembre 2006]
17. Franco Pérez, N, Valdés Pérez, C, Lobaina González, R, Inglés Maury, N.: Comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en pacientes con pie diabético. *Rev. Cubana Áng. Cir. Vasc* [Seriada en línea] 2001 Ene-Jul; 2(1). Disponible en URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol2\(1\).html](http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol2(1).html) [consultada: 24 de septiembre 2006]
18. International Working Group on the Diabetic Foot. International Consensus on the Diabetic Foot. Brussels, Bélgica, 1996.
19. Alleyne, G. Declaración de las Américas sobre la diabetes. *Panam Health Org Bull*. 1996; 30(3) 261-5.
20. Alleyne, G. Declaración de las Américas sobre la diabetes. *Panam Health Org Bull*. 1996; 30(3) 261-5.
21. Díaz, O. Epidemiología de la diabetes en Enfermedades crónicas no Transmisibles. La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación. 1992. 4853.
22. Martorell A. *Angiología*. Madrid: Salvat Editores; 1967. p. 45-79.
23. Zangronis L, Gallardo U, Puentes I, Rubio Y, Castro J. Prevalencia de las enfermedades vasculares periféricas en miembros inferiores de pacientes con diabetes mellitus. *Rev Cubana Ang Cir Vasc*. 2005; 6(1). <http://www.juventudrebelde.cu/suplementos/en-red/2010-09-25/biotechnologia-cubana-cambio-de-un-paradigma/>

ANEXOS

Gráfico #1. Distribución de los pacientes según grupos de edades y sexo.



Fuente: Base de datos de Heberprot-P.

TABLA #1. Distribución de los pacientes según el tipo de diabetes. Servicio de Angiología de Cienfuegos.

TIPO DE DIABETES	No	%
1	59	1.7
2	3400	98.3
TOTAL	3459	100

Fuente: Base de datos de Heberprot-P

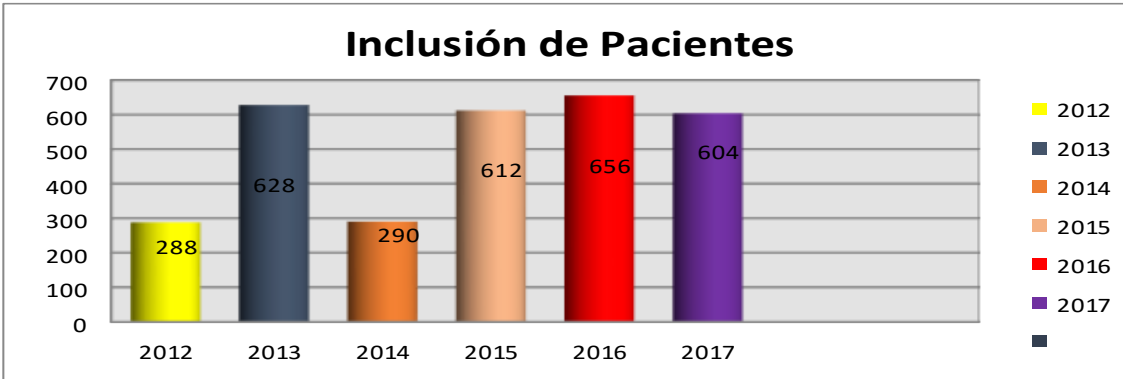
TABLA #2. Distribución de los pacientes según la clasificación del pie diabético. Servicio de Angiología de Cienfuegos

CLASIFICACION DEL PIE DIBETICO	TOTAL	
	NO	%
NEUROINFECCIOSO	2500	72.3
ISQUEMICO	959	27.7

TOTAL	3459	100
--------------	-------------	------------

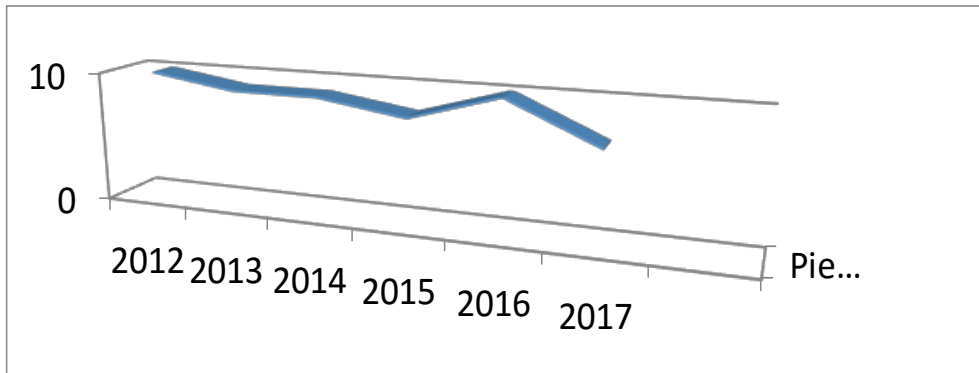
Fuente: Base de datos de Heberprot-P

Gráfico #2. Inclusion de pacientes por años. Servicio de Angiología de Cienfuegos



Fuente: Base de datos de Heberprot-P

Gráfico #3 Comportamiento de las amputaciones por años. Servicio de Angiología de Cienfuegos



Fuente: Base de datos de Heberprot-P

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ECUADOR CON PARTICIPACIÓN DE PROFESORES CUBANOS.

Autores: Dr. Rubén Darío García Núñez, rubengn@jagua.cfg.sld.cu, facultad de ciencias médicas de Cienfuegos, Cuba, MSc. en Educación Médica Superior.

Dra. María Aurelia San Juan Bosch, vra@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Vicerrectora Académica, MSc. en Educación Superior.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud es la estrategia idónea para el desarrollo de los sistemas de salud y requiere de recursos humanos idóneos. En Ecuador, como parte de las transformaciones de la revolución ciudadana, se desarrolla la Atención Primaria de Salud, y con ello, la formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria con la colaboración de profesores cubanos. El objetivo de este trabajo consiste en describir la estrategia de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador. Partiendo del perfil de egreso se desarrolla un programa de posgrado con una duración de 3 años, que fundamenta su malla curricular y su metodología pedagógica en 2 enfoques principales: el constructivista y el sistémico complejo. Los principales escenarios de formación son los centros de salud de la Atención Primaria, donde se integran de manera efectiva la docencia, la investigación, la gestión y el servicio, contribuyendo al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud. La malla macro y mesocurricular está compuesta por ejes curriculares diacrónicos y sincrónicos que determinan las unidades curriculares organizadas en 24 asignaturas. Se utilizan diferentes formas de enseñanza como la educación en el trabajo, las rotaciones hospitalarias, las guardias médicas y las clases. Este programa de especialización está encaminado a lograr especialistas integrales con altos valores humanos y calidad científica que permitan fortalecer la Atención Primaria de Salud y modificar el cuadro de salud existente con eficiencia, efectividad y satisfacción de la población.

DeCS: Atención Primaria de salud, Medicina familiar y comunitaria, Educación de posgrado.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) debe ser parte del desarrollo de los sistemas de salud, pues se considera la estrategia más adecuada para mejorar sostenible y equitativamente la salud de los pueblos.

Para un buen desempeño de la APS es imprescindible la formación de los recursos humanos idóneos tanto en calidad como en cantidad, haciéndose necesario el desarrollo de la medicina familiar como la especialidad médica efectora de la APS, que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y el individuo, y que tiene como base el método clínico, epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y sociales.^{1,2}

En el Ecuador, tanto la Constitución política³ como el *Plan de Desarrollo para el Buen Vivir*⁴, establecen que la estrategia de APS, debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la red pública integral de salud. Esto implica la reorientación del modelo de atención hacia el fortalecimiento de la promoción y la prevención, implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, reconociendo y dando repuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial.

Para satisfacer las demandas en salud de la población, el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador planteó la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) y la creación de equipos de atención integral de salud.⁵

Ante este reto, el sistema de salud se propuso impulsar la formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria con el propósito de incrementar la calidad del talento humano en este nivel de atención y así lograr cumplir con calidad los objetivos del modelo de atención.

En Ecuador se inicia la formación de especialistas en Medicina Familiar en el año 1987 con la implementación del primer programa de la especialidad, con sede en el Hospital "Vozandes" de la ciudad de Quito y el aval académico de la Universidad Católica de Cuenca. Un año después, en 1988, se fundó la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, sociedad científica que aglutina a los médicos de familia del país y es miembro activo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA).⁶

Después de 23 años de especialización en Medicina Familiar el país contaba con más de tres centenares de médicos de familias formados en el país y en el extranjero, lo que resulta insuficiente para enfrentar los nuevos retos propuestos por la Revolución Ciudadana en relación con la salud y específicamente con el desarrollo de la APS. Esto llevó a que se firmara un acuerdo ministerial entre Cuba y Ecuador donde los profesionales cubanos con su experiencia participaran directamente en la formación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

El objetivo de este trabajo consiste en describir las características del programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador, donde participan profesores cubanos.

DESARROLLO

Actualmente el programa de esta especialidad es de prioridad y alcance nacional, que en convenio con el MSP es implementado por las universidades que han participado en programas de formación de médicos familiares y en universidades en cuyos territorios existen las condiciones necesarias para su implementación. Es un programa paradigmático e histórico, con una malla curricular única, que permitirá apuntalar el Modelo de Atención Integral de Salud en el sistema público de salud en busca del buen vivir.

Los profesionales cubanos en el marco de la cooperación médica en Ecuador trabajaron en el diseño del programa de Medicina Familiar y Comunitaria conjuntamente con profesores de 8 universidades ecuatorianas, autoridades del MSP del Ecuador, y la Sociedad de Medicina Familiar, quedando establecido que el parámetro de referencia para la formación de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, es el MAIS-FCI. Para el diseño del programa se realizaron diferentes talleres con una amplia participación y toma de decisiones de forma consensuada entre todos los participantes.⁷

Este programa se encuentra en ejecución y los profesores de la cooperación médica cubana participan en la formación de los especialistas en 3 universidades: Universidad Técnica de Ambato (UTA), Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH) y la Universidad Católica Santiago de Guayaquil (UCSG) y 5 provincias: (Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Napo y Guayas).

El perfil de egreso concibe al Médico Familiar y Comunitario como un especialista que brinda atención de salud integral al individuo, familia y comunidad, utilizando la estrategia de APS, con enfoque familiar, comunitario, intercultural, generacional, de género y de derechos, con el fin de promover salud, prevenir enfermedades, tratar y rehabilitar a las personas y familias, para mantener e incorporar a las mismas al buen vivir, en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales. Responde a la necesidad de implementar en el nivel ambulatorio de atención el modelo integral de atención del sistema nacional de salud que busca alcanzar el buen vivir para la población ecuatoriana.^{8,9}

Este perfil responde a los requerimientos al puesto del especialista en Medicina Familiar, aceptado para el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Relaciones Laborales, además toma en cuenta los acuerdos de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF), la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), y la Asociación Mundial de Médicos Familiares (WONCA). En él se detallan las cuatro competencias específicas del Médico Familiar para el Ecuador y los veintiún resultados/logros de aprendizaje del perfil.⁹

El programa de especialización fundamenta su malla curricular y su metodología pedagógica en 2 enfoques principales: el constructivista y el sistémico complejo. El enfoque constructivista concibe las competencias como actuaciones ante dificultades del entorno social, laboral e investigativo. Es por ello que desde este enfoque se le da mucha importancia al estudio de las dificultades de los contextos (casos problema) para establecer las competencias que deben desarrollar los estudiantes. Se trata de un proceso constructivo interno y un proceso de reorganización cognitiva mediante la interacción social y del objeto de conocimiento. Se valida la experiencia como fuente principal del proceso de aprendizaje hacia el cambio del significado de dicha

experiencia. El enfoque sistémico complejo concibe las competencias como procesos complejos, tejidos por el ser, el hacer y el conocer, ante problemas del contexto, con compromiso ético e idoneidad, en el marco de situaciones cambiantes.⁹

Los ejes esenciales que sustentan el modelo educativo del posgrado de *Medicina Familiar y Comunitaria* son: la andragogía, el aprendizaje significativo, el aprendizaje continuo y el uso de tecnologías de comunicación e información.

El programa de formación tiene una duración de 3 años, conformado por 6 niveles de 6 meses de duración cada uno y destinado a médicos generales graduados con título registrado en la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y el MSP, que laboren en alguna de las instituciones pertenecientes al ministerio.

Los escenarios de formación son los centros de salud de la APS pertenecientes al MSP acreditados como unidades asistenciales docentes (UAD), donde cada estudiante tiene asignado un sector o comunidad con un determinado número de familias e individuos, desarrollando las actividades docente-asistenciales, investigativas y de gestión que le son asignadas. Los hospitales acreditados para la docencia en menor por ciento también constituyen escenarios de formación.

En correspondencia con la problemática de salud de la población ecuatoriana el objetivo es la formación de médicos especialistas que contribuyan a la transformación de la realidad de la salud local y del país, al brindar atención de salud integral al individuo, familia y comunidad, utilizando la estrategia de atención primaria de la salud, con enfoque familiar, comunitario e intercultural.⁹

Esto conlleva que los profesionales incorporen a la práctica médica una visión integral y de compromiso social, basada en la investigación y reflexión de la realidad epidemiológica local y nacional, elevando la competencia técnico-científica, ampliando su capacidad de resolver el 80% de los problemas biológicos del contexto epidemiológico, así como los problemas psicológicos y sociales, individuales familiares y comunitarios.

Para cumplir con estos propósitos se hace necesario ampliar la capacidad de liderazgo y trabajo en equipo, integrando de manera efectiva la docencia, la investigación, la gestión y el servicio, lo cual contribuirá al desarrollo del MAIS-FCI. La malla macro y mesocurricular está compuesta por ejes curriculares diacrónicos y sincrónicos.

Los ejes curriculares diacrónicos están conformados por 4 componentes fundamentales:

a) Formación integral: aporta elementos epistemológicos, filosóficos, de investigación y posicionamiento crítico, que permitan enfrentar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con un enfoque biopsicosocial y ecológico.

b) Salud familiar y comunitaria: aporta con los principios conceptuales de la disciplina y sus instrumentos, en el contexto de la APS como estrategia base del MAIS-FCI.

c) Profesional: Medicina Familiar y Comunitaria: aporta con las competencias necesarias para el ejercicio profesional.

d) Investigación, docencia, gestión y servicio: contribuye con competencias para el conocimiento y la transformación de la realidad de la salud.

Los ejes curriculares sincrónicos se fundamentan en la evolución del ciclo vital de la familia y contribuyen con competencias específicas para resolver problemas de salud de todos los miembros de la familia en cada etapa del ciclo vital familiar, además

colabora con competencias en los otros ejes diacrónicos con complejidad y responsabilidad creciente. Estos ejes son:

1. Introducción a la comunidad.
2. Familia en formación y familia que espera.
3. Familia con niños y adolescentes.
4. Familia con adultos jóvenes.
5. Familia con adultos medianos y maduros.
6. Familia con adultos mayores.

A partir de la interrelación de estos ejes se organizan las unidades curriculares en 24 asignaturas distribuidas en los 6 niveles que son: Ética I y II, Desarrollo del Pensamiento I, II, III, IV, Salud Familiar y Comunitaria I, II, III, IV, V, VI, Medicina Familiar y Comunitaria I, II, III, IV, V, VI e Investigación y Gestión en Salud I, II, III, IV, V, VI. Cada asignatura tiene su programa de estudio donde se define el objetivo general con los resultados de aprendizaje y nivel de desarrollo de los mismos, los contenidos agrupados en unidades y temas y su relación con las estrategias didácticas y resultados de aprendizajes, la metodología y recursos para su desarrollo, las evaluaciones frecuentes, parciales y finales y la bibliografía.

Partiendo del principio de la integración docencia-asistencia-investigación, este programa cuenta con un sólido componente investigativo que tiene como objetivo lograr que los estudiantes lideren y trabajen en equipo, diseñen, planifiquen, ejecuten y evalúen proyectos de investigación y de intervención para mejorar la calidad de vida de la familia y la comunidad. Se fundamenta en dos acciones esenciales del médico familiar, que son en primer lugar la atención organizada a la salud materializada en el proceso de dispensarización que le permite el registro, agrupamiento y control de las personas y familias a él asignadas, facilitando la observación e intervención permanente y dinámica de individuos y grupos con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva.

En segundo lugar el Análisis de la Situación Integral de Salud que representa un enfoque de la situación de salud poblacional a partir de los perfiles de morbilidad y mortalidad, elementos socioeconómicos y de organización de los servicios como eje conductor de su desarrollo, con un enfoque multisectorial resultado de la acción de los diferentes actores sociales en la identificación, priorización y solución de los problemas de salud.

En el proceso de especialización el estudiante desarrolla una investigación científica que inicia con la elaboración del proyecto de investigación y finaliza con la presentación y discusión del informe final, lo que constituye un requisito indispensable para la obtención del título de especialista. Es requisito indispensable que se presente el artículo científico antes de la exposición de la tesis y el mismo debe ser enviado a una revista de impacto nacional o internacional.

Durante el postgrado se utilizan diferentes formas de enseñanza, siendo la fundamental la educación en el trabajo mediante la tutoría en el servicio y en las actividades en la comunidad, con el acompañamiento presencial del tutor como mínimo una vez por semana. La educación en el trabajo tiene un objetivo formativo, al desarrollarse en el propio lugar de trabajo aprendiendo con los propios métodos de la profesión y un objetivo económico, pues contribuye a satisfacer las necesidades de salud de la

población. También realizan guardias médicas con una duración de 12 horas semanales en los servicios de urgencias de las unidades asistenciales docentes.

Durante su formación está establecido el trabajo tutorado hospitalario durante el cual los estudiantes realizan rotaciones de 2 meses de duración por los servicios de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Emergencias Médicas.

Estas rotaciones se realizan a partir del segundo nivel en correspondencia con la etapa del desarrollo del ciclo vital que se aborda en las asignaturas de Medicina Familiar y Comunitaria. El tiempo en los hospitales es utilizado para la asistencia directa a los pacientes internados, la realización de pases de visitas, presentación y discusión de casos y otras actividades académicas. Se complementa con la realización de turnos de guardia de 12 horas en los servicios de emergencias de estas especialidades.

A las actividades docentes teóricas en las aulas se les destina un tiempo de 8 horas semanales, e incluye el aprendizaje basado en problemas, conferencias, talleres, seminarios, discusiones grupales entre otras y los cursos de Soporte vital avanzado en obstetricia y fundamentos de soporte de medicina crítica para la APS.

El programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria se caracteriza por el vínculo laboral directo, una mayor independencia en el aprendizaje y en actividades concretas de trabajo, la eficiencia laboral, pues se evalúan constantemente las competencias y desempeño laboral, respondiendo a parámetros máximos de exigencia, amplio desarrollo científico técnico e investigativo, obtención de experiencia, desarrollo de la creatividad y producción de conocimientos.

CONCLUSIONES

El programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador está encaminado a lograr especialistas integrales con altos valores humanos y calidad científica, que permitan fortalecer la estrategia de la APS y modificar el cuadro de salud existente con eficiencia, efectividad y satisfacción de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urquiza R, Coppolillo F, Jure H. Avances de la Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica: V Cumbre de WONCA Iberoamérica CIMF y la Carta de Quito. Archivos de Medicina Familiar y General. [revista en la Internet]. 2014 [citado 03 Nov 2014];11(1):33-38. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/150/132>
2. PadulaMI. Estado y avances de la salud familiar en Latinoamérica y el Caribe desde la mirada de la Confederación Ibero Americana Familiar (CIMF). Medwave. [revista en la Internet]. Ene-Feb 2013 [citado 15 Nov 2014]; 13 (1). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5614>
3. Asamblea Constituyente 2008. Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro, Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008. [actualizado 13 Jun 2013; citado 15 Nov 2014]. Disponible en: <http://guiaosc.org/wp-content/uploads/2013/06/ConstitucionEcuador2008.pdf>
4. República del Ecuador. Plan Nacional de Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017: Todo el mundo mejor. Quito, Ecuador: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES, 2013. [citado 15 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/>
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013.
6. Romero N, Díaz R, Tinoco E, Valle M. La medicina familiar en Ecuador. Atención Primaria. [revista en la Internet]. 2006 [citado 15 Nov 2014]; 38 (9): 515-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-medicina-familiar-ecuador-13095057>
7. Ortiz García M, Jimenez Armada J, Gafas González. Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador. Docentes cubanos participantes en su diseño y ejecución. III Jornada de Educación Médica [Internet]. Habana, 2013. [citado 19 Nov 2014]. Disponible en: <http://edumedhabana2013.sld.cu/index.php/edumedhabana/2013/paper/view/282>
8. Henríquez Trujillo R, Sánchez del Hierro G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso. RevMedVozandes. 2011,22(1):5-8.
9. Díaz Bolaños CR. Posgrado Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2012.

TÍTULO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA MUJERES NEGADAS A REALIZARSE LA CITOLOGÍA VAGINAL. ÁREA V. CIENFUEGOS. 2016

Autores:

Linsay Ignacia Hamaty Segrera, e-mail linsayhs880509@minsap.cfg.sld.cu ,
Hospital General Universitario Dr. "Gustavo Aldereguía Lima", Cuba, MSc.

José Aurelio Díaz Quiñones, e-mail diazquinonesj@gmail.com , Universidad de
Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, DrC.

Yamila Ramos Rangel, e-mail psicologia6003@ucm.cfg.sld.cu , Universidad de
Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, MSc.

Resumen

La prueba citológica es primordial para el diagnóstico oportuno del cáncer cervico-uterino; practicarse este examen estará mediado entre otros aspectos por las creencias en relación al mismo. Con los objetivos de desarrollar un instrumento para caracterizar a las mujeres negadas a realizarse la prueba citológica y proponer un programa de intervención psicoeducativa para influir en aspectos cognitivos, motivacionales afectivos y comportamentales en estas mujeres en el Policlínico Área V del municipio de Cienfuegos, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de mujeres negadas a realizarse la citología. Se emplearon métodos del nivel teórico, empírico y estadísticos. Se diseñó, validó e implementó una guía de entrevista semiestructurada. Las pacientes estudiadas se caracterizaron por: edad de 50-59 años, nivel medio superior de escolaridad, amas de casa, casadas, tiempo pendiente de realización de la citología diverso, conocimiento insuficiente del cáncer de cuello uterino y la prueba citológica, ausencia de susceptibilidad percibida, valoración de la enfermedad como maligna, combinación mixta de creencias, de expresiones valorativas y de barreras internas sobre la enfermedad y las consecuencias de la no realización del examen, percibieron beneficiosa la prueba citológica y autoeficacia para su realización, la aparición de síntomas fue la principal señal para la acción. Desde esos resultados se diseñó y validó por expertos un programa de intervención psicoeducativa. Se concluye que la entrevista aplicada permitió caracterizar a las mujeres estudiadas profundizándose en la interpretación de sus creencias a partir de lo cual se diseñó y validó el programa de intervención psicoeducativa que fue considerado muy pertinente para el logro de los objetivos propuestos.

Palabras claves: cáncer de cuello uterino, prueba de Papanicolaou, entrevista, estudios de intervención.

Introducción

En el marco de la actual transición epidemiológica, las enfermedades infecto-contagiosas han sido desplazadas por las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyendo una de las primeras causas de morbimortalidad a nivel internacional y en nuestro país. Entre estas enfermedades se encuentran las cardiovasculares, la diabetes mellitus y las neoplasias malignas, lo que constituye un reto para las ciencias médicas, que debe ser analizado con un enfoque preventivo.

En relación con las neoplasias malignas, desde las primeras descripciones acerca de su clínica, morbimortalidad y otros aspectos de interés pronóstico y terapéutico, reseñados ya en los hallazgos egipcios en el papiro de Smith y de Ebers, la situación se ha tornado mucho más comprometedor, existiendo datos estadísticos que lo confirman, como los de la Organización Mundial de Salud (OMS) que estimó que en el 2005 murieron por neoplasias malignas cerca de 7,6 millones de personas y que en los próximos 10 años morirían 84 millones más. ^{(1) (2)}

En el caso particular del cáncer de cuello de útero, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se diagnostican 500 000 nuevos casos y mueren más de 550 000 mujeres. Esta neoplasia maligna es la segunda más frecuente en mujeres según estadísticas internacionales y es la causa más importante de años de vida perdidos en mujeres de América Latina y el Caribe,

regiones donde se concentran el 13% de los casos y el 12% de las muertes que ocurren anualmente en el mundo. ⁽³⁾ ⁽⁴⁾

En Cuba durante el año 2015, los tumores malignos fueron la segunda causa de muerte con un total de 24 131 defunciones. Atendiendo al sexo femenino, los tumores malignos del cuello de útero constituyeron la quinta causa de morbilidad cobrando la vida a un total de 465 mujeres ⁽⁵⁾

El cáncer se ha convertido en un problema de salud pública por las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Desde hace mucho tiempo existen pruebas de tamizaje que permiten su detección oportuna, siendo la citología cérvico - uterina la que ha tenido gran aceptación en la práctica debido principalmente a su reproductibilidad y bajo costo, constituyéndose en una importante vía para reducir la mortalidad por cáncer de cérvix. ⁽⁶⁾

En Cuba desde 1968 se estableció el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico-Uterino, actualizado en el 2001, cuyo objetivo es disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad oculta por cáncer del cuello del útero mediante la detección de éste en etapas más tempranas, lo que permite una terapéutica precoz y eficaz. Su universo es la población femenina, a partir de los 25 a 64 años, que haya tenido una vida sexual activa y pretende una cobertura del 100%. No obstante, su influencia en el descenso de los indicadores de morbilidad y mortalidad aún es limitada. ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾

Desde tiempos inmemoriales la salud ha constituido un elemento esencial y de valor inestimable en la vida de las personas. Habitualmente se incluye como uno de los componentes de la felicidad personal. Diferentes autores han realizado aportes teóricos a la conceptualización del término salud como al binomio salud-enfermedad. ⁽¹²⁾ En relación con las esencialidades del primer término, o sea la salud, se plantean para su comprensión, condicionantes biológicas, sociales, psicológicas y racionales

En el aspecto psicosocial se imbrica todo el mundo cognitivo, afectivo y valorativo y se constituye en un importante determinante de sus conductas y actitudes frente a la salud y a la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de las personas solamente demandan de los servicios de salud cuando enferman, obviamente para ser curados, dejando rezagada la visión preventiva de la enfermedad lo que favorece que aumente la mortalidad por esta causa.

En este sentido resulta pertinente comprender los motivos por los cuales los individuos asumen o no comportamiento predisponentes a la salud o a la enfermedad y un elemento a tener en cuenta son las creencias, ya que tienen una participación especial en la determinación del comportamiento por lo que son un componente esencial a tener en consideración en cuestiones como los hábitos, costumbres, toma de decisiones y la adherencia a los tratamientos. Por ende las creencias que asumen los individuos vinculadas a la salud deben ser siempre tomadas en consideración.

Los aportes que la Psicología como ciencia puede realizar al ámbito de la salud son abundantes, por lo que se han desarrollado algunos modelos que pretenden explicar porqué las personas asumen conductas predisponentes a la salud o a la enfermedad. Entre estos modelos está el de Creencias en Salud (MCS), que estudia la influencia de las creencias en las conductas de salud y cómo se relacionan con la ejecución de dichas conductas. Las creencias, al

igual que otros elementos de la cultura, se desarrollan por medio de complejos procesos mediante los cuales, el conocimiento puede ser construido y modificado bajo la influencia de hechos, acontecimientos y experiencias de las personas. ⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾

En relación con el cáncer de cuello cervico-uterino, es importante señalar que su diagnóstico puede realizarse en etapas iniciales de la enfermedad mediante la realización de la prueba citológica, permitiendo que se asuman conductas de salud en función de un tratamiento oportuno. Nuestro Sistema Nacional de Salud Pública cuenta con la fortaleza de tener implementado el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico-Uterino, ofreciéndoles a las féminas cubanas la posibilidad de la realización de la prueba citológica sistemáticamente. Aun así, en nuestra área de salud existen mujeres negadas a que se les realice este estudio, por tanto se infiere una contradicción entre la existencia de un programa nacional que establece estrategias, actuaciones y acciones, pero que a la luz de los resultados actuales las mismas resultan insuficientes, fragmentadas, no personalizadas y se hace necesario precisar las particularidades psicológicas (cognitivas, conductuales y motivacionales afectivas) de este grupo de mujeres y a la luz de esos conocimientos diseñar de una intervención psicoeducativa. Se considera necesario realizar una investigación que aborde esta temática con una mirada que integre de manera dialéctica esas particularidades psicológicas desde un referente teórico integrador, en el análisis del comportamiento, teniendo en cuenta las coordenadas directrices del desarrollo humano en un contexto socio histórico y cultural.

Esta contradicción lleva a la formulación del siguiente **problema científico**

En el Área V del municipio de Cienfuegos no se realizan intervenciones psicoeducativas que estructuren de manera integral aspectos cognitivos, afectivos motivacionales y comportamentales acerca de las creencias en salud sobre la prueba citológica y el cáncer cérvico-uterino cuyos indicadores estén sustentados científicamente desde instrumentos indagatorios de datos profundos y detallados de las creencias en salud de mujeres negadas a realizarse dicho examen.

Objetivos

1.- Desarrollar un instrumento para caracterizar a las mujeres negadas a realizarse la prueba citológica en el Policlínico Área V del municipio de Cienfuegos.

2.- Proponer un programa de intervención psicoeducativa para influir en aspectos cognitivos, motivacionales afectivos y comportamentales en mujeres negadas a realizarse la prueba citológica.

El informe de la investigación se estructura en la introducción, un primer capítulo referido al marco teórico del estudio, un capítulo donde se explicita el diseño metodológico y el capítulo tercero dedicado al análisis y discusión de los resultados, las conclusiones y recomendaciones. Al final se exponen las referencias bibliográficas y los anexos.

Desarrollo

Diseño metodológico

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Policlínico Docente

Universitario “Manuel Piti Fajardo”, Área V del municipio Cienfuegos, durante el período de tiempo comprendido entre el 1ro de noviembre del 2015 y el 31 de marzo del 2016. La investigación se estructuró en dos etapas.

1.- **Etapas número 1** dirigida al diseño y validación de un instrumento para caracterizar a las mujeres negadas a realizarse la prueba citológica y su aplicación y valoración de los resultados obtenidos.

2.- **Etapas número 2** orientada al diseño y validación por expertos de un programa de intervención psicoeducativa.

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada que incluyó las dimensiones de conocimientos respecto al cáncer de cuello de útero y la prueba citológica, así como las seleccionadas del modelo de Creencias en Salud. El instrumento se sometió a la validación de contenido, apariencia y factibilidad según los criterios de Moriyama y además por criterio de expertos.

Se diseñó un programa de intervención psicoeducativa tomando en consideración los resultados obtenidos a partir de la aplicación práctica de la guía de entrevista, el cual fue validado según criterio de expertos

Se emplearon métodos del nivel teórico, empírico y estadísticos. Se tomaron en consideración durante el curso de la investigación los aspectos éticos.

Resultados y discusión

Se diseñó y validó una guía de entrevista semiestructurada para caracterizar a las mujeres negadas a realizarse la citología vaginal. (Anexo 1) Los expertos evaluaron el 62,5% de los aspectos de muy adecuado y solamente el 37,5% recibieron el calificativo bastante adecuado. Atendiendo a la evaluación de cada uno de los ítems del instrumento se evidenció que el 92,6% de los mismos fueron evaluados por los expertos con puntuaciones entre 4 y 5, solamente dos recibieron evaluación de 3 puntos y las desviaciones estándar calculadas son muy pequeñas, menor que 1.

En las féminas investigadas predominó el grupo etario de 50- 59 años, nivel medio – superior de escolaridad, que se desempeñan como amas de casa, con estado civil casadas; mientras que el tiempo pendiente sin realización de la citología vaginal se mostró diverso, aunque existió un discreto predominio del periodo de tiempo de 3 a 6 años representando el 33,33%.

Prevalcieron los conocimientos insuficientes en relación al cáncer de cuello de útero y la prueba citológica. Este resultado se corresponde con los de dos investigaciones realizadas en nuestro país. Una titulada “Intervención educativa en mujeres con citologías alteradas negadas al seguimiento en patología de cuello uterino”, donde se determinó que atendiendo al nivel de conocimientos predominó la evaluación de mal en el 60,7% en la muestra estudiada. ⁽¹⁵⁾ El otro estudio se desarrolló en la provincia de Villa Clara, municipio de Placetas donde de 467 mujeres, solo 120 poseían un conocimiento adecuado en relación al cáncer de cuello de útero. ⁽³⁾

La ausencia de la susceptibilidad percibida y la valoración del cáncer de cuello de útero como maligna y grave, así como la combinación de expresiones valorativas para su descripción.

Las valoraciones que hacen las féminas de la enfermedad y su sistema de creencias en general, están muy relacionadas con el sentido que le atribuye a la enfermedad, generalmente vinculada con la muerte y el sufrimiento. ⁽¹⁶⁾

Los avances científico- técnicos de las ciencias médicas para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por cáncer son verdaderamente alentadores y están orientados a realizar diagnósticos más oportunos en función de tratamientos médicos menos agresivos para el aumento de la esperanza de vida de estos pacientes. Aun así por lo general, esta entidad clínica maligna es asociada por la población al sufrimiento, el dolor, las mutilaciones, la discapacidad y la muerte, es decir a las pérdidas, lo que pudiera mediar la valoración de grave y maligna como resultado de este estudio.

En este grupo de mujeres las consecuencias de padecer cáncer de cuello de útero referidas con mayor frecuencia fueron: en las psicológicas, las afectaciones afectivas; en las sociales las afectaciones familiares y en las médico –clínicas la muerte. Se evidencia la combinación de creencias percibidas en las tres categorías predominando la combinación mixta de creencias en el 95.83%. Asumiendo que el hombre (en el sentido genérico) es un ser biopsicosocial, nos invita a realizar un análisis integral e interrelacional del hombre; de lo que se desprende que la afectación en cualquiera de sus esferas, en este caso biológica (el cáncer como patología orgánica) acarrearán alteraciones en el resto de sus áreas de desarrollo.

Este dato se pudo obtener de comentarios como:

...”Puedo morir y los tratamientos médicos son peores, pueden ser los sueros. Me sentiría muy mal, deprimida, ansiosa, muy preocupada por mi niño, estresada...”

...”Todo se afecta, todo cambia, la familia el trabajo, te deprimen, las pruebas que te hacen, la cantidad de turnos médicos. Es terrible, no tiene comparación ni con el SIDA, porque con SIDA la gente vive una bola de años...”

...”Claro que si te afectan en todos los sentidos, sobretudo la familia. Psicológicamente te deprimen, te agotan los tratamientos, las reacciones de los tratamientos, se te cae el pelo con los sueros, tienes que dejar de trabajar si fuera el caso...”

...”Te puedes morir, te operan y te vacían, siempre lo que más se afecta es la familia que sufre lo que le pasa al enfermo que coge cama y se siente triste y ansioso...”

El diagnóstico tardío y la causa de muerte fueron los aspectos más representativos atendiendo a la severidad respecto a la no realización de la prueba citológica y el 62,50 % de las pacientes combinaron expresiones valorativas.

La mayoría de las féminas investigadas perciben como beneficioso la realización sistemática de la prueba citológica; reportan el mayor número de barreras en la categoría internas, siendo la más frecuente la no percepción de síntomas referido por el 66,67 %; se perciben con autoeficacia para la

realización de la prueba citológica y la aparición de síntomas fue la principal señal para la realización del mencionado examen diagnóstico.

Se diseñó y valoró por expertos un programa de intervención psicoeducativa con el objetivo de influir en aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales en mujeres negadas a realizarse la prueba citológica del Área V del municipio de Cienfuegos. Los principales resultados fueron que el 84,61% de los expertos valoraron como muy adecuada la claridad en la formulación del programa, los aspectos número de sesiones planificadas y temas incluidos en el programa recibieron la calificación de muy adecuado por el 92,30% de los expertos. El 100 % de los expertos estimó muy adecuado la selección de las técnicas utilizadas en cada una de las sesiones diseñadas expresando que se corresponden con los objetivos propuestos.

Conclusiones

Se diseñó y validó un instrumento que fue evaluado con calidad y pertinencia para el estudio de las creencias en salud en relación al cáncer de cuello de útero y la prueba citológica. Su aplicación permitió realizar un diagnóstico mediante la caracterización de las mujeres negadas a realizarse la citología vaginal, pertenecientes al Policlínico Manuel Piti Fajardo en relación a las temáticas antes expuestas. Se diseñó y validó un programa de intervención psicoeducativa con el objetivo de influir en los aspectos cognitivos, motivacionales afectivos y comportamentales de las féminas investigadas, el cual fue evaluado como pertinente y de calidad para los fines que se propone.

Referencias bibliográficas

1. Graña A. Breve evolución histórica del cáncer. Rev Carcinosis [Internet]. 2015[citado 2016 Mar 29]; 5(1): 26-31. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/carcinosis/v5n1_2015/pdf/a06v05n1.pdf
2. Gámez Oliva H, Torres Morales M, Blanco González Y, Lamelas Testa A, Batlle Zamora S, González Díaz Y, et al. Comportamiento de la mortalidad por cáncer en la provincia Artemisa en el año 2012. Rev Cubana Investigaciones Biomédicas [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Abr 14]; 34(4): 357-364. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000400006&lng=e
3. Sureda Peña M, Martínez Cárdenas D. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Medicentro Electrónica [Internet]. 2014 Mar [citado 2016 Mar 29]; 18(1): 36-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100007&lng=es
4. López Machado L, Machado Aleaine R, Prevot Rodríguez Y. La atención primaria como factor fundamental en la prevención del cáncer cervicouterino. Acta Médica del Centro [Internet]. 2014 [cited 2015 May 4]; 8(3):113-116. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/152>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud [Internet]. La Habana: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [citado 16/4/2016]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-

[1.pdf](#)

6. Castillo IY, Aguilar KM, Balaguera D, González HL, Mejía AM. Factores asociados al uso adecuado de la citología cérvico uterina por mujeres de Cartagena (Colombia). Hacia la promoción de salud [Internet] 2013 [cited 2015 May 4]; 18(2):123-134. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n2/v18n2a10.pdf>
7. Ramírez Valle M, Sanabria Negrin José G, Salgueiro Medina Víctor E. Evaluación del programa de detección precoz de cáncer cervicouterino en Consolación del Sur. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Feb [citado 2015 Feb 20]; 17(1):36-48. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15631942013000100005&lng=es
8. Padilla Fernández A, García Martín D, Rodríguez Valdez A, Banguela Marrero B, Sánchez García X. Conocimientos, percepción de riesgo y beneficios de la prueba citológica en mujeres del municipio de Ciego de Ávila. Rev Mediciego [Internet]. 2015 [cited 2015 May 4]; 21(1): Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2015/mdc151f.pdf>
9. Rigol Ricardo O. Santiesteban Alba S. Obstetricia y Ginecología [Internet]. 3th ed. La Habana: Ciencias médicas; 2014 [citado 17 de marzo 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ginecologia_obstetricia_3raedicion/indice_p.htm
10. Ordás González A, García Millan A, Duany-Jame N. Comportamiento del Programa Nacional de Control del Cáncer Cervicouterino en un área de salud de La Habana, Cuba. Panorama Cuba y salud [Internet]. 2012 May [cited 2014 Sep 29]; 7(2):2-7. Disponible en: http://www.panorama.sld.cu/pdf/v7_no2/comportamiento.pdf
11. Libreros Piñeros L. El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2012 [cited 2014 Sep 29]; 38(4):622–628. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21425049013>
12. Reyes Fernández B. ¿Cuál es el aporte de la psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica. Rev Reflexiones [Internet]. 2011 [cited 2014 Sep 29]; 90(1):87–104. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72918776005>
13. Concha P X, Urrutia S T, Riquelme H G. Creencias y virus papiloma humano. Rev. chilena obstetricia. ginecología [Internet]. 2012 [citado 2015 Jul 03]; 77(2): 87-92. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200002>
14. Hernández Martínez Helena. Modelo de creencias de salud y obesidad. Un estudio de los adolescentes de la provincia de Guadalajara [Tesis]. [Guadalajara]: Alcalá; 2010 Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9024/TESIS%20HELENA%20HERNANDEZ%20MARTINEZ.pdf?sequence=1>
15. Gutiérrez Machado M, Suárez González J A, Cabrerías Suárez D. Estrategia de intervención en mujeres con citologías alteradas negadas al seguimiento. Rev

Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Ago [citado 2016 Abr 29]; 37(2): 204-212. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200010&lng=es.

16. Rodríguez Arce M. Como afronto el cáncer. Cuba: Editorial Oriente; 2013: 231p.

Anexo No1: Guía de entrevista semiestructurada validada por expertos

Objetivo: obtener información sobre conocimientos y creencias respecto a la enfermedad de cáncer de cuello de útero y la prueba citológica, de las mujeres negadas a realizarse la prueba citológica, desde la perspectiva del Modelo de Creencias en Salud.

Datos generales:

- Edad:
- Estado civil
- Escolaridad:
- Ocupación:
- Fecha de realización de la última citología vaginal:

Conocimientos respecto al cáncer de cuello de útero y la prueba citológica:

1. ¿Qué conoce usted sobre el cáncer de cuello de útero?
2. ¿Cuáles son los síntomas o señales de esta enfermedad?
3. ¿Qué exámenes se pueden realizar para el diagnóstico de cáncer de cuello de útero en etapas iniciales?
4. ¿Conoce usted de qué forma se realiza la prueba citológica? Si la respuesta es afirmativa explique brevemente.
5. ¿Cuál es la frecuencia con la que se indica la realización de la prueba citológica?
6. Generalmente ¿Cuáles son las recomendaciones médicas previas a la realización de la prueba citológica?
7. ¿Conoce usted que otros diagnósticos son posibles de obtener mediante la realización de este examen?
8. Mencione que factores usted conoce que pueden llevar a la mujer a enfermar de cáncer de cuello de útero?

Susceptibilidad percibida respecto al cáncer de cuello de útero:

9. ¿Considera usted probable que pudiera padecer de cáncer de cuello de útero? ¿Por qué?

Severidad percibida respecto al cáncer de cuello de útero y la no realización de la prueba citológica:

10. Imaginemos que una mujer está padeciendo de cáncer de cuello de útero ¿Se afectaría su vida por esta causa? Si la respuesta es afirmativa ¿En qué sentido?
11. Anímicamente ¿Cómo imagina usted que se sienta una mujer que este enferma de cáncer de cuello de útero?
12. ¿Qué consecuencias le puede traer a una mujer no realizarse sistemáticamente la prueba citológica?
13. Considera usted que el cáncer de cuello de útero es una enfermedad:
 - A. ----- Grave.
 - B. ----- Importante.
 - C. ----- Terrible.
 - D. ----- Maligna.
 - E. ----- Otras ¿Cuáles?

Beneficios percibidos respecto a la realización de la prueba citológica:

14. ¿Qué opinión tiene en relación a la realización sistemática de la prueba citología? ¿Por qué?

Barreras percibidas respecto a la realización de la prueba citológica:

15. De acuerdo a sus valoraciones diga ¿Cuáles son las principales causas por las que una mujer no se realiza la prueba citológica?
16. ¿Considera usted que hacerse la prueba citológica genera desventajas a la mujer? ¿Por qué?
17. ¿Se ha realizado alguna vez la prueba citológica? Si su respuesta es afirmativa: ¿En el plano personal que afectaciones le ha traído a usted realizarse este examen, que en estos momentos se niega a realizarlo?

Autoeficacia percibida respecto a la realización de la prueba citológica:

18. Usted cree que cuenta con la capacidad necesaria para la realización exitosa de la prueba citológica:
 - A. ---- Muy de acuerdo
 - B. ---- De acuerdo
 - C. ---- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - D. ---- En desacuerdo
 - E. ---- Muy en desacuerdo

Señales para la acción (la realización de la prueba citológica):

19. ¿Cuáles cree usted que son las causas que motivan a una mujer a realizarse la prueba citológica?

PROGRAMA DE MAESTRÍA: “ACTIVIDAD FÍSICA Y CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR”

Dr. C. Fernando Jesús Del Sol Santiago. Dr. C. y PT
Universidad de Cienfuegos

RESUMEN

En los momentos actuales una de las principales preocupaciones de los científicos cubanos es con el envejecimiento de nuestra población; según señalan los resultados de la ONEI (2015), la población de Cuba con 60 años y más está en 19.4 %, lo que la ubica en el segundo país más envejecido poblacionalmente de América Latina y el Caribe, además a ello debemos agregar que en las próximas décadas será el país más envejecido de la zona antes mencionada, lo cual hará que se esté viviendo uno de los períodos más complejos en su composición demográfica. El objetivo de la presentación del Programa de Maestría “ACTIVIDAD FÍSICA Y CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR” en este congreso es promover el desarrollo de las habilidades de investigación y competencias profesionales que les permita asumir los retos que le imponen las nuevas exigencias a profesionales, docentes, e investigadores de diferentes ámbitos tan dispares pero a la vez tan cercanos como, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrición y Psicología en el tema del envejecimiento poblacional, visiones diferentes en un espacio común que se define en las nuevas exigencias del entorno en los equipos multi, inter y transdisciplinarios.

Palabras Clave: Envejecimiento, Adulto Mayor, Superación Profesional.

En los momentos actuales una de las principales preocupaciones de los científicos cubanos es con el envejecimiento de nuestra población; según señalan los resultados de la ONEI (2015), la población de Cuba con 60 años y más está en 19.4 %, lo que la ubica en el segundo país más envejecido poblacionalmente de América Latina y el Caribe, además a ello debemos agregar que en las próximas décadas será el país más envejecido de la zona antes mencionada, lo cual hará que se esté viviendo uno de los períodos más complejos en su composición demográfica, según describe un informe de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI, 2015).

El objetivo de la presentación del Programa de Maestría “ACTIVIDAD FÍSICA Y CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR” en este congreso es promover el desarrollo de las habilidades de investigación y competencias profesionales que les permita asumir los retos que le imponen las nuevas exigencias a profesionales, docentes, e investigadores de diferentes ámbitos tan dispares pero a la vez tan cercanos como, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrición y Psicología en el tema del envejecimiento poblacional, visiones diferentes en un espacio común que se define en las nuevas exigencias del entorno en los equipos multi, inter y transdisciplinarios.

El Programa de Maestría ha sido elaborado bajo los enfoques que orientan la acción del envejecimiento de la población cubana en el desarrollo de tres áreas de intervención fundamentales:

- Actividad física orientada a la salud.
- Condición física saludable
- Calidad de vida.

Las aéreas específicas que se plantean tienen su basamento en una dinámica poblacional que sea capaz de garantizar el derecho a un envejecimiento digno, activo, productivo y saludable, temas todos ellos de actualidad en el contexto de la evolución sociodemográfica del país.

El programa se inscribe en el propósito de alcanzar una connotación territorial y nacional que sirva para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento de la población cubana.

Para el desarrollo de este programa de maestría se ha integrado un claustro académico conformado por Doctores en Ciencias (PhD), Profesores Titulares (PT) y Auxiliares (PA), Investigadores y Masters de vasta experiencia profesional y pedagógica y de reconocido prestigio en el asesoramiento, la formación y desarrollo de los recursos humanos en Cultura Física y las Ciencias Médicas, nacional e internacionalmente.

En la Universidad de Cienfuegos, en la Universidad de Ciencias Médicas y en el Servicio de Geriatría del Hospital General-Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos existen reconocidos grupos de investigación científica que colaboran con los proyectos de investigación vinculados al área de conocimiento del programa propuesto.

La solución de los procesos dentro del programa será analizada con un enfoque cultural, social, político, económico, ambiental y tecnológico sustentado en la primacía de los intereses sociales y nacionales sobre los particulares y con actuaciones éticas y morales propias de un Licenciado en Cultura Física.

La aplicación de las teorías más modernas relacionadas con la Cultura Física se fundamentan, en dos pilares conceptuales básicos: la conjugación de la teoría con la práctica y la integración sistémica de los componentes académico, práctico e investigativo.

El diagnóstico de las situaciones existentes y los posibles escenarios futuros de realización, deben estar acompañado con el rigor metodológico que las investigaciones de su campo de acción requieren.

Plan de estudios. Fundamentación teórica y metodológica.

El programa de la maestría se sustenta desde el punto de vista teórico-conceptual en el enfoque histórico-cultural, lo que significa desde posiciones marxistas razonar la esencia del desarrollo humano, en la integración hombre-sociedad, lo cual trasciende al análisis en los modos de actuación del profesional y se enriquece con el análisis que aportan las experiencias educativas cubanas, latinoamericanas y mundiales contemporáneas.

El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, se actualiza cada 5 años y en la actualidad se ha fortalecido y adecuado en respuesta a las necesidades de salud y bienestar de los adultos mayores. El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor cuenta con tres subprogramas: comunitario, hospitalario e institucional; el subprograma comunitario prioriza el perfeccionamiento del trabajo en la atención, sustentados en los equipos multidisciplinares, los cuales utilizan los Círculos y Casas de Abuelos y otras alternativas no institucionales para su evaluación y monitoreo.

El adulto mayor, en cualquier escenario, juega un importante papel en la creación y desarrollo de la familia, los cuales requieren de una atención integral que le permita gozar de una óptima condición física saludable para el logro de una vida plena que le permita insertarse en las diferentes actividades de la sociedad e incidir positivamente en el mantenimiento del equilibrio de ésta.

Se asigna un significado especial a las relaciones existentes entre las dimensiones actividad física y condición física saludable en el adulto mayor, en cuanto a la atención y su carácter holístico, lo cual abre una nueva perspectiva de actuación en el contexto del programa de la Maestría, constituyendo un aporte trascendental en la organización de la actividad cognoscitiva de los maestrantes como elemento que promueve un proceso de formación continuo desde una dimensión integradora, cualitativamente superior a los referentes de la formación inicial.

Los principales presupuestos teóricos que se han tenido en cuenta en la concepción de esta maestría son los siguientes:

- Lo más avanzado del acervo de la actividad física orientada a la salud corroborada por infinidad de documentación científica de un nutrido grupo de investigadores cubanos y extranjeros que vuelcan los esfuerzos en las

dimensiones de la condición física saludable en las personas adultas mayores y en el envejecimiento satisfactorio.

- Una concepción dialéctico materialista en la investigación científica.
- Una concepción histórica social, humanista y ética.
- La vinculación de la teoría con la práctica en la solución de los problemas a la atención del adulto mayor a través de actividades físicas orientada a la salud en la comunidad.
- La aplicación de la vinculación estudio y trabajo como principio de la formación integral y cultural del profesional de la Cultura Física.

Estructura del plan de estudios

La concepción modular en el currículo de la Maestría “ACTIVIDAD FÍSICA Y CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR”, conciben al programa esencialmente formativo en la capacidad de comprensión, profundización y reflexión en su dimensión teórica y en sus expresiones prácticas, en los diferentes campos de acción del profesional, que unido al desarrollo de las habilidades de investigación, le permiten proponer alternativas de innovación en su práctica. Así mismo se concibe el programa de forma general como una reflexión sistemática sobre los problemas teóricos de carácter básico y genérico que conforman la actividad física y la condición física saludable en el adulto mayor.

Los cursos que conforman el primer módulo le permitirán al maestrante:

- Consolidar los conocimientos y perfeccionar las habilidades propias del profesional de la Cultura Física, donde se promueve un análisis al interior del escenario institucional y el escenario áulico, y es a través de su praxis, a partir de una adecuada relación teoría-práctica, que se pueden plantear soluciones a las problemáticas identificadas desde la integración de la metodología de la investigación, informática avanzada, comunicación de los resultados científicos, nutrición en el adulto mayor, fundamentos bilógicos en el adulto mayor, envejecimiento humano: Poblacional e individual y fragilidad en el adulto mayor.
- Profundizar en los conocimientos propios de la profesión para coadyuvar en la formación y desarrollo de la personalidad de los estudiantes, desde las perspectivas antropológica, psicológica y social; serán objeto de estudio algunas características del mundo actual y los desafíos que supone para los docentes transformar al estudiante en sujeto activo de su propio aprendizaje a partir de la comprensión del proceso de formación de su personalidad.

En el segundo módulo, se hace hincapié en los fundamentos cognoscitivos de la actividad física y ejercicio físico orientado a la salud, atención a la discapacidad en el adulto mayor, condición física saludable en el adulto mayor, El ejercicio físico en el adulto mayor con ECNT, recreación física en adulto mayor. Bienestar humano y social, cineantropometría en el adulto mayor, biomecánica en el adulto mayor, sarcopenia en el adulto mayor y la psicología de la actividad Física en el adulto

mayor, que permita a los maestrantes responder a las demandas de los avances científicos y terapéuticos y al perfil epidemiológico de la población adulta mayor cubana en el campo de los niveles de la condición física saludable.

Se valora la importancia de los cursos de Masaje terapéutico, Deporte participativo para adultos mayores, Educación para la salud en los adultos mayores y Thai Chi Chuan-Chi Kungf orientado hacia la calidad de vida, en la gestión en el contexto contemporáneo y se complementarán en la formación académico e investigativa de los maestrantes en correspondencia con los temas que se abordan en la línea de investigación del programa. Por esta razón se proponen como cursos optativos, de los cuales los maestrantes pueden seleccionar dos o, si lo deciden, cursarlos todos, pero solo a efectos del programa se consideran los créditos establecidos al respecto, por lo que los restantes cursos serán considerados de posgrado.

Además, se proponen los cursos desarrollo socio cultural del adulto mayor en el entorno familiar, servicios comunitarios de atención integral a los adultos mayores y gestión de proyectos para la obtención de créditos libres por los que puede optar el maestrante en correspondencia con la temática en que desarrolla la tesis.

Relación de las actividades académicas por horas y créditos

Objetivo general del módulo		
Adquirir actualización en los fundamentos científicos y teóricos básicos que permitan soluciones viables y adecuadas para los desafíos que plantean los adultos mayores en todos los ámbitos del conocimiento.		
MODULO DE FORMACION BÁSICA (I)		
Cursos	Total de horas	Créditos
Metodología de la Investigación.	96	2
La Nutrición en el Adulto Mayor.	96	2
Informática Avanzada.	96	2
Comunicación de los resultados Científica.	96	2
Fundamentos Biológicos en el Adulto Mayor.	96	2
Envejecimiento Humano: Poblacional e Individual.	96	2
Fragilidad en el Adulto Mayor	96	2
Total	672	14

Objetivo general del módulo		
Responder a las demandas de los avances científicos y terapéuticos y al perfil epidemiológico de la población adulta mayor cubana en el campo de los niveles de la condición física saludable.		
MODULO DE FORMACION ESPECIALIZADA (II)		
Cursos	Total de horas	Créditos
Actividad Física y Ejercicio Físico Orientado a la	96	2

Salud.		
Atención a la Discapacidad en el Adulto Mayor.	96	2
Condición Física Saludable en el Adulto Mayor.	96	2
El Ejercicio Físico en el Adulto Mayor con ECNT.	96	2
Recreación Física en Adulto Mayor. Bienestar Humano y Social.	96	2
Cineantropometría en el Adulto Mayor.	96	2
Biomecánica en el Adulto Mayor.	96	2
Sarcopenia en el Adulto Mayor.	96	2
Psicología de la Actividad Física en el Adulto Mayor.	96	2
Total	864	18

Objetivo general del módulo

Profundizar en la formación académica e investigativa de los maestrantes en correspondencia con los temas que se abordan en correspondencia a las líneas de investigación que se propone en el programa.

Cursos de créditos optativos.

Cursos	Total de horas	Créditos
Masaje Terapéutico.	96	2
Deporte Participativo para Adultos Mayores.	96	2
Educación para la Salud en los Adultos Mayores.	96	2
Thai Chi Chuan-chi Kungh orientado hacia la calidad de vida.	96	2

Objetivo general del módulo		
Profundizar en la formación académica e investigativa de los maestrantes en correspondencia con los temas que se abordan en correspondencia a las líneas de investigación que se propone en el programa.		
Cursos de créditos libres.		
Cursos	Total de horas	Créditos
Desarrollo Socio Cultural del adulto Mayor en el Entorno Familiar.	96	2
Servicios Comunitarios de Atención Integral a los Adultos Mayores.	96	2
Gestión de Proyectos.	96	2

Distribución total de horas y créditos en el programa		
Actividades.	Total de horas	Créditos
Módulo I.	672	14
Módulo II.	864	18
Créditos optativos.	192	4
Créditos libres.	96	2
Taller de Tesis.	288	6
Participación en eventos nacionales e internacionales, publicaciones, tutorías de Trabajos de Diploma.	144	3
Desarrollo de la predefensa.	192	4
Desarrollo y defensa de la Tesis.	1296	27
Total de créditos del programa.	3744	78

Sistema de evaluación de la maestría

La evaluación del aprendizaje de los participantes en cada módulo, comprende un proceso formativo, continuo, a través de la evaluación sistemática que se llevará a cabo durante el desarrollo de cada sesión de trabajo en los cursos de la siguiente forma:

- Participación en equipo y en plenaria del grupo-clase.
- Análisis de las actividades de trabajo independiente orientado e interpretación de las mismas mediante reportes o informes, en las fechas y las formas

acordadas para su entrega y los propios debates que se generan en el grupo-clase.

- Exposición, análisis crítico y discusión fundamentada sobre las temáticas abordadas por cada participante que han sido orientadas para el trabajo independiente.
- Defensa o presentación de un trabajo final, en el que se recuperen e integren los contenidos analizados durante el desarrollo del módulo.

La evaluación se concibe como un proceso permanente, crítico y prospectivo donde intervienen todos los actores involucrados en la maestría. Tiene un carácter cualitativo y formativo orientado a fortalecer los aciertos y corregir los errores de las actividades de docencia y de investigación, desde la perspectiva de elevar la calidad del programa de la maestría.

Las formas de promoción de cada contenido a evaluar en los diferentes módulos contribuyen al logro de los objetivos de la maestría mediante seminarios, talleres, análisis y reflexiones críticas y creativas sobre la literatura, trabajos monográficos, exposiciones, presentación de informes, técnicas participativas, elaboración de artículos, ensayos, resúmenes y otras formas de producción científica.

Los Talleres de Tesis desarrollados con el estilo descrito, sientan las bases de un quehacer científico desde el trabajo colectivo, con un enfoque cada vez más interdisciplinario y grupal.

Resulta esencial atender al desarrollo y evaluación de las habilidades comunicativas en dos planos: escrito y oral. Desde el punto de vista escrito es necesario analizar y evaluar como el maestrante es capaz de sintetizar las ideas que va a defender, cómo realiza la valoración crítica de la literatura, con atención a los diferentes enfoques teóricos y a la toma de partido científico, todo lo cual permita que revele el carácter de ciencia de la investigación. En la comunicación oral se debe valorar cómo es capaz de expresar sus ideas con claridad, fluidez y argumentos sólidos, con profundidad y concreción en los análisis, donde demuestre que es capaz de defender, argumentar, explicar, demostrar, aplicar, fundamentar, generalizar, valorar, criticar, los fundamentos que sustentan su investigación científica.

Un elemento a tener en cuenta es la posición científica, que se desarrolla en el futuro máster a lo largo de todo el proceso de formación, esta debe conducir a la interiorización de los fundamentos teóricos que conforman los pilares esenciales de la tesis a defender.

Entre los criterios generales para la evaluación del trabajo en los Talleres de Tesis se encuentran:

I Calidad de la presentación escrita

- Solidez en la fundamentación del trabajo científico.
- Utilización de la literatura científica, diversidad y actualidad.
- Rigor en la recolección e interpretación de los datos.

- Conclusiones y generalizaciones del trabajo.
- Aportes al mejoramiento del proceso docente educativo.

II Calidad en la presentación oral

- Fundamentos y claridad en el lenguaje y fluidez verbal.
- Originalidad y ejemplificación.
- Síntesis y argumentación.
- Uso de recursos gestuales y personales.
- Defensa de criterios.
- Honestidad científica.
- Análisis crítico de lo abordado.

La evaluación final de la Maestría, lo constituye la defensa de la Tesis y para ello se considera si los maestrantes han alcanzado satisfactoriamente los objetivos previstos en el programa. En este proceso se tiene en cuenta que se haya dado solución a las insuficiencias señaladas durante la predefensa, como ejercicio que se presenta ante un tribunal evaluador, asimismo se consideran las evaluaciones de los talleres de tesis realizados, como parte de las acciones encaminadas a garantizar la calidad de los trabajos de investigación.

Comité académico (integrantes).

Coordinador: Prof. Titular. Dr. C. Fernando J. Del Sol Santiago. Lic. Educación. Educación Física.

Prof. Titular. Dr. C. Juan F. Tejera Concepción. Lic. en Educación.

Prof. Titular. Dr. C. Jorge L. Menéndez Díaz. Lic. en Cultura Física.

Prof. Titular. Dr. C. Amado Bode Yanes. Lic. en Cibernética Económica

Prof. Titular. Dr. C. Alexis J. Stuart Rivero. Lic. en Cultura Física.

Prof. Titular. Dr. C. Ovel Mena Pérez. Lic. en Cultura Física.

Prof. Titular. Dr. C. Blas Joel Juanes Giraut. Lic. en Cultura Física.

Prof. Auxiliar. MSc. Jorge Luís Abreu Mora. Lic. en Cultura Física.

Prof. Auxiliar. MSc. Carlos Dauval Borges. Lic. en Educación. Química.

Claustro de profesores del programa

Profesores y tutores.

Prof. Catedrática de Universidad. Dra. C. Leonor Buendía Eisman. Lic. en Educación. Profesora.

Prof. Titular. Dra. C. Miriam Iglesias León. Lic. en Educación. Tutora y Profesora.

Prof. Titular. Dra. C. Ángela Díaz de Villegas. Lic. en Educación. Matemática. Profesora.

Prof. Titular. Dr. C. Amado Bode Yanes. Lic. en Cibernética Económica. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Rafael Tamarit Medrano. Lic. en Educación. Biología. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Eduardo R. Concepción Morales. Lic. en Matemática Aplicada. Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Juan F. Tejera Concepción. Lic. en Educación. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dra. C. Marisol I. Martínez Iglesias. Lic. en Educación. Español-Literatura. Profesora.

Prof. Titular. Dra. C. María Caridad Pérez Padrón. Lic. en Educación. Español. Profesora.

Prof. Auxiliar. Dra. C. Marcia Julia Salt Gómez. Lic. en Educación. Química. Tutora y Profesora.

Prof. Auxiliar. Dr. C. Luís Sánchez Arce. Lic. en Educación. Biología. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Alfredo Alberto Espinosa Roca. Dr. en Medicina. Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Ángel J. Romero Cabrera. Dr. en Medicina. Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Alexis Juan Stuart Rivero. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Armando Pérez Fuentes. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Profesor Titular de Universidad. Dr. C. Daniel Linares Girela. Lic. en Educación Física. Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Jorge Luis Menéndez Díaz. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dra. C. Irma Muñoz Aguilar. Lic. en Educación. Biología. Tutora y Profesora.

Prof. Titular. Dr. C. Desiderio Alberto Sosa Loy. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Prof. Auxiliar. Dr. C. Lexy L. Frutos Figueredo. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Prof. Auxiliar. Dr. C. Bárbaro Oliva Concepción. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Fernando J. Del Sol Santiago. Lic. en Educación. EF. Tutor y Profesor.

Profesor Titular de Universidad. Dr. C. Francisco Cruz Quintana. Profesor.

Prof. Titular. Dra. C. Asunción Milagros Pérez Mariño. Lic. en Educación. Pedagogía-Psicología. Tutora y Profesora.

Prof. Titular. Dr. C. Denis Lara Caveda. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Ovel Mena Pérez. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Carlos E. Terry Rodríguez. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dra. C. Teresa Rodríguez Rodríguez

Dr. C. Juan Eligio López García

Prof. Titular. Dr. C. Fernando Agüero Contreras. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dr. C. Blas J. Juanes Giraud. Lic. en Cultura Física. Tutor y Profesor.

Prof. Titular. Dra. C. Luisa María Baute Álvarez. Lic. en Economía Política y Economía. Profesora.

Prof. Titular. Dra. C. Amarilys Torres Ramírez. Tutora y Profesora.

Prof. Auxiliar. MSc. Carlos J. Dauval Borges. Tutor y Profesor.

Prof. Auxiliar. MSc. Jorge L. Abreus Mora. Tutor y Profesor.



PROGRAMA EDUCATIVO SONRIA FELIZ CON SALUD BUCAL EN GERONTES DE CASAS DE ABUELOS. PROVINCIA CIENFUEGOS

Dra. Teresita de Jesús Barrio Pedraza est5902@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Msc Ciencias, Cuba, Lic. **Esther Barrio Pedraza** Esther@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico. Cuba, MsC. Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Lic. **Lazara García Domínguez** est5903@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, Lic. **Miriam Castellano Castillo** est5909@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba

Resumen

Fundamento: El envejecimiento demográfico es uno de los desafíos más graves a los que se enfrenta la humanidad. **Objetivo:** Evaluar el Programa Educativo Sonría Feliz con Salud Bucal en Adultos Mayores pertenecientes a Casas de Abuelos. **Método:** Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa con diseño de antes y después en 225 gerontes pertenecientes a las Casas de Abuelo de la provincia Cienfuegos, (Palmira, Cruces, Lajas, Abreus, Rodas, Aguada y Cumanayagua), entre los meses septiembre del 2016 a Enero del 2017. La información se obtuvo por medio de encuestas, grupos focales y la observación. Se evaluaron los cambios producidos mediante indicadores: números absolutos, porcentajes y la prueba de McNemar. Para lograr los objetivos trazados se aplicó el Programa de Intervención Educativa Sonría Feliz con Salud Bucal, con técnicas educativas y afectivas- participativas, complementando con el juego didáctico como retroalimentación. **Resultados:** Los métodos cualitativos mostraron la aprobación de toda la audiencia hacia la estrategia aunque hubo mayor aceptación en los gerontes más jóvenes. Los gerontes que tuvieron mayor dificultad en la adquisición del conocimiento se correspondieron con el Municipio Rodas seguido de Palmira. Se aplicó la herramienta del pensar PNI (positivo-negativo- interesante) para evaluar grado de satisfacción de los gerontes con resultados satisfactorios. **Conclusión:** La aplicación del Programa Educativo permitió a los Adultos Mayores aprender acciones de Autocuidado y ser responsables de su salud bucal, lo que les posibilita vivir más años con mayor calidad de vida.

Palabras Claves: Programa Educativo, Gerontes, Salud Bucal, Autocuidado

Introducción

El envejecimiento es un proceso natural de duración variable, homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes, algunos propios del individuo, como los genéticos y otros externos como los ambientales o circunstanciales. Es un proceso que depende del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte.¹ No es un fenómeno exclusivo de la modernidad, puesto que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, sin embargo, en el siglo XXI ha aumentado progresivamente el número de seres humanos que sobrepasan las barreras



cronológicas consideradas por el hombre como ancianidad y que convierte al envejecimiento poblacional en, quizás uno de los retos más importantes para las sociedades modernas. Para el año 2035 el 25 % de la población mundial será mayor de 60 años, sobre todo, en los países industrializados^{2, 3}. Es un hecho comprobado que Cuba está entre los países más envejecidos de Latinoamérica. El 18,3 % de su población, aproximadamente 2 millones 413 92 personas, suman en el calendario 60 años o más⁴⁻⁹. Estos números ponen al Gobierno cubano frente a uno de los desafíos demográficos más difíciles, calificado por el General de Ejército Raúl Castro Ruz como un “asunto serio, que debe analizarse en detalle, profundizar en sus causas y buscar soluciones porque la atención a los ancianos es una prioridad”. Según estadísticas provinciales del 2016 es conocido que en Cienfuegos existe un aproximado de más del 20% de la población de este grupo etáreo^{10,11}. En Cuba, existe el Programa de Atención al Adulto Mayor, en él se recogen las actividades relacionadas con la promoción de salud y la prevención de enfermedades, estas acciones están dirigidas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor que constituye a su vez un grupo priorizado dentro del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población¹²⁻¹⁴. Esto nos lleva a reconsiderar la atención que se está brindando a esta población en cuestión de salud, donde los estilos de vida saludable serán el fundamento de los beneficios con una mejoría en su calidad de vida^{15, 16}.

Todo lo anterior nos motiva a evaluar el Programa de Intervención Educativa Sonría Feliz con Salud Bucal dirigido a elevar los conocimientos sobre salud bucal, en este grupo poblacional para contribuir a cambios de actitud. Ese es el objetivo de esta investigación.

Desarrollo.

I- Método

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención con diseño de antes y después en el período comprendido de septiembre del 2016 a enero del 2017

El universo de estudio estuvo constituido por el total de gerontes (225) que asisten a las Casas de Abuelo de las cabeceras municipales de la provincia Cienfuegos municipio Palmira, Cruces, Lajas, Abreus, Rodas, Aguada y Cumanayagua.

La investigación se llevó a cabo en tres etapas: en la primera se diagnosticó el nivel de conocimiento sobre salud bucodental, a través de una encuesta de conocimiento y la aplicación del índice CPO- D (Promedio de dientes, cariados, obturados y perdidos) a cada paciente lo que sirvió de diagnóstico inicial.

En la segunda etapa se aplicó el Programa Educativo Sonría Feliz con Salud Bucal. Los encuentros se efectuaron en el período comprendido entre septiembre 2016 y enero del 2017, cada 7 días, el mismo día en cada casa de abuelos dirigidos por los estudiantes de 5to año de la Carrera Estomatología y sus tutores con una duración de 60 minutos y en cada uno de ellos, se aplicó una técnica afectiva participativa para motivar, ejercitar y reafirmar los conocimientos impartidos. Los temas del programa fueron los siguientes: Guardián de mis dientes y encías, Cuidando mis nuevos dientes, Educar en una cultura nutricional en salud, Boca sana vida larga, Felices para siempre. Se utilizaron los siguientes juegos: Técnica de presentación “Alguien Que”, las tarjetas saludables, las palabras calientes, mi nueva sonrisa, el cepillo mi amigo, el espejo y yo, la muela preguntona. Además se utilizaron diferentes medios de enseñanza como cepillo dental y modelo, laminarias y fotos, plegables educativos, adivinanzas y videos



de salud bucal, sobre cepillado dental y autoexamen bucal del Centro Provincial de Educación para la Salud. En la tercera etapa se evaluó la efectividad de la intervención a través de la misma encuesta de conocimiento, además de la aplicación de un cuestionario mediante la técnica de grupos focales a un grupo de gerontes que participó en la aplicación del programa educativo. La observación realizada permitió obtener conocimientos acerca del comportamiento del Programa Educativo durante su implementación y estudiar los aspectos presentes en el proceso que facilitaban o entorpecían al mismo.

Métodos aplicados

Del nivel teórico se plantean: análisis y síntesis, la inducción y la deducción, histórico lógico y análisis de documentos. Del nivel empírico se usaron: la encuesta, la entrevista y la observación. Del nivel estadístico: De la estadística descriptiva (Frecuencia absoluta, Frecuencia relativa, Porcentajes), De la estadística inferencial Prueba de Mc Nemar para la significación de los cambios donde: Los niveles de significación escogidos fueron 0,05, 0,001 (significación alta) y 0,0001 (significación muy alta)

II-Resultados

La presente intervención permitió alcanzar un adecuado nivel de conocimientos acerca del bienestar bucodental. Para la introducción al Programa Educativo se empleó la técnica participativa “Alguien Que...”, la cual permitió crear un ambiente fraterno y de confianza dentro del grupo, permitiendo la participación activa de cada uno de los integrantes y el intercambio con los facilitadores.

En la tabla 1 se relacionan los gerontes por edades y por cada Área de Salud teniendo en cuenta que la misma puede ser un factor que influye en el conocimiento sobre la higiene buco dental que se tenga o se pueda adquirir.

En la tabla 2 se recogen diferentes aspectos relacionados con la salud bucal. El 87.5% de los participantes no le da importancia a la visita periódica al estomatólogo, con la labor educativa realizada se fue incorporando el resto de los participantes que contestaron que no sabían la importancia de esta visita frecuente al estomatólogo, lo que correspondió con el 99.5% siendo el municipio Rodas el más representativo. Teniendo en cuenta los temas abordados el 65.7% no conocían las características de una encía enferma y las medidas para evitar la caries y las periodontopatías, aspectos que se fueron trabajando en los grupos y permitió que se alcanzara un 98.7% y 99.1% respectivamente y los municipios con más dificultad fueron Palmira y Rodas, en los gerontes mayores de 80 años, lo que evidencia que hay que tener en cuenta la edad del paciente para la adquisición de los mismos. Este hecho resultó ser de significación alta ($p < 0,001$).

Los conocimientos acerca del cepillado dental, así como el momento oportuno de realizarlo (Tabla 3) son métodos eficaces para la eliminación de la placa dentobacteriana, causa fundamental en la aparición de las caries y las periodontopatías. Referente a la higiene bucal se pudo concluir que solo el 92.4% conocía la frecuencia correcta en que debía realizar el cepillado y su duración, de ellos el 76.4 % lo hacía de forma correcta, después de la intervención el 100 % lo realizaba después de cada comida y antes de acostarse y de ellos el 99,5% lo realizaba de forma correcta, con una significación estadística muy alta ($p < 0,0001$). El 98.7 % aprendió las causas de la pérdida de los dientes, donde el Municipio Rodas fue el de mayor dificultad en adquirir los conocimientos para una significación estadística alta ($p < 0,001$)



Referente al uso del hilo dental como método eficaz de higiene bucal reflejado en la tabla 4, vemos que el 73.3% no poseían conocimientos correctos sobre su uso, después de aplicada la estrategia el 100% fue capaz de reconocer la importancia del hilo dental para la limpieza de la boca y la remoción de los dentritos que el cepillado no elimina, así como adquirir habilidades para su uso, resultados estos con una significación estadística muy alta ($p < 0,0001$). Del total de ancianos solo 169 (75.1%) tenían conocimientos adecuados sobre cuidados, uso y mantenimiento de la prótesis cifra que se elevó a 224 después de aplicada la intervención (99,5%), por lo cual los cambios fueron altamente significativos ($p < 0,0001$)

En la tabla 5 vemos que el 78,6% de los encuestados presentaba hábitos nutricionales y alimenticios inadecuados con un alto consumo de alimentos ricos en azúcares y carbohidratos sin cepillarse después de su ingestión, luego de la intervención el 100 % logro erradicar ese hábito para una significación estadística muy alta ($p < 0,0001$). Antes de la intervención solo el 44 % poseían conocimientos adecuados sobre el examen de la boca, aunque no realizaban el autoexamen correctamente, luego del estudio el 99,1% aprendió a realizarse el examen bucal para la detección de lesiones que se presentan en la cavidad bucal, el municipio con mayor dificultad en el aprendizaje fue Rodas seguido de Palmira, los valores obtenidos mostraron una significación estadística muy alta ($p < 0,0001$).

Al aplicar el cuestionario a los grupos focales de un grupo de 10 gerontes, mostró los siguientes resultados: el total del grupo expresó la importancia de aprender sobre la salud bucal para vivir con mayor calidad sus vidas, todos los participantes expresaron lo interesante de los temas recibidos, 8 de los ancianos del grupo expresaron su desconocimiento de la existencia de un método efectivo para la detección de lesiones que pueden originar el cáncer bucal. En cuanto a la comprensión del Programa manifestaron que les gustaba aprender a través de los medios de enseñanza utilizados porque podían ver láminas, fotos, demostraciones, además les permitió hacer una constante reflexión sobre lo importante que es tener salud bucal para tener buena salud general

La observación del desarrollo del Programa Intervención Educativa arrojó las siguientes regularidades:

- Las Técnicas Educativas y los medios de enseñanza utilizados, mostraron que los gerontes podían elevar sus conocimientos y alcanzar habilidades según los temas impartidos permitiendo la relación entre estos y el facilitador.
- Cada encuentro se planificó para 60 minutos y todos se extendieron de 20 a 30 minutos más por petición de los participantes.
- Se observó el desconocimiento total de los gerontes sobre determinados temas de salud bucal y su interés por el aprendizaje sobre estos y otros temas no incluidos en el programa, sobre todo aplicables para el resto de la familia.
- Al finalizar la intervención la mayoría de los gerontes sobre todo los más jóvenes desarrollaban acciones de Autocuidado.
- A pesar de recibir de igual manera todos los adultos mayores los conocimientos del programa educativo, no asimilaron ni desarrollaron las habilidades de la misma forma, los gerontes del municipio de Rodas seguido de los de Palmira presentaron mayores dificultades en la adquisición del conocimiento.



III -Discusión

Mediante el aprendizaje a través de charlas educativas y demostración del cepillado se logró una modificación en la conducta de los gerontes, en cuanto a la forma y frecuencia del cepillado correcto, coincidiendo con Brenes ¹⁷ y Barcelo A,¹⁸ en los resultados de su estudio que arrojaron que independientemente de la importancia que el adulto mayor le concede al tratamiento estomatológico, estos no se apropian de los conocimientos necesarios para mantener una salud bucal satisfactoria y libre de rehabilitación a no ser que se realicen acciones de promoción y educación para la salud.

Es importante tener en cuenta que los factores de riesgo a enfermedades bucales se van incrementando proporcionalmente con la edad, estando ello identificado por autores como Pol Samalea L y Turcaz Castellanos IM¹⁹ que plantean que los resultados o efectividad de los programas de salud se verán a largo plazo ya que hay que lograr a través de las actividades educativas cambios de actitudes, hábitos, estilos y costumbres en la población.

El hecho de que este grupo poblacional esté lejos de alcanzar el indicador de salud bucal nos muestra que su salud dental no es la más adecuada, lo cual hizo que los ancianos buscaran su reemplazo a través de las prótesis dentales, hecho que condujo a la retención de la placa dentobacteriana, provocada por la falta de higiene bucal y nociones incorrectas sobre la utilización de estos aparatos, posterior a la aplicación de la intervención los gerontes transformaron positivamente sus conocimientos sobre como prolongar la vida útil de la prótesis, así como evitar el mal aliento, las caries en los dientes remanentes y los focos de infección, coincidiendo con Laurzardo.G ²⁰ en su estudio.

Se considera dieta cariogénica al consumo de azúcares solos o combinados que permanecen en la boca largo tiempo con una deficiente higiene bucal; para el mantenimiento de la salud bucal, la ingestión de alimentos azucarados se debe realizar luego de comidas y de hacerlo entre estas debe aplicarse la higienización de la cavidad oral a través de la técnica del cepillado. La confección de un papelógrafo, con la información acerca de una nutrición adecuada, y su importancia, nos permitió proporcionar el debate, una reflexión en plenaria y comprobar la efectividad del mismo como técnica participativa de promoción de salud, coincidiendo con el estudio realizado por Sahyoun NR, Lin CL, Krall E ²¹.

Marshall TA, Warren JJ, Hand JS, Xie XJ, Stumbo PJ.²² en un estudio comparativo muestran resultados similares en relación con el apoderamiento de los conocimientos en cuanto a la identificación de la dieta cariogénica y su influencia en la salud bucal. Otros autores plantean que todo programa de control de dieta debe marchar unido a la enseñanza de la higiene bucal, y estas se van a evaluar de forma conjunta, por la estrecha dependencia que ofrecen ²³

El poder cariogénico de la placa dentobacteriana depende de varios factores entre los más importantes tenemos su contenido microbiano y los restos de nutrientes. Si el número de streptococcus mutans y/o lactobacitos está elevado y está presente la dieta cariogénica, la placa tendrá alto potencial cariogénico, lo que favorece la desmineralización de los tejidos duros del diente y dificulta su remineralización, de ahí lo necesario de su remoción por medios mecánicos ²⁴. Este aspecto es importante destacarlo dado que los alimentos cariogénicos fueron de preferencia por nuestro grupo de estudio, por lo que hubo que proceder mediante la comunicación interpersonal a



dialogar sobre dieta cariogénica y dieta protectora, motivar a cambios en los patrones de consumo y a su restricción acorde con el grado de susceptibilidad a caries, evaluando los cambios y reforzando las conductas positivas hasta que el nivel de higiene bucal fue eficiente.

Para el sistema de salud cubano constituye una prioridad el cumplimiento del programa contra el cáncer bucal, para ello debemos realizar acciones de promoción y prevención en todos los niveles del sistema, con el objetivo de detectar, disminuir o eliminar hábitos perjudiciales para la salud bucal como son fundamentalmente el hábito fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas, además de la eliminación de todo elemento que irrite o traumatice la mucosa oral como prótesis mal ajustadas y sepsis bucales.

La difusión por el personal de salud y medios masivos de comunicación de la importancia de realizar el autoexamen bucal como único medio eficaz para la detección precoz de lesiones premalignas y malignas de la boca, es la única manera posible de disminuir la mortalidad por cáncer bucal. La maniobra individual de examen bucal refuerza la labor del odontólogo en su área quién está obligado a examinar con minuciosidad a sus pacientes al menos una vez al año, posterior a la intervención educativa los gerontes lograron adquirir los conocimientos necesarios para la realización del autoexamen bucal y aprendieron cuales son los síntomas de alarma por los que deben acudir de inmediato al área de salud. Estos datos concuerdan con los estudios de Mirachi C, Espinoza I²⁵ sobre la "Influencia de la salud oral y calidad de vida de adultos mayores. Otros autores plantean que a pesar de la avanzada edad, los adultos aprenden y valoran la importancia de su responsabilidad hacia la salud bucal; cambios que fueron altamente significativos ($p < 0,0001$). También se les mostró un video educativo de los profesores Sarmiento y Zayas donde se explica todos los pasos y posibilidades para realizar el examen de la boca, aspecto que logró una elevada motivación porque los gerontes obtuvieron mayor información de un modo ameno y práctico.²⁶⁻²⁸

Al finalizar esta etapa y con el objetivo de mejorar próximas experiencias se aplicó la herramienta del pensar PNI (positivo- negativo- interesante) a partir de las siguientes reflexiones:

- ¿qué decir de estos encuentros?
- ¿qué aprendizajes se llevan?
- ¿qué nuevos sentimientos?
- ¿qué planes y proyectos emprenderán?
- ¿qué insatisfacción o deficiencia notaron?

Las respuestas del grupo no se hicieron esperar...expresaron mayoritariamente que las actividades resultaron de motivación y agrado, por lo que le pusieron todo su interés, pues recibieron en los encuentros y juegos participativos los conocimientos necesarios para ellos. Los abuelos se comprometieron a aplicar los conocimientos adquiridos durante la intervención educativa en su familia y la comunidad.

Conclusiones

- El Programa Educativo sobre salud bucodental aplicado demostró ser una intervención beneficiosa y eficaz a medida que modificó favorablemente los conocimientos en los Gerontes,
- La aplicación del Programa Educativo demostró que los gerontes aprendieron acciones de Autocuidado y aunque no se comportó de la misma forma en cada



municipio los resultados alcanzados fueron satisfactorios lo que les permitirá una mejora de la seguridad y salud bucodental así como una mayor calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

- 1- Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Ottawa. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud [Monografía en Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1986[citado 2016 julio 25] Disponible a partir de: <http://www.paho.org/spanish/HPP/Ottawa CharterSp.pdf>.
- 2- OMS. La población mundial de 60 años o más es el grupo etéreo de crecimiento más rápido. [Internet].2016 [cit 12 Nov 2016];: [aprox. 1 p].Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index.html
- 3- Corona M H, Duharte A, Navarro J, Jiménez R, Díaz L. Factores locales y su relación con lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis totales. RevMedisan. 2017. [citado 20 enero 2017]; 21(4). Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1064/html>
- 4- Colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Estomatología Integral a la población. Ministerio de Salud Pública .Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana, Cuba 2013. p. 89,95
- 5- Torres R M, Gran MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Jun [cit 2016 Noviembre 16] ; 31(2):[aprox 13 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200006&lng=es
- 6- Laurzardo.G. Higiene Bucal: Programa Educativo y de motivación en pacientes geriátricos portadores de prótesis parcial removible y su modalidad de sobredentadura. Trabajo para optar por el título de especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Facultad Estomatología. 2015, Ciudad de la Habana.
- 7- Morfi R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Enferm. [on line] 2015 [12 de febrero de 2016]; 21(3). URL. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enfed305.htm
- 8- Meneses E J. Salud bucodental y calidad de vida Oral en los mayores. 2013 [citada 3 de enero 2017]. Disponible en: eprints.ucm.es/12303/1/T32521.pdf
- 9- García B, Capote M, Morales T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay [revista en Internet]. 2015[citado 2017 Feb 1]; 2(1):[aprox. 12 p.].Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>
- 10- Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas. Panorama Demográfico de Cuba 2016.Cienfuegos [Internet]. 2016.[cit 2017 Diciembre 08]; : [aprox. 233 p] Disponible en: <http://www.one.cu/anuariodemografico2011.htm>
- 11-Torres R M, Gran MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Jun [cit 2016 Noviembre 16] ; 31(2):[aprox 13 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200006&lng=es
- 12-Irigoyen M, Mosqueda F. Estomatología Geriátrica.2014, Sitio en Internet. [Consulta: 18 febrero 2017]. Disponible en: <http://www.educacionmedica.com.mx/.htm>
- 13-La enfermedad periodontal. Guía de higiene Oral., Cómo cepillarse. Revista Electrónicas serie en Internet 2016. [Citada 8 de enero del 2017]. Disponible en: <http://ww.mgh.harvard.edu/library/printpage.asp?page=wc/doc24S.htm>



- 14-Santiesteban I, Mateo CI, Pérez ML, CutiñoM, García N. Atención de la familia al anciano. *CorrMedCientHolg.* [Seriado en internet]. 2016 [citado 4 febrero 2017]; 12(5) : [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no125/ind125.htm>
- 15-Pérez VT, Arciall N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr.*[Seriado en Internet]. 2013 [citado 20 enero 2017]; 24 (3): [aprox. 12 p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 16-Morfi R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. *RevEnferm.* [on line] 2015 [12 de febrero de 2017]; 21(3). URL. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enfed305.htm
- 17- Brenes W, Hoffmaister F. Situaciones de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos. *Rev. Costarric. Cienc. Méd.* 2014; vol.25 (n.3)
- 18-Barcelo A, Bos Z, Sesto N Promoción y Educación para la Salud Bucal. Influencia del modo y estilo de vida de la población. *Odiseo Revista electrónica de Pedagogía.* 2014;16
- 19-Pol Samalea L, Turcaz Castellanos IM, Pérez Fariñas NA, Calzado de Silva ME. Estado de salud bucal en los adultos mayores de las Casas de Abuelos 2014 [biblioteca virtual en línea] <http://www.scu/publicaciones_electronicas/articulos_cientificos.htm> [consulta: 10 agosto 2016]
- 20-Laurzardo.G. Higiene Bucal: Programa Educativo y de motivación en pacientes geriátricos portadores de prótesis parcial removible y su modalidad de sobredentadura. Trabajo para optar por el título de especialista de Primer Grado en Prótesis estomatológica. Facultad de Estomatología. 2015, Habana.
- 21-Sahyoun NR, Lin CL, Krall E. Nutritional status of the older adult is associated with dentition status. *J Am Diet Assoc* 2016; 103(1):61-6.-
- 22- Marshall TA, Warren JJ, Hand JS, Xie XJ, Stumbo PJ. Oral health, nutrient intake and dietary quality in the very old. *J Am Dent Assoc* 2016; 133(10):69-79.
- 23-Gallardo A, Picasso MA, Huilca N, Ávalos JC. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. *KIRU.*2013;10(2):145–50.
- 24- Ochoa S P, Ospina C A, Colorado K J, Montoya Y P, Saldarriaga A F, Miranda Galvis M, et al. Condición periodontal y pérdida dental en pacientes diabéticos del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. *Biomédica Bogotá* Jan./Mar. 2015; vol.32(no.1)
- 25-Miarachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Dent Chile.*Apr 21];96(2):28–35. pdf “Influencia de la salud oral y calidad de vida de adultos mayores. Centro Gerontológico de la TORRE” Guayaquil, Ecuador 2013-2014.
- 26-Wallace SP, Enriquez V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *RevPanam Salud Publica* [Internet].2014 [cit 2016 Dic 16];10 (1). Disponible en: <http://socialsciences.scielo.org/pdf/rpsp/v10n1/5847.pdf>
- 27-Acuña B. La odontología para el tercer milenio. [Biblioteca virtual en línea]. (2014). [Citado 9 enero 2017] Disponible en: http://www.encolombia.com/frc_LA.htm
- 28-Santiesteban I, Mateo CI, Pérez ML, CutiñoM, García N. Atención de la familia al anciano. *CorrMedCientHolg.* [Seriado en internet]. 2016 [citado 9 enero 2017]; 12(5) : [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no125/ind125.htm>



Anexos

Tabla 1. Distribución según edad de los Adultos Mayores por Municipios.

Edad	Palmira	Cruces	Lajas	Abreus	Rodas	Aguada	Cumanayagua	Total
60-64	4	2	3	2	4	2	2	19
65-69	9	5	11	4	6	3	11	49
70-74	6	10	12	9	10	11	11	69
75-79	4	12	9	11	8	11	12	67
80 mas	2	1	5	4	2	3	4	21
Total	25	30	40	30	30	30	40	225

Tabla 2: Nivel de conocimientos sobre aspectos relacionados con la salud buco- dental por los Adultos Mayores.

Municipio	Visitar periódicamente al estomatólogo				Medidas para evitar las caries y periodontopatías				Características de una encía enferma			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Palmira	20	80	25	100	17	68	24	96.6	17	68	24	96
Cruces	27	92	30	100	21	70	30	100	21	70	30	100
Lajas	36	87	40	100	28	70	40	100	28	70	40	100
Abreus	29	96.6	30	100	20	66.7	30	100	20	66.7	30	100
Rodas	20	76.6	29	96.6	11	36.6	29	96.6	11	36.6	29	96.6
Aguada	25	83.3	30	100	21	70	30	100	21	70	30	100
Cumanayagua	36	87	40	100	30	75	39	97.5	30	75	39	97.5
Total	196	87.5	224	99.5	148	65.7	223	99.1	148	65.7	222	98.7
Test McNemar	P<0,0001				P<0,0001				P<0,001			

Tabla 3. Nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la causa de la pérdida dentaria y la forma y frecuencia del cepillado dental.

Municipio	Frecuencia del cepillado				Forma del cepillado				Causa de pérdida de los dientes			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Palmira	23	92	25	100	20	80	25	100	18	72	24	96
Cruces	29	99.5	30	100	23	76.7	30	100	22	73.3	30	100
Lajas	37	92,5	40	100	30	75	40	100	28	70	40	100
Abreus	26	87	30	100	22	73.3	30	100	23	76.7	30	100
Rodas	26	87	30	100	17	56.6	29	99.5	15	58	28	93.3
Aguada	28	98.7	30	100	25	83.3	30	100	21	70	30	100
Cumanayagua	39	99.5	40	100	35	87.5	40	100	33	82.5	40	100
Total	208	92.4	225	100	172	76.4	224	99.5	160	71.1	222	98.7
Test McNemar	P<0,0001				P<0,0001				P<0,001			



Tabla 4. Nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre el uso del hilo dental y el uso y cuidado de los aparatos removibles

Municipio	Uso Hilo Dental				Uso y cuidado prótesis			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Palmira	15	60	25	100	20	80	25	100
Cruces	23	76.5	30	100	23	76.7	30	100
Lajas	30	75	40	100	29	72.5	40	100
Abreus	22	73.3	30	100	22	73.3	30	100
Rodas	19	63.3	30	100	17	56.6	29	96.6
Aguada	26	86.6	30	100	25	83.3	30	100
Cumanayagua	30	75	40	100	33	82.5	40	100
Total	165	73.3	225	100	169	75.1	224	99.5
Test McNemar	P<0,0001				P<0,0001			

Tabla 5. Nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la relación de la dieta con las enfermedades bucales más frecuentes y la realización del Autoexamen Bucal.

Municipio	Dieta Adecuada				Autoexamen Bucal			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Palmira	21	34	25	100	15	60	24	96
Cruces	26	66	30	100	13	43.3	30	100
Lajas	32	95	40	100	18	45	40	100
Abreus	25	90	30	100	11	36.6	30	100
Rodas	20	83.3	30	100	10	33.3	28	93.3
Aguada	23	93.3	30	100	20	66.6	30	100
Cumanayagua	30	92.5	40	100	12	30	40	100
Total	177	78.6	225	100	99	44	223	99.1
Test McNemar	P<0,0001				P<0,0001			



LAS PROPORCIONES ÁURICAS EN EL ANÁLISIS MORFOLÓGICO FACIAL.

Autor: Carolyn Castillo Fernández, carolyn95@nauta.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, estudiante de 3er año de la carrera de Estomatología, MSc. Eduardo E. Castillo Betancourt, ecastillo@jagua.cfg.sld.cu, Master en Salud Bucal Comunitaria, Especialista de 2do Grado en Prótesis, Profesor auxiliar, Investigador auxiliar, Eliany Molina Herrera, eliany31@nauta.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, estudiante de 3er año de la carrera de Estomatología.

RESUMEN

Introducción: La manifestación universal de lo bello a través del arte ha marcado el gusto por determinadas tendencias en la apariencia física, sin embargo el concepto de lo bello no se ha descrito de manera objetiva. Para el médico que está en contacto con pacientes que piden corregir algún defecto o embellecer algún rasgo es común desarrollar conceptos apreciativos de la belleza basados en conocimientos teóricos y en su propia conceptualización es por ello que con el **objetivo:** abordar aspectos teóricos referentes a las características faciales normales basadas en la divina proporción, así como los distintos tipos de perfiles y los problemas miofuncionales que suponen, con el fin de orientar el tratamiento en disciplinas como ortodoncia, prótesis, y cirugía maxilo facial hacia la obtención de excelentes resultados tanto funcionales como estéticos. **Métodos:** Se realizó una revisión de 45 artículos quedando un total de 20 bibliografías utilizadas por su actualidad e interés para la investigación. **Resultados:** Las proporciones áuricas se encuentran estrechamente vinculadas a la armonía esquelética del aparato estomatognático. En los individuos que presentan anomalías cráneo-faciales esqueléticas se manifiestan constantemente desviaciones respecto a la norma dorada, las que se encuentran indisolublemente relacionadas con los patrones morfológicos faciales y la estética. Estos conceptos se basan en el análisis de la observación del equilibrio, de la armonía del rostro; de esta forma es posible distinguir lo estético y lo que no lo es, y con ello resaltar la importancia de la cara como barrera de identidad, carácter, inteligencia y belleza universal.

Palabras claves: Proporciones áuricas, morfología cráneo-facial

INTRODUCCIÓN

La estética es la disciplina que trata de lo bello y los diferentes modos de aprehensión y creación de las realidades bellas, si se entiende por bello aquello que despierta en el hombre una sensación peculiar de agrado. ^(1,2)

Visto a la luz de la etimología, la palabra procede de *aesthetikos* que significa lo que se percibe mediante sensaciones. Por lo tanto, la estética es la encargada de estudiar la belleza. ⁽¹⁾

Cuando el ser humano es capaz de percibir, captar y comprender el orden, simetría y armonía de las cosas, propiedades que posee el mundo, estamos en presencia del concepto de Belleza. ⁽¹⁾

El concepto de Belleza es una percepción subjetiva influenciada por numerosos factores de la sociedad e interpersonales, es decir, el alma humana tiene la simpatía y compenetración para captar y comprender estas propiedades, pero esto varía de acuerdo a su idiosincrasia, personalidad, edad, cultura, religión, raza, filosofía de la época e incluso motivada por los medios de comunicación globalizados que tratan de imponer patrones estéticos. Cada persona tiene su propio concepto de la belleza, es decir, el concepto individual que determina la forma de mirar, concebir, juzgar y de razonar frente al mundo que los rodea. ^(1,2)

Este concepto de Belleza por su naturaleza multidimensional crea un reto significativo para el profesional de la salud que está en contacto con el paciente que desea corregir un defecto físico o perfeccionar algún rasgo de su fisonomía. Los cirujanos plásticos, maxilofaciales, protésicos, etc., deben complementar sus habilidades técnicas con los conocimientos artísticos y el desarrollo espiritual individual para lograr simetría, armonía, balance y proporción en el resultado de nuestro trabajo diario. ⁽¹⁾

Los egipcios descubrieron las proporciones divinas por análisis y observación buscando medidas que le permitieran dividir la tierra de manera exacta a partir del hombre; encontraron que el cuerpo humano medía lo mismo de alto que de ancho con los brazos extendidos, y que el ombligo es el punto de división de la altura.

Los griegos buscaban para describir la belleza acorde a una colección de líneas y ángulos matemáticos ⁽³⁾.

Filósofos griegos han dirigido el desarrollo de un principio general: para juzgar la cara humana como atractiva debe poseer un alto grado de simetría. ⁽³⁾

Policleto (450-420, a.c), escultor griego del período clásico, realizó un cuidadoso y pormenorizado estudio sobre las proporciones del cuerpo humano, un canon de la belleza ideal masculina basado en estrictas proporciones matemáticas. Sus figuras poseen una marcada musculatura y los rostros son cuadrados más que ovalados, con frentes anchas, narices rectas y barbillas pequeñas. Existen réplicas en mármol de sus estatuas más famosas, tales como el Doríforo. ^(2,3) Según la opinión de todos los médicos y filósofos, la belleza del cuerpo humano se basa en la proporción simétrica de sus miembros.

El busto pintado de perfil de la princesa Nefertiti, esposa del rey Amenofis IV (período Amarna 1350- 34 a.c), es una de las piezas del arte egipcio antiguo más conocida. Su nombre significa: "Ha llegado la belleza". Si observamos y analizamos sus proporciones estamos en presencia de un rostro atractivo, bello. ^(2,3)

El Hombre de Vitruvio u Hombre vitruviano es un famoso dibujo acompañado de notas anatómicas de Leonardo Da Vinci realizado sobre el 1490 en uno de sus diarios. Representa una figura masculina desnuda en dos posiciones sobreimpresas de brazos y piernas e inscrita en un círculo y un cuadrado. También se le conoce como el *Canon de las proporciones humanas*. Símbolo de la simetría básica del cuerpo humano y, por extensión, del universo en su conjunto. ^(2,4)

Da Vinci, genio florentino, gran maestro del Renacimiento, se apoya para crear este dibujo en los trabajos realizados por Marcus Vitruvio Pollio (70 – 25 a.c), arquitecto e ingeniero romano, quien escribió diez libros de arquitectura, único tratado sobre esta materia de la antigüedad que ha llegado a nuestros días, dice que la simetría consiste en el acuerdo de medidas entre los diversos elementos de la obra y éstos con el conjunto. ⁽⁴⁾

Vitruvio ideó una fórmula matemática para la división del espacio dentro de un dibujo, conocida como la sección áurea o de oro, también estableció una afinidad entre el hombre y las figuras geométricas al descubrir que el hombre, de pie y con los brazos extendidos, puede inscribirse en un cuadrado, y si separa las piernas puede inscribirse dentro de un círculo que tiene como centro el ombligo. Estas ideas sobre la armonía y la proporción tomaron un nuevo impulso catorce siglos después, durante el Renacimiento italiano. Un matemático, que además era sacerdote, Fray Luca Paccioli, la denominó *divina proporción*, sosteniendo que era una de las múltiples razones o cocientes que podían expresar una proporción numérica. Esta fórmula matemática permitía adaptarla al hombre y humanizarla, lo que ha hecho su perennidad a través de los siglos. ⁽⁴⁾

Dentro de la colección de dibujos de Leonardo Da Vinci destacan los estudios sobre anatomía humana, proporcionalidad y su aplicación en el arte, por ejemplo, la toma de medidas de las proporciones de la cara, pero no fue el único que intentó ilustrar las divinas proporciones del cuerpo humano, otros artistas lo habían intentado con diferentes grados de éxito.^(2,4)

El hombre de Vitruvio se convirtió en un auténtico símbolo, ya que recoge varias de las ideas clave del pensamiento renacentista: el hombre como medida de todas las cosas, la belleza ajustada a cánones, equilibrio y proporción, también el ombligo es el punto central natural del cuerpo humano, ya que si un hombre se echa sobre la espalda, con las manos y los pies extendidos, y coloca la punta de un compás en su ombligo, los dedos de las manos y los de los pies tocarán la circunferencia del círculo que así trazamos. De la misma forma que el cuerpo humano nos da un círculo que lo rodea, también podemos hallar un cuadrado donde igualmente esté encerrado, porque si medimos la distancia desde las plantas de los pies hasta la punta de la cabeza y luego aplicamos esta misma medida a los brazos extendidos, encontraremos que la anchura es igual a la longitud, como en el caso de superficies planas que son perfectamente cuadradas.^(1,2,4)

Más y más información llega para aclarar la existencia y significación de las proporciones divinas. Todo está mezclado y afecta tanto a los seres vivos como a los no vivos. Todos los organismos vivos están biológicamente contruidos para conformar esta proporción. El hombre hace cosas y estructuras que parecen estar dirigidas a conformar las proporciones divinas, la mayoría de las veces de modo inconsciente. Aún más fascinante, las entidades no vivas, en su dinámica, cumplen las proporciones divinas. La dinámica se define como movimiento y es opuesta a estática. Las ondas de agua, las olas marinas y los tornados son algunos ejemplos de dinámica, entidades no vivas.^(4,5)

La proporción áurea puede ser representada tanto geométrica como matemáticamente, en el primer caso se corresponde a la división armónica de una recta en media y extrema razón, es decir, que el segmento menor es al segmento mayor como éste es a la totalidad de la recta; numéricamente puede expresarse como 1:1.618.⁽⁶⁾

La forma de referirse a dicha proporción ha variado a lo largo de la historia, de esta forma se le ha llamado: media y extrema razón, sección divina, proporción divina, sección áurea, sección divina, Phi (Φ), radio dorado, solo por mencionar alguno.^(2,5,6)

Debido al famoso escultor griego Phidias, quien usaba las proporciones divinas en gran número de sus obras, de ahí que ésta también pueda ser llamada *Phi*.⁽²⁾

El establecimiento de un promedio universal para la belleza facial significará simplificación del diagnóstico y tratamiento de las desarmonías y anormalidades faciales.^(1,5)

Buscando estos promedios, se incrementará la estética facial, la salud de la articulación temporomandibular, la salud psicológica y fisiológica, la fertilidad y calidad de vida.⁽⁵⁾

Más importante para la profesión dental, así como la profesión médica (cirujanos plásticos) es la proporción divina de la cara humana.⁽⁵⁾

La odontología restauradora cuenta con una serie de parámetros que nos permiten un análisis objetivo de la estética. Esos parámetros son los principios estéticos que, correctamente encastrados y analizados en conjunto, nos permiten alcanzar el éxito de nuestro tratamiento restaurador.⁽⁵⁾

El análisis facial es el método clínico utilizado por muchos profesionales de la salud con el fin de evaluar los rasgos del paciente para definir proporciones, volumen,

apariencia, simetría y deformidades visibles. Se basa en el examen directo, fotografías clínicas e imagenología convencional y digital. ⁽⁷⁾

En Ortodoncia Interceptiva, el proceso de diagnóstico inicia con el examen facial, ya que reúne la evaluación de los dientes, esqueleto y tejidos blandos, en una vista lateral y frontal, respetando las pautas éticas, científicas y étnicas de la sociedad, el cual es fundamental para la orientación de un plan de tratamiento adecuado que se dirija no solo hacia una mejoría en el aspecto del rostro sino a un desarrollo funcional adecuado. Se debe analizar detenidamente la cara del paciente, forma y proporciones con el fin de caracterizarla y clasificarla, identificando las anomalías locales y valorando cómo afectan cualitativa y cuantitativamente al equilibrio facial. El aspecto facial juega un papel crucial en el desarrollo de la autoestima y de las capacidades de integración social en los niños ya que se encuentran en proceso de aprendizaje de la autoidentidad y las destrezas sociales, por lo que son muy vulnerables a las críticas del entorno cuando poseen características distintas a las conocidas como armónicas o simétricas. Aquellas personas que poseen una estética facial dentro de los parámetros considerados como normales tienen una mayor autoestima, autosatisfacción y autoidentidad: también son mejores su estado físico, sus relaciones familiares y sus relaciones sociales. ^(5,7)

En esta revisión nos trazamos como objetivo abordar aspectos teóricos referentes a las características faciales normales basadas en la divina proporción, propias de los niños así como los distintos tipos de perfiles y los problemas miofuncionales que suponen, con el fin de orientar el plan de tratamiento hacia la obtención de excelentes resultados tanto funcionales como estéticos.

DESARROLLO

En Ortodoncia Interceptiva, el proceso de diagnóstico inicia con el examen facial, ya que reúne la evaluación de los dientes, esqueleto y tejidos blandos, en una vista lateral y frontal, respetando las pautas éticas, científicas y étnicas de la sociedad, el cual es fundamental para la orientación de un plan de tratamiento adecuado que se dirija no solo hacia una mejoría en el aspecto del rostro sino a un desarrollo funcional adecuado. Se debe analizar detenidamente la cara del paciente, forma y proporciones con el fin de caracterizarla y clasificarla, identificando las anomalías locales y valorando cómo afectan cualitativa y cuantitativamente al equilibrio facial. El aspecto facial juega un papel crucial en el desarrollo de la autoestima y de las capacidades de integración social en los niños ya que se encuentran en proceso de aprendizaje de la autoidentidad y las destrezas sociales, por lo que son muy vulnerables a las críticas del entorno cuando poseen características distintas a las conocidas como armónicas o simétricas. ^(8,9)

Las proporciones ideales se basan en la denominada proporción áurea o dorada, también conocida como propiedad divina, regla dorada, número de oro, número dorado, sección áurea, razón áurea o media áurea, representada por Mark Barr en honor al escultor griego Fidias en 1900 por la letra griega ϕ (fi). Estos parámetros fueron introducidos en la odontología por Lombardi en 1973, surgió a partir del canon de proporciones, o sea el conjunto de medidas proporcionales observadas en la figura humana, reconocidas por Leonardo da Vinci en 1509, basado en la razón dorada o áurea (1/1,618) de los pitagóricos. Así también surgieron algunos instrumentos como la máscara dorada o el compás áureo, formado por tres puntas móviles, siendo la del medio la que marca siempre el punto áureo, determinando dos segmentos de diferente tamaño y que se encuentran en armonía. Éste tipo de instrumento permite tanto el análisis de las proporciones dentarias como la relación de estas con el resto de las

estructuras faciales y del cuerpo humano.^(4,5,6)

Es posible realizar una proyección del tratamiento basada en las fotografías de perfil, pidiéndole al paciente que realice algunos movimientos o bien colocando algunos rollos de algodón para así visualizar de forma aproximada el perfil facial a lograr en ese individuo, contribuyendo a la toma de decisiones en el plan de tratamiento. Si existe discrepancia entre lo que indica la cefalometría y la estética facial, el diagnóstico diferencial debe guiarse por los resultados estéticos puesto que el análisis cefalométrico permite, indudablemente, incorporar datos inescrutables a la inspección o percepción directa pero no soslaya la necesaria consideración en vivo de la cara y la proyección predictiva de lo que se propone realizar.^(2,3,4,5,9)

Ricketts, el padre de la Ortodoncia moderna, describió ciertos criterios estéticos siguiendo esta idea de las proporciones áuricas, planteando que la cara humana adulta debe también compararse con las proporciones divinas, a fin de que ésta sea bella y eficientemente biológica.^(9,10)

Existen muchos debates acerca de que las anomalías faciales son causadas por factores genéticos o ambientales. Muchos doctores e investigadores creen que las anomalías como la cara larga, la cara corta, Clase II y III esqueléticas, paladares pequeños y estrechos, son anomalías primarias poco modificables con el tratamiento y guardan una estrecha relación con las desarmonías morfológicas que se presentan a punto de partida de desviaciones en los cánones estéticos de belleza facial, teniendo como base y punto de referencia a las proporciones áuricas.⁽⁵⁾

Medidas que deben encontrarse en proporción dorada empleadas para el análisis⁽¹¹⁾.

Proporción vertical

- Si la distancia LN (lateral de la nariz) a ME (mentón blando) es 1 entonces la distancia de ELN a TRI (comienzo del Trichon a las arrugas de la frente cuando uno levanta las cejas) debe ser 1.618.
- Si la distancia de CH (esquina de Cheilion de la boca) a ME es 1, entonces la distancia de LC (borde lateral de los ojos) a CH debe ser 1.618.

Proporción transversal

- Si la distancia transversal entre los puntos LN es 1 entonces la distancia transversal entre los puntos CH debe ser 1.618. La distancia entre LC y su punto contralateral es $(1.618)^2$ ó 2.618, y la distancia entre el tejido blando del temporal (TS) al nivel de la ceja de una hemicara a la otra debe ser $(1.618)^3$ ó 4.236.

Proporción extrema

- Si la distancia entre los puntos LCHK (borde lateral de las mejilla) es 1, entonces la distancia desde TH (altura de la cabeza) a ME (tejido blando del mentón) debe ser 1.618.

El canon de la belleza existe para cada persona individualmente, y cuando por desórdenes esqueléticos debido a anomalías de volumen y posición de los maxilares estos cánones se modifican, estamos en presencia de un individuo estéticamente “no atractivo”, condición esta que afecta la aceptación individual e influye invariablemente en las relaciones sociales. Por esto, la armonía humana debe responder a una métrica de relación que nada puede escapar de su control y si no se puede pretender hallar una medida absoluta de valor, se puede dar una clave de relación para que fije las reglas capaces de admitir las variantes de formas y tamaños entre todos los seres y todas las razas.⁽¹¹⁾

Ricketts describió ciertos criterios estéticos siguiendo esta idea de las proporciones áuricas, los cuales pueden emplearse como guía o apoyo a objetivos de equilibrio y armonía estructural. Representa la denominada simetría dinámica, pues se trata de una proporción capaz de ofrecer una mayor atracción para el observador que cualquier otro tipo de proporción, incluida la simetría estática. (7,9)

Es evidente que la gente prefiere las caras balanceadas y simétricas, frente a las asimétricas. Pudiéndose hablar de armonía y proporcionalidad facial como claves en una estética facial aceptable. (12)

El rostro bello y atractivo de hoy es aquel que presenta: un óvalo de cara no redondeado, pómulos y barbilla claros y marcados, labios prominentes y entreabiertos y dentadura grande y vistosa. (13)

La gran mayoría de nosotros no estamos perfectamente proporcionados, debido a factores funcionales y genéticos. Algunos, producto de anomalías esqueléticas derivadas del crecimiento y desarrollo craneo-facial con patrones genéticos dominantes que confluyen en un patrón maloclusivo resultante de las dismorfias en los huesos que componen el área facial. (14,15)

En estos individuos las proporciones se apartan del patrón áureo razón por la cual los planes de tratamiento no sólo deben ser enfocados hacia la restitución de la armonía oclusal sino también hacia los cánones estéticos. (11,15)

En la vista frontal tiene lugar una progresión natural de la cara en el análisis final, si es "hermoso", la cara tendrá ritmo; Sarver ha dicho: "El Ritmo es producido por la acción dinámica de proporción en una repetición uniforme". La palabra ritmo viene de "el *rhythmos-arithmos*" y de "el *rhein*" que quiere decir fluir. El ritmo se ve en el tiempo, dimensión, música y poesía. Es agradable al oído, a la vista y la psiquis. (15,16)

La cara humana "hermosa" tiene ritmo, tanto vertical como horizontalmente o en anchura y altura. Una desviación en los patrones esqueléticos produce ruptura del ritmo, y mientras mayor sea esa desproporción más antiestético será el individuo. (15,17)

En las desviaciones del patrón áureo en el plano vertical del análisis morfológico facial de Ricketts, en la cual se pueden observar dos proporciones: una toma como punto intermedio el área lateral de la nariz, y evalúa la proporción que se establece hacia la parte superior de la cara en el inicio de la arrugas de la frente, y hacia la parte inferior en el borde del mentón blando, visto linealmente, un segmento (a), que corresponde al tercio inferior, y un segmento (b), que corresponde al tercio superior, entre los cuales debe establecerse una relación lo más cercana al 1.618, no importe cual sea la medida lineal que presente el segmento menor o mayor, sino la relación que se establezca entre ambos, la otra toma como punto intermedio la comisura labial y se proyecta en un tercio superior hasta el ángulo externo del ojo segmento (b), y un tercio inferior hasta el mentón blando (a). (18,19)

Es frecuente observar que cuando la relación entre los segmentos se encuentra por debajo o por encima del patrón áureo, se exprese como característica morfológica una desproporcionalidad vertical, ya sea en exceso o en defecto de alguno de los segmentos involucrados en la proporción. (19)

Ricketts plantea que la cara humana adulta debe también compararse con las proporciones divinas a fin de que ésta sea bella y eficientemente biológica, desarmonías en el plano vertical del análisis frontal guardan relación con patrones esqueléticos de excesos y defectos en el crecimiento, modulados en gran medida por factores funcionales tales como la respiración bucal o los patrones inmaduros de deglución que cambian o reorientan los vectores de crecimiento hacia patrones dólico y braquifaciales estéticamente no favorables. (18y19)

En las desviaciones del patrón áureo en el plano transversal del análisis morfológico facial, Ricketts, establece tres proporciones en este plano, la primera entre el ancho nasal segmento (a) con: el ancho bucal, el ancho intercantal y el ancho entre los segmentos más distales del arco supraciliar (todos los cuales se corresponderían con el segmento b de la divina proporción). En los 2 últimos la proporción áurea se establece con la raíz cuadrada y la raíz cúbica de la relación obtenida, respectivamente. ^(18y19)

En frecuente encontrar que si existe una desviación de los valores de la proporción hacia la parte negativa, denota estrechez en el plano transversal, condición ésta que se asocia (según varios autores estudiosos del tema), a los problemas nutricionales de la dieta moderna, y hacia la parte positiva, aumento en anchura transversal. ⁽²⁰⁾

El razonamiento inductivo apunta claramente hacia factores ambientales como la causa mayor de anormalidades faciales. ¿Por qué casi no existían maloclusiones dentales y deformidades faciales en las sociedades primitivas y existe una abundancia de estos problemas en la sociedad moderna? Ricketts hizo de esto una amplia investigación, estudiando los problemas nutricionales de la dieta moderna. Alrededor del mundo, evaluó los pueblos que mantenían su dieta natural con los pueblos que consumían comida moderna, y la diferencia entre el desarrollo físico y la salud fue asombrosa. Estos pueblos que mantenían una dieta natural tenían caras más anchas, arcos dentales más anchos, con menos caries dentales o enfermedades periodontales comparados con aquellos de dieta moderna. También existía diferencia significativa en los tipos de cuerpos. Aquellos con dieta natural eran más fuertes, cuerpos más anchos en relación con aquellos de dieta moderna. ^(5,20)

Aquellos que creen que las anormalidades faciales son genéticas piensan que el tamaño de las mandíbulas no puede ser cambiado, tienden a tratar el apiñamiento mediante la extracción de los bicúspides. Aquellos que creen que las anormalidades son causadas por factores ambientales tienden a tratar los apiñamientos mediante expansión de las arcadas dentales. Algunos argumentan que los doctores que expanden los arcos son violadores de la marca genética de sus pacientes y que esos tratamientos colapsarán. ⁽¹⁰⁾

Sin embargo, una dieta apropiada y la eliminación de la obstrucción del pasaje aéreo puede ser la llave para prevenir las anormalidades transversales y verticales faciales en niños jóvenes y proveen estabilidad después del tratamiento ortodóncico. ⁽²⁰⁾

Las desviaciones respecto al patrón áureo en la proporción extrema del análisis morfológico facial, se puede afirmar que si la distancia de TH a ME es menor que el valor correspondiente a su relación áurea con el patrón horizontal extremo, la cara debe ser braquifacial (individuo euriprosopo), con tendencia al síndrome de cara corta, pero tendrán problemas estéticos así como gran posibilidad de problemas médicos. Por ejemplo, pacientes con el síndrome de caras largas (dólicofacial, individuos leptoprosopos), tienden a tener mayor incidencia de obstrucción del pasaje aéreo superior y ser respiradores bucales. Pacientes con el síndrome de cara corta tienden a tener mayor incidencia a los dolores de cabeza y migraña. ⁽¹⁴⁾

Si TH a ME es igual a 1.618 las caras serán mesofaciales y serán idealmente proporcionadas, estas caras serán estéticamente agradables y tendrán menos incidencias a los problemas médicos, en la vista frontal, el promedio universal para la belleza es la cara mesofacial. ⁽¹⁴⁾

La bibliografía consultada plantea la estrecha relación que existe entre las desviaciones respecto al patrón áureo y los distintos patrones sindrómicos de maloclusión esquelética clasificadas según planos del espacio, donde hay mayor número de patrones esqueléticos a predominio vertical y sagital, y un menor número

a predominio transversal, lo que se atribuye, entre otros factores, a los problemas nutricionales de la dieta moderna. ⁽²⁰⁾

La maloclusión esquelética tiene su génesis en los huesos que conforman el complejo cráneo-facial, es el resultado de desviaciones en los patrones de crecimiento y desarrollo que pueden tener una causa congénita o ser adquiridas durante las etapas del desarrollo post-natal. Generalmente se clasifican como entidades sindrómicas porque existen otros sitios etiológicos primarios involucrados como el sistema neuromuscular y los dientes. ⁽²⁰⁾

Según los resultados cefalométricos y otras mediciones craneofaciales las maloclusiones esqueléticas se clasifican según los planos del espacio en 3 grupos fundamentales: las sagitales, las transversales y las verticales. ⁽¹⁰⁾

Generalmente nunca se presentan puras, sino como una combinación entre ellas, pero conservando siempre un predominio en sus vectores de crecimiento. Las dismorfias esqueléticas son extremadamente difíciles de tratar en pacientes adultos y generalmente la terapéutica está sujeta a combinaciones ortodóncico quirúrgicas. ^(10,16)

Ricketts planteó que existe una relación entre las características morfológicas faciales y las anomalías esqueléticas subyacentes, si recordamos que las proporciones en los tejidos blandos se encuentran supeditadas a las relaciones que se establecen con el esqueleto facial. Por lo tanto, desarmonías esqueléticas invariablemente producen alteraciones en las proporciones faciales. ⁽¹⁶⁾

Los individuos con patrones esqueléticos a predominio vertical generalmente guardan relación con las proporciones verticales del análisis morfológico frontal de Ricketts. Los pacientes con crecimiento esquelético a predominio horizontal generalmente muestran desviaciones hacia patrones positivos de la norma vertical correspondiéndose con la sobremordida esquelética o la disminución del tercio medio facial. Estos resultados coinciden con los pacientes euriprosopos. ⁽¹⁶⁾

Los individuos con maloclusiones esqueléticas a predominio sagital o anteroposterior, son diagnosticados empleando la cefalometría estática lateral de cráneo. Este tipo de dismorfia tiene su repercusión en el plano frontal sobre todo produce modificaciones en la altura facial inferior. Si recordamos el análisis de McNamara y su triángulo que relaciona las normas compuestas en el plano sagital, donde existe una dependencia entre las longitudes sagitales del maxilar y la mandíbula con la longitud vertical del tercio inferior o altura anteroinferior de la cara. El análisis de Ricketts en su estudio morfológico no discrimina relaciones exclusivas para el tercio inferior de la cara, por lo tanto no se encuentran asociaciones entre las maloclusiones esqueléticas sagitales y las desviaciones del patrón áureo en ninguno de los planos espaciales. ⁽¹⁰⁾

El total de los pacientes diagnosticados con maloclusiones esqueléticas a predominio transversal, guardan una relación directamente proporcional con las desproporciones faciales en el plano transversal de Ricketts, como se muestra en la tabla, si recordamos que los tejidos blandos acompañan a los duros que subyacen. ^(10,16)

Es válido señalar que ninguno de los patrones esqueléticos guarda relación con la proporción extrema del análisis morfológico frontal.

CONCLUSIONES

Las proporciones áuricas se encuentran estrechamente vinculadas a la armonía esquelética del aparato estomatognático. En los individuos que presentan anomalías cráneo-faciales esqueléticas se manifiestan constantemente desviaciones respecto a la norma dorada, las que se encuentran indisolublemente relacionadas con los patrones morfológicos faciales y la estética. Estos conceptos se basan en el análisis de la observación del equilibrio, de la armonía del rostro; de esta forma es posible

distinguir lo estético y lo que no lo es, y con ello resaltar la importancia de la cara como barrera de identidad, carácter, inteligencia y belleza universal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Juri J. Concepto de Belleza. En: Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. T. 1. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986. p. 28.
2. Blanco OG, Peláez ALS, Zavarce RB. Estética en Odontología: Parte II. Papel de los principios estéticos en la Odontología. Acta Odontol Venez. 1999; 37(3):44-48.
3. Chain M C, Rodríguez C C, Andriani O. Estética: Dominando los deseos y controlando las expectativas. En: Estética Dental Nueva Generación. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 73-89.
4. Losardo RJ, Murcia DM, Lacera Tamaris V, Hurtado de Mendoza W. Canon de las proporciones humanas y el Hombre de Vitruvio. Revista de la Asociación Médica Argentina [Internet]. 2015 [citado 3 Feb 2018]; 128 (1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/728/Revista-AMA-N1-2015.1.pdf#page=19
5. Rodríguez González LC, Cambrón Zárata H, Vargas Rosales M. Relación entre la proporción áurea facial y la maloclusión en pacientes mexicanos con criterios faciales estéticos evaluados con la máscara de Marquardt que acudieron a la Clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Tecnológica de México durante el 2009. Revista Mexicana de Ortodoncia [Internet]. 2014 [citado 3 Feb 2018]; 2 (1): [aprox. 8 p.]. disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2014/mo141b.pdf>
6. Gómez Angarita JI. Representación matemática y geométrica de un sistema de proporción. Scientia et Technica [Internet]. XVII (50): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://200.21.217.140/index.php/revistaciencia/article/view/6685/3989>
7. Gallardo Frías L. Ser humano, lugar y eficiencia energética como fundamentos proyectual es en las estrategias arquitectónicas. Revista de Arquitectura [Internet]. 2013 [citado 3 Feb 2018]; 15 [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/e3cb178bfb6a4312361b50186b8bd26b/1?pq-origsite=gscholar>
8. Gómez Angarita JI. Modelo de proporción para la configuración geométrica y modular en el diseño. + MAS REVISTA DIGITAL DE DISEÑO [Internet]. 2013 Jun [citado 3 Feb 2018]. Disponible en: http://masd.unbosque.edu.co/sites/default/files/pdf%20modelo%20de%20Proporc%C3%B3n%20conf%20geom%C3%A9trica%20y%20mod%20dise%C3%B1o_0.pdf
9. Pardo Mateu L. Frente al espejo. Reflexiones acerca de la identidad: el concepto de sí mismo, el rostro y la cirugía estética. [Tesis Internet]. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia: Facultad de Bellas Artes; 2012 [citado 3 Feb 2018]. Disponible en: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/27398/Frente%20al%20espejo.%20Lourdes%20Pardo..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Naranjo P, Moya T, Palacios Paredes EW. Influencia de las alteraciones estéticas buco-dentales sobre la autoimagen y sociabilización en adolescentes entre 12-17 años. Odontología [Internet]. 2015 [citado 3 Feb 2018]; 17: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/ODONTOLOGIA/article/view/30/PDF>

11. Sánchez Pérez de la Lara R. Canon y estilo de la figura humana en la publicidad gráfica. [Tesis Doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015 [citado 3 Feb 2018]. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/30929>
12. Ahmad I. Synaesthetic restorations: a psychological perspective for surpassing aesthetic dentistry. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2008; 14(8): 643-9.
13. Quindós T, González-Miranda E. Una cuestión de anatomía el diseño del pictograma asociado al género femenino. *EME Experimental Illustration, Art & Design* [Internet]. 2015 [citado 3 Feb 2018]: (3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://ojs.cc.upv.es/index.php/eme/article/view/3383/3942>
14. Crespo Fajardo JL. Fuentes teóricas sobre la figura humana en la escultura (De la Antigüedad al Barroco). [Internet]. Málaga: Universidad de Málaga; 2014 [citado 7 Feb 2018]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/574793.pdf>
15. Chiche G, Pinault A. Artistic and scientific principles applied to esthetic dentistry. En: *Esthetics of anterior fixed prosthodontics*. Chicago: Quintessence Books; 2004. p. 13-32.
16. Meza Fuentealba CS. Comparación de proporciones faciales antes y después de la rehabilitación con prótesis totales. [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile: Facultad de Odontología: Departamento de P; 2013 [citado 3 Feb 2018]. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117485/Meza_C.pdf?sequence=1
17. Karamanoff Velásquez ES. Asociación de Autopercepción Estética en el Adulto Joven, Proporciones Áuricas e Índice Facial. Santiago de Chile: Universidad de Chile: Facultad de Odontología; 2015 [citado 3 Feb 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131947/Asociaci%C3%B2n-de-autopercepci%C3%B3n-est%C3%A9tica-en-el-adulto-joven%2c-proporciones-%C3%A1uricas-e-%C3%ADndice-facial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Ahmad I. Synaesthetic restorations: a psychological perspective for surpassing aesthetic dentistry. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2008; 14(8): 643-9.
19. Ahmad I. Anterior dental aesthetics: Dental perspective. *British Dental Journal*. 2005; 199(13):135-141.
20. Espinoza Cáceres JF. Análisis de asimetrías funcionales y esqueléticas en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en el hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social. [Internet]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo: Facultad Ciencias de la Salud: Carrera de Odontología; 2013 [citado 3 Feb 2018]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/174/1/UNACH-EC-ODONT-2013-0015.pdf>

Facultad de Ciencias Médicas

Cienfuegos.

Título: Propuesta de Acciones para la inserción del adulto mayor a la vida social en Cienfuegos 2016-2017.

Autor: María Isabel Ledesma Ferrer (x₁)

Coautores: Leticia Seoane Monzón, Miriam De Carmen Martin Ojeda, Mary Lidia Soriano Najarro, Juan Carlos Penot Seijos, Nelson Carlos González Valdes

(x₁) Máster en Longevidad Satisfactoria .Profesor

Asistente.enfermeria7123@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, (x₂) Máster en Educación Médica Superior. Profesor Auxiliar vddf@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba

(x₁) Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente enfermeria7124@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba

(x₃) Licenciada en Enfermería. Especializada en Post-básico de Docencia enfermeria7121@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

(x₅) Licenciado en Defectología,higiene7703@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba,

(x₆) Ingeniero electrónico Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, nelsonc@jagua.cfg.sld.cu.

RESUMEN:

Hoy la esperanza de vida al nacer está aproximadamente alrededor de los 78.5 años y se ha observado en la nación un sostenido crecimiento de las personas de 60 años y más, que ya representan un 16% de la población total y que se prevé que llegará al 26% en el 2025 por lo que planteamos como problema como contribuir a la inserción de los adultos mayores en las actividades comunitarias y como objetivo diseñar acciones que favorezcan la inserción de los adultos mayores del área II en la vida social. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. El universo constituido por 174 adultos mayores, del área II, y la muestra de 110 (67 %), los métodos utilizados fueron la entrevista, y una guía obteniendo como resultado que existió un predominio del sexo masculino, con nivel primario de escolaridad y la jubilación como estado ocupacional, la patología que más incidió fue la hipertensión arterial y que en los círculos de abuelos(100)para el (90.9%), refieren no asistir y no realizarse actividades en la comunidad, por lo que se diseñó un sistema de acciones que favorecerá la inserción en la vida social a los adultos mayores del área II. Se pudo apreciar una estrecha relación entre las necesidades existentes en los adultos mayores y la opinión de los funcionarios sobre la posibilidad de la inserción de los adultos mayores a desarrollar actividades en la comunidad que propicien estilos de vidas saludables.

Introducción.

Una muestra evidente de la magnitud del envejecimiento de la población mundial, en los distintos países, es que la edad media de la población tiende a crecer cada día más. En América Latina y el Caribe la transición demográfica, es de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez. En 1950 sólo el 5.4 por ciento de la población tenía 60

años o más, en el 2002 se estimó un 8 por ciento, mientras que para el 2025 se estima un 12.8 por ciento de la población en este grupo y para el 2050 el 22 por ciento. Analistas aseveran que Cuba está en una situación privilegiada en el hemisferio, y al mismo tiempo destacan los recursos humanos y materiales que el Estado ha puesto al alcance de toda la población, y en particular de ese sector. ⁽¹⁾

El envejecimiento poblacional en Cuba se inscribe en lo avanzado del proceso de transición demográfica del país y sus territorios, en donde la fecundidad como principal factor reductor del crecimiento poblacional se mantiene por debajo de los niveles de reemplazo desde hace más de veinticinco años y la mortalidad igualmente mantiene niveles muy bajos una Tasa Global de Fecundidad de 1.6 hijos por mujer. Es un hecho comprobado: Cuba está entre los países más envejecidos de Latinoamérica. El 18,3 % de su población, aproximadamente 2 millones 41 392 personas, suman en el calendario 60 años o más. En tanto, en algunas provincias, las cifras son superiores: Villa Clara, 22,1 %, Sancti Spíritus, 20 % y La Habana, 19,7 %. Tal situación, confirman los expertos, se acrecentará para el 2030, cuando los por cientos lleguen a 30,3, lo que significa 3 millones 304 685 adultos mayores. ⁽²⁾

Las denominadas Escuelas de cuidadores del Adulto Mayor funcionan en las áreas de Salud del territorio, dirigidas a adiestrar a las personas que se desempeñan en esta importante función dentro de una provincia proclive al envejecimiento poblacional ⁽³⁾ Se trata, en términos prácticos, de materializar una sabia frase de Pitágoras, aunque quizás algo desconocida: “Una bella ancianidad es, ordinariamente, la recompensa de una bella vida”. Lineamiento 259 de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución: “Fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población con la participación intersectorial y comunitaria” ⁽⁴⁾. En este sentido el Sistema Nacional de Salud conformó el programa integral al adulto mayor con enfoque comunitario e institucional, el mismo se acompaña del desarrollo de la Geriátrica y Gerontología y así estudiar mejor los aspectos de envejecimiento de las personas y sus requerimientos en nuestro medio social ⁽⁵⁾.

El fenómeno del envejecimiento poblacional va acompañado de una disminución gradual de la natalidad, el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y la migración constituyen preocupaciones de la sociedad cubana actual. Hoy la esperanza de vida al nacer está aproximadamente alrededor de los 78.5 años y se ha observado en la nación un sostenido crecimiento de las personas de 60 años y más, que ya representan un 16% de la población total y que se prevé que llegará al 26% en el 2025. Es la Universidad para ese grupo etéreo, un espacio encaminado a propiciar desarrollo intelectual y emocional, en aras de mejorar la dinámica familiar de los ancianos. Analistas aseveran que Cuba está en una situación privilegiada en el hemisferio, y al mismo tiempo destacan los recursos humanos y materiales que el Estado ha puesto al alcance de toda la población, y en particular de ese sector. ⁽⁶⁾

“El objetivo es mejorar la atención a nuestros ancianos, al tiempo que contribuimos a que ninguna persona con plena capacidad para trabajar tenga que abandonar su empleo para cuidar a un adulto mayor” ⁽⁷⁾.

Problema. Como contribuir a la inserción de los adultos mayores en las actividades comunitarias

Objetivos. Diseñar un sistema de acciones que favorezca la inserción de los adultos mayores del área II en la vida social.

Métodos utilizados. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal se utilizaron métodos teóricos como : Análisis y síntesis: Para analizar y generalizar la información y sintetizar la información, Histórico lógico: Permitió analizar los antecedentes del trabajo , Deducción-Inducción: Permitió un análisis lógico del objeto de estudio a través de conceptos.

Del nivel empírico. Fueron utilizados las técnicas de observación, entrevista en profundidad.

Criterio de inclusión: Adultos mayores que tengan buen estado psicológico y funcional de ambos sexos.

Criterio de exclusión: Adultos mayores que su estado funcional, psicológico no lo permitan o no den su consentimiento.

Operacionalización de las variables.

Edad: variable cuantitativa continua midiéndose en intervalos de clases abierto con 9 de amplitud, describiendo la edad en años cumplidos hasta el momento del estudio, distribuyéndose:60-70 años, 71- 80 años 81-90 años, más de 91años

Expresado en números y por cientos según edad **Sexo:** variable cualitativa nominal, midiéndose en masculino y femenino, describiendo el sexo biológico de cada individuo y Expresado en números y por cientos según sexo

Nivel Escolar: Variable cualitativa ordinal, se refiere al grado cultural de cada individuo. Midiéndose en: Primario y Secundario: con 9no grado vencido. Universitario: todos los que tengan título universitario. Expresando en números y por cientos los resultados.

Actividad que realiza en su tiempo libre: Variable cualitativa nominal, se refiere a la ocupación de su tiempo libre Midiéndose en: Sí o NO Expresando en números y por cientos los resultados.

Círculo de Adulto mayor: Variable cualitativa nominal, se refiere a si esta integrado a un círculo de abuelos. Midiéndose en: Si participa o no participa. Expresando los resultados en números y por cientos.

DESARROLLO:

Boinet y Buliere denominaron que el envejecimiento: Son las modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que originan el paso del tiempo sobre los seres vivos. (8).

Para Strehler el envejecimiento es un proceso universal (afecta a todos los organismos vivos) es una característica propia de las especies, progresivo (aparece y progresa con el paso del tiempo) y eventualmente deletéreo (determina la muerte de los individuos) .G. Bravo plantea que, desde el punto de vista de la gerontología moderna, el envejecimiento es considerado como un proceso fisiológico, no como una enfermedad y que este se divide en: Primario: Es el proceso fisiológico que ocurre en el normal devenir de los años. Secundario: Cuando al proceso anterior se añade una enfermedad o incapacidad. Terciario: Las situaciones sociales, económicas o culturales pueden modificar el proceso de envejecimiento.(9)

“Vive tu vida al máximo”, es un viejo proverbio japonés, que en estos momentos debemos tener presente para brindar atención socio cultural a los adultos mayores y tiene mucha relación con todas las acciones que hace mención el ministro de salud en

sus palabras de apertura en el pasado año 2007 cuando se desarrolló el V Congreso Internacional de Longevidad Satisfactoria ⁽¹⁰⁾.

La ancianidad es una etapa culturalmente pautada, que se caracteriza por la escasez de roles y por la ambigüedad de los que asumen. Supone, para el individuo, el tener que hacer un ajuste a causa de esta pérdida, por tanto, lo importante no es la edad cronológica, sino cuándo se define culturalmente su retirada de los roles sociales. Es una etapa vulnerable de la vida pues la autoestima y el sentido de la utilidad a veces no se tienen en una escala de valores positiva ⁽¹¹⁾.

En algunos lugares y sociedades (los ancianos pueden llegar a ser a culturales). Viven afuera y aparte del cuerpo disponible de tradiciones, que constituyen la pauta cotidiana de los más jóvenes, la causa sería el proceso de desculturación es posible que el núcleo de una cultura esté centrado en torno a la etapa joven de la vida, antes de iniciar el declive. Llegado el momento este va vaciando de contenidos culturales la vida, dando lugar a la situación antes expuesta. ⁽¹²⁾

Resultados.

La autora considera que para insertar los ancianos a la vida social es importante que cuenten con la energía, vitalidad y alegría de vivir y brindar ayuda a los demás, son importantes valores, que, sin dudas, influyen positivamente en el individuo a la hora de vencer los obstáculos y adversidades de la vida, y los prepara para llegar a la tercera edad con dignidad.

Tabla # 1 Al analizar el grupo etéreo y sexo el grupo de edad de mayor incidencia en ambos sexos fue de 60-70 años con el 64.6% coincidimos con los resultados dados por el departamento de estadística de Cienfuegos (6). La autora considera que para continuar ganando en la esperanza de vida en los adultos en general es necesario lograr que estos se inserten en la comunidad y realicen actividades de acuerdo a las limitaciones de cada uno. En la tabla 2 se analizó el nivel de escolaridad, se comprobó que el 64.6 % corresponden al nivel primario, D. Cadejo (22)., donde el promedio de nivel escolar es el primario, cuestión esta que en nuestro país se logró desde la campaña de alfabetización, es por ello que desde la atención primaria de salud debemos desarrollar acciones que ayuden a elevar la cultura y se desarrollen actividades propias de esta etapa de la vida, cuestión esta que en nuestro país se logró a partir de la campaña de alfabetización, es por ello que desde la atención primaria de salud debemos desarrollar acciones que ayuden a elevar la cultura y se desarrollen actividades propias de esta etapa de la vida esto es una de las cuestiones que debemos tener en cuenta en esta comunidad estudiada donde incide el bajo nivel cultural siendo necesario plantearnos acciones que ayuden a elevar una cultura educativa en la misma y puedan llegar a resolver aquellas dificultades y conflictos que se desarrollan propios de esta etapa de la vida y el por el bajo nivel de escolaridad.

En la tabla 3 se pudo apreciar que 39 pacientes de los estudiados el 40.9 % de pacientes padecen Hipertensión arterial, por lo que constituye la patología de mayor morbilidad, seguido de la Diabetes mellitus que aparece en el 24.5 % de los adultos mayores objetos de estudio. La autora considera que se debe continuar trabajando en acciones de promoción y prevención de salud desde la atención primaria de salud en

las enfermedades crónicas que comienzan aparecer y se combinan con más frecuencia en la ancianidad así como los cambios y limitaciones que aparecen con el envejecimiento.

La tabla 4 refleja que los adultos mayores no participan activamente en las actividades, del grupo de actividades sugeridas en la encuesta para medir participación, se observó que la totalidad (110) para el 100%, refieren no participar en actividades recreativas, culturales, deportivas y en la participación en los círculos de abuelos (100) para el (90.9%), refieren no asistir, en relación con la participación en actividades, los adultos mayores refieren que no se realizan en la comunidad, las opiniones de los funcionarios de la comunidad respecto a los problemas que afectan la realización de actividades socioculturales para los adultos mayores se destaca que la totalidad plantea la no existencia de un círculo de abuelos formado, ni local adecuado asignado para las actividades y que hay falta de motivación por lo que se propone iniciar un sistema de acciones comunitarias dirigidas al adulto mayor con una mejor utilización del tiempo libre coincidiendo con D. Cadejo(22) En cuanto a la opinión de los adultos mayores sobre la Importancia de participar en actividades socioculturales se pudo comprobar que consideran que es de gran importancia para su salud participar en todas estas actividades. permiten mantenerse activos y les ayuda a realizar ejercicios que les benefician su salud física como son: los ejercicios físicos matutinos y otros que les permiten la distracción, profundizar conocimientos y evitar los sentimientos de soledad; es en este aspecto que coincidimos con M. Camacho (21). El cual plantea en su trabajo que la cultura y la recreación crean hábitos para vivir más saludables y felices los años, creándose espacios donde los adultos puedan relacionarse contarse sus vivencias se ayudaría mejorar la calidad de vida de estos adultos y mantendrían su validísimo. La autora considera que es necesario motivar a los ancianos para que se integren a la vida social de la propia comunidad el papel fundamental lo juega el médico y la enfermera del consultorio defendiendo la posición de los ancianos en la sociedad y aún más las posibilidades que tienen de adaptarse a ella.

Conclusiones.

Con este trabajo se caracterizaron los adultos mayores de los consultorios 20 y 21 del área II, los grupos de edades que predominaron fueron de 60 a 70 años, la patología que más incidió fue la hipertensión arterial y se observó que la totalidad (110) para el (100%), refieren no participar en actividades recreativas, culturales, deportivas y en la participación en los círculos de abuelos (100) para el (90.9%), refieren no asistir en relación con la participación en actividades, por lo que se diseñó un sistema de acciones que favorecerá la inserción en la vida social a los adultos mayores del área II.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Cuba: país más envejecido de Latinoamérica en Día del Adulto Mayor [Internet]. La Habana: ;[actualizado 3/10/2013; citado 7/1/2016]. Disponible en: <http://mesaredonda.cubadebate.cu/noticias/2013/10/03/cuba-pais-mas-envejecido-de-latinoamerica-en-dia-del-adulto-mayor/>

2. Dueñas Loza M. El envejecimiento en transición: la situación de las mujeres de edad en la región de América Latina. En: La situación del envejecimiento de la población mundial.
- 3-Capacitan a cuidadores del adulto mayor en Cienfuegos [Internet]. La Habana: Granma; [actualizado 17/11/2015; citado 7/1/2016]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2015-11-17/capacitan-a-cuidadores-del-adulto-mayor-en-cienfuegos>
4. Atención al adulto mayor: Para afrontar el desafío [Internet]. La Habana: Trabajadores; [actualizado 3/6/2015; citado 7/1/2016]. Disponible en: <http://www.trabajadores.cu/wp-content/uploads/2015/06/AbuelosCFG1.jpg>
- 5- Programa Integral de Atención al Adulto Mayor [Internet]. La Habana: Centro de Inf para la prensa; [actualizado ; citado 7/1/2016]. Disponible en: <http://revolucioncubana.cip.cu/logros/modelo-social-socialista/salud/programa-integral-de-atencion-al-adulto-mayor/>
- 6- Programa Integral de Atención al Adulto Mayor [Internet]. La Habana: CITED - MINSAP; [actualizado ; citado 7/1/2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/>
7. Nuevas medidas para la atención a los adultos mayores [Internet]. La Habana: Granma; [actualizado 25/12/2014; citado 7/1/2016]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2014-12-25/nuevas-medidas-para-la-atencion-a-los-adultos-mayores>
8. Menéndez J, Marquina G. Taller internacional de centros colaboradores OMS e instituciones de excelencia científica [en línea]. 2006 [citado 4 febrero]. Disponible en: [http://centrosn.sld.cu/ carpeta de trabajos /eventos.](http://centrosn.sld.cu/rev.club120.html)
9. González Camacho M. Ejercicios, recreación y hábitos correctos para vivir más años saludables y felices [en línea].2007 [citado7 de sep.]. Disponible en: [http://WWW 16 de abril.sld.cu/ rev.club120.html.](http://www.sld.cu/rev.club120.html)
10. Vidal Torres M, Morales Martínez MA. Panorama de salud del adulto mayor [monografía en Internet]. 2008 [citado 10 de marzo]. Disponible en: <http://www.google.com/custom>
11. Vega García E. Incremento de la esperanza de vida en Cuba a 80años. Reto de la sociedad cubana y el sistema de salud [en línea] 2007[citado16 de febrero]. Disponible en: [www.sld.cu.galerias](http://www.sld.cu/galerias)
12. Buendía J, Riquelme. Personalidad, proceso y envejecimiento en Gerontología y Gerontología y Salud. Madrid: Biblioteca Nueva; 2003. p. 9
13. Fernández Bravo Fisiología del envejecimiento: Envejecimiento fisiológico y patológico En: Terapia Ocupacional en Geriatria y práctica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 51. Salud. Madrid: Biblioteca Nueva; 2003. p. 79
- 14.Pérez Martínez Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud [en línea] 2007[citado16 de febrero]. Disponible en: [www.sld.cu.galerias](http://www.sld.cu/galerias).
- 15.Bravo Noriega V. El pensamiento del Comandante en Jefe y el sistema de salud cubano [serie en Internet]. 2008[citado25de julio]. Disponible en: <http://www.sld.cu>
16. González Camacho M. Ejercicios, recreación y hábitos correctos para vivir más años saludables y felices [en línea].2007 [citado7 de sep.]. Disponible en: [http://WWW 16 de abril.sld.cu/ rev.club120.html.](http://WWW 16 de abril.sld.cu/ rev.club120.html)

17 González Braniello MA. La dimensión sociocultural del desarrollo y la vejez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001

18.Sarria Cachón O. Programa de desarrollo Cultural. Cienfuegos. 2007-200- Programa de Atención Integral al Adulto Mayor .1999, [alrededor de 5 paginas] Disponible en: [http:// www.sld.cu/ instituciones /sincuba/ paam/ principal](http://www.sld.cu/instituciones/sincuba/paam/principal). <http> [citado 20 de Diciembre de 2007].

19.Cabrera Rojas A. Estudio Sociocultural de una localidad: Paraíso, un estudio de casos. [trabajo de diploma]. Cienfuegos: Universidad C. Rafael Rodrigues.2005-2006.

20-González Camacho M. Ejercicios, recreación y hábitos correctos para vivir más años saludables y felices [en línea].2007 [citado7 de sep.]. Disponible en: [http://WWW16deabril.sld.cu/ rev.club120.html](http://WWW16deabril.sld.cu/rev.club120.html).

21-Figueroa Camejo D. Longevidad en Cuba. Retos en la Construcción del Siglo XXI [serie en Internet]. 2008 [citado2de junio].

22- Programa de Atención Integral al Adulto Mayor .1999, [alrededor de 5 paginas] Disponible en: [http:// www.sld.cu/ instituciones /sincuba/ paam/ principal](http://www.sld.cu/instituciones/sincuba/paam/principal). <http> [citado 20 de Diciembre de 2007].

23 Rodríguez Basoil. Antropología Social: Selección de lecturas. La Habana: E D Félix Varela; 2005. p .79

24.Martínez Gómez C. La calidad del aprendizaje presupone el Cuidado de la Salud. Salud Familiar. ED. Cient – Téc. La Habana. 2001:1- 60.

25.La Revolución Cubana y su desarrollo socialista. Selección de lectura de Cultura Política. Segunda Parte. ED. Ciencias Médicas 2006.

ANEXOS:1

Tabla # 1. Grupo etáreo y sexo de los adultos mayores objeto de estudio. Cienfuegos

Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
60 a 70 años	60	54.4	11	10	71	64.6
71 a 80 años	20	18.2	6	5.4	26	23.6
81 a 90 años	10	9.2	6	2.8	13	11.8
Total	90	81.8	20	18.2	110	100

Fuentes: Encuestas

Tabla # 2.

Nivel de escolaridad de los adultos mayores objetos de estudio.

Nivel de escolaridad	Número	%
Primario	71	64.6
Secundario	26	23.6
Universitario	13	11.8
Total	110	100

Fuentes Entrevistas.

Tabla # 3**Prevalencia de enfermedades crónicas no trasmisibles según grupos de edades**

Enfermedades	Grupos de edades							
	60 a 70 años		71 a 80 años		81 a 90 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HTA	19	17.3	14	12,7	12	10,9	45	40.9
Diabetes Mellitus	10	9.1	12	10.9	5	4.5	27	24.5
Cardiopatía	4	3.6	11	10	8	7,2	23	20.8
IMA	3	2.7	4	3.6	5	4,5	12	10.8
Enfermedades cerebrovasculares	1	0,9	2	1,8	2	1,8	5	4,5
Enfermedades renales	0	0	1	0.9	2	1.8	3	2.7

Fuente: Entrevistas.

Tabla # 4**Participación en actividades seleccionadas. Adulto Mayor. Cienfuegos.2007-2008**

Actividades	No participan	%
Culturales	110	100
Deportivas	110	100
Recreativas	110	100
Círculos de Adulto Mayor	100	90

Fuente: Entrevistas.

ANEXO # 2

Guía de entrevista en profundidad realizada a adultos mayores y a funcionarios de la comunidad.

1- Nombres y Apellidos----- -Cargo-----

2- Años de experiencia en el cargo-----

3- Años que vive en la comunidad-----

4-Considera usted que los adultos mayores tienen posibilidades de insertarse y mejorar su calidad de vida en la comunidad.

5- Mencione las actividades que se desarrollan en la comunidad

6- Que actividades le gustaría que se desarrollaran en la comunidad para el adulto mayor.

7- Podría proponer un proyecto con acciones para insertar al adulto mayor

Anexo 3. Guía de observación:**Aspectos a observar en la comunidad adulta mayor:**

1-Actividades que se realizan en la comunidad dirigidas al adulto mayor.

2-. Participación de los adultos en las actividades de la comunidad

3- Funcionamiento del círculo de abuelo

Anexo 4. Sistema de acciones para insertar el adulto mayor a la vida social.

TAREA	OBJETIVOS	ACCIONES
Proponer un local adecuado.	-Analizar la posibilidad de asignar un local adecuado para las actividades.	Gestionar con el delegado la asignación de un local adecuado.
Seleccionar actividades dirigidas a la salud	Realizar actividades que contribuyan a mantener una salud adecuada	Crear encuentros generacionales y Crear Circulo de Abuelos
Coordinar actividades culturales a través de cultura y de iniciativas de los adultos.	Promover el arte y la cultura mediante manifestaciones artísticas.	Programar actividades tales como el arte, canto, teatro, etc. Realizar exposiciones sobre las artes manuales.
Crear actividades que permitan estimular al adulto.	Intercambiar con el adulto mayor para lograr insertarlo a las actividades sociales.	Organizar conversatorios, charlas educativas o talleres sobre temas de interés del adulto (nutrición, dieta y prevención de caídas. Proponer actividades de intervención comunitaria con los estudiantes de 3er año de enfermería sobre promoción y prevención de salud en el anciano.
Identificar adultos que tengan posibilidades de desarrollar artes manuales	Promover el desarrollo de las artes manuales entre los adultos	Creación de talleres donde se desarrollen diferentes artes manuales.
Realizar ejercicios físicos y ofertar juegos de mesa.	Promover actividades, físicas y deportivas.	Realizar actividades físicas y deportivas juegos de dominó y otros.
Coordinar visitas a otros círculos de abuelos.	Estimular interacción social entre círculos de abuelos.	Realizar intercambios entre círculos de abuelos

PROPUESTA DE CURSO OPTATIVO DE NUTRICIÓN EN LA LICENCIATURA DE ENFERMERÍA.

Autora Principal:

1-Lic. Anisley Cazañas Hernández. Lic. Nutrición y Dietética. Profesora Asistente Email: nutricion8103@ucm.cfg.sld.cu Teléfono: 500816

Coautoras.

2- MSc. Addys Teresita Stable Rodríguez. MSc. Educación. Profesora Asistente Email: vdfgf@ucm.cfg.sld.cu

3- MSc. Deise Matilde Girao Rodríguez. Lic. Enfermería. MSc en Ciencias. Profesora Consultante

4-MSc. Leticia Seoane Monzón. Lic. Enfermería. MSc. Educación. Profesora Auxiliar

5- MSc. Maria Regla Chongo Gutiérrez. MSc Educación Superior. Profesora Asistente. Teléfono: 500659.

6-Lic. Betsy Castillo Oropesa. Lic. Higiene e Epidemiología. Profesora Instructor. Email: higiene7712@ucm.cfg.sld.cu Teléfono: 500824.

Resumen.

La Nutrición es un claro ejemplo de multidisciplinariedad, considerándose como elemento integrador de múltiples ciencias, en nuestro país en la Carrera de Enfermería el modelo del profesional especifica que debe planificar, participar, controlar, y/o ejecutar la necesidad de la alimentación del paciente, sin embargo el conocimiento de habilidades teóricas y prácticas de la nutrición es insuficiente por lo que conlleva a que el estudiante no desarrolle las funciones dietoterapéutica. Teniendo en cuenta lo analizado en las situaciones anteriores conduce a plantear como **problema científico**: ¿Cómo contribuir a la adquisición de conocimiento sobre Nutrición en el pregrado de Enfermería? Se propone como **objetivo general**: Elaborar un programa optativo que tribute a la adquisición de conocimientos del profesional de salud en la ciencia de la nutrición y alimentación. **Métodos**: Del nivel teórico se aplicaron en todo el análisis bibliográfico y del nivel empírico documentos escolares y normativos, que permitieron el análisis de los contenidos.

Palabras Claves: Nutrición, Alimentación, Enfermería.

Introducción.

Durante las primeras décadas del siglo XX el círculo científico de la nutrición a nivel mundial estuvo centrado en el descubrimiento asombroso de una serie de sustancias indispensables para la vida cuya carencia era causa de enfermedades de sintomatología que se conocían ya en sus manifestaciones clínicas pero no en su etiología que llenaban las salas de hospitales de muchos lugares de la tierra; la pelagra, beriberi en el oriente, el raquitismo en los países de zonas templadas y fría. América Latina padeció de casos esporádicos y solo ocasionalmente sufrió de verdaderas epidemias, de estas carencias vitamínicas, todo esto aconteció en los años anteriores a la II Guerra Mundial.

Los años 30 y 40 están marcados tanto en Europa como en América Latina, más por la preocupación en definir “la dieta normal” para las poblaciones, preferentemente los trabajadores, que por las carencias no solamente en términos de nutrientes, sino de

alimentos o grupos de alimentos. Esto fue muy evidente en la conferencia de Hot Spring celebrada en (Estados Unidos de América, en 1943, en plena Guerra Mundial) dicha conferencia recomendó el establecimiento de un organismo permanente que trate en conjunto no aisladamente, los distintos problemas de alimentación y agricultura, surgiendo así la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) , la conferencia reconoció lo inútil que resultaría producir alimentos si no se dan a los individuos y a las naciones los medios de adquirirlos. El hombre no podrá liberarse de la escasez sin una expansión equilibrada de la actividad económica mundial.

Este era el panorama nutricional de los años 30-40, por eso se dio preferencia a la formación de dietistas, médicos dietólogos y solo más tarde vendría la formación de nutricionistas, médicos y enfermeros nutriólogos. ⁽¹⁾

La Enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación, debe ir respaldada por un método que aporte fiabilidad y le dé sentido a la práctica haciéndola útil y funcional. Florence Nightingale (considerada la primera enfermera de la era moderna) fue la primera persona que dedicándose a atender pacientes, promulgó unas normativas de higiene y de salud al estructurar los primeros conceptos de ventilación, calor, luz, limpieza, ruido y **dieta**.

Los cuidados de las enfermeras en Nutrición son asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar, desde el aspecto biopsicosocial del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas.

La Nutrición es un claro ejemplo de multidisciplinariedad, que podría considerarse como elemento integrador de múltiples ciencias, donde su peculiaridad es examinar aquellos contenidos culturales, rutinas, interacciones y tareas que predominan en esta especialidad y se vincula con la ciencia de la enfermería desde las primeras décadas del siglo XX en círculo científico a nivel mundial. ⁽²⁾

Las graduaciones de Nutricionistas y Dietistas de esta época reportaron un aporte importante para el desarrollo de la alimentación y nutrición, sin embargo a pesar de los avances la enseñanza de la nutrición en las ciencias médicas, tiene el mismo problema que el resto del mundo, no se le da suficiente importancia inexplicablemente se enseña poco y en forma fraccionada por lo que trae como consecuencia que el equipo multidisciplinario presente tanto en la atención primaria como secundaria no preste la adecuada atención a la intervención nutricional y educación de la población que se presenta en las instituciones de salud.

En Cuba se continúa trabajando en la integración de los Grupo Básico de Trabajo (GBT) en la Atención Primaria de Salud y en la creación del Grupo de Apoyo Nutricional (GAN) en los Hospitales ⁽³⁾, pero para esto los miembros deben adquirir conocimientos sobre nutrición desde el pregrado opción aplicada en Chile ⁽¹⁾ con satisfactorios resultados, claro sin excluir las funciones que debe cumplir la Nutricionista-Dietista.

En nuestro país en la carrera de Enfermería el modelo del profesional en las funciones asistenciales especifica que la enfermera (o) planifica, participa, controla, y/o ejecuta la necesidad de la alimentación del paciente por diferentes métodos y vías, identifica signos y síntomas de intoxicación alimentaria, ejecuta actividades de promoción y prevención de la salud por lo que debe colaborar con los integrantes del Departamento de Nutrición o con el Licenciado o Técnico de Nutrición y Dietética del (GBT y GAN). ⁽⁴⁾

No obstante a pesar de que en algunas asignaturas rectoraras de la especialidad incluyen temas de nutrición no es suficiente viéndose su resultado en el estudio realizado en el 2013 sobre el "Estado de Conocimiento del Personal de Enfermería en Nutrición Clínica en La Habana", reflejándose que de los 201 enfermeros (as) que efectuaron el examen contentivo de 10 preguntas el 66,7 % obtuvieron un calificación de mal, 24,9% regular y bien el 8,5% constatándose que el conocimiento del personal de enfermería sobre Nutrición clínica y Terapia nutricional es escaso y que no se cumple con el esquema prescrito de terapia nutricional, como parte del "Proceso de Atención de Enfermería, por lo que la autora Maritza González Benítez recomienda que las Facultades de Enfermería deben incluir en los programas de pregrado la Alimentación y Nutrición dentro de una asignatura que quede instaurada en las diferentes fases de la carrera. Los profesores encargados de impartirla deben ser profesionales especializados en estos temas, con experiencia en el trabajo en equipo, que puedan transmitir al personal en formación el enfoque multidisciplinario que requieren estas especialidades.⁽⁵⁾

En la encuesta realizada en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos a los profesores de enfermería se confirma la necesidad de incluir un programa optativo de nutrición y dietética desde el 1er año hasta el 4to año del pregrado, además especifican que en los cursos correspondientes a los años 70 hasta el 83 se impartía como asignatura obligatoria teniendo como positivo que el estudiante pudiera adquirir conocimiento y habilidades para relacionar el tratamiento asistencial y alimentario del individuo sano o enfermo. En la actualidad en los programas de la carrera abordan temas sobre el manejo alimentario pero con muy poca profundidad tanto en la teoría o práctica que se realiza en las áreas asistenciales, repercutiendo después en el trabajo profesional y en la población cubana que está inmersa en el aumento de enfermedades de ámbito nutricionales.

Teniendo en cuenta lo analizado en las situaciones anteriores conduce a plantear como **problema científico**: ¿Cómo contribuir a la adquisición de conocimiento sobre Nutrición en el pregrado de Enfermería?

De acuerdo con ello se propone como **objetivo general**: Elaborar un programa optativo que tribute a la adquisición de conocimientos del profesional de salud en la ciencia de la nutrición y alimentación.

Métodos y procedimientos: Se realiza un estudio básico, descriptivo, longitudinal relacionado con temas de las asignaturas rectora del 1er año en enfermería. Para su realización se utilizan métodos que aportan información como:

- **Del Nivel Teórico**: Analítico-sintético, inductivo-deductivo, histórico-lógico: Se aplicaron en todo el análisis bibliográfico, así como en los resultados que se alcanzaron en el proceso de investigación.^(4,6)
- **Del Nivel Empírico**: Informes de investigación, documentos escolares y normativos, esto permitieron el análisis y discusión de los contenidos, fundamentos para la elaboración del programa a través de la validación de los expertos.

Desarrollo:

La nutrición es la ciencia que se encarga de estudiar el conjunto de procesos por los cuales el cuerpo humano digiere, absorbe, transforma, utiliza y elimina las sustancias nutritivas contenidas en los alimentos con el objetivo de obtener la energía, reparar las estructuras celulares y regular el metabolismo. Es un proceso involuntario o sea se produce independientemente de los deseos del hombre por lo que es importante tener un adecuado estado de salud para que este proceso se desarrolle de manera adecuada, de no ocurrir esto el alimento ingerido no cumple la función que realiza.⁽⁷⁾

El programa de la asignatura Nutrición en el 1er año de la carrera de Enfermería va dirigido a formar en el estudiante las capacidades de análisis necesarias para el reconocimiento, selección y aplicación de las técnicas elementales de tratamiento atendiendo al estado nutricional del paciente tanto en instituciones hospitalarias como en la comunidad.

Objetivo generales del programa.

1. Identificar los problemas nutricionales y los factores que determinan la disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica, del individuo, la familia y las comunidades, de acuerdo con el medio ambiente en que se desenvuelven.
2. Determinar las recomendaciones, requerimientos nutricionales, guías alimentarias basadas en alimentos y el estado nutricional en los diferentes grupos etarios.

El Programa abarca 5 unidades temáticas:

Unidad I, Nutrición y Salud. Aborda los aspectos teóricos introductorios a la Nutrición. La relación de la nutrición, alimentación y dieta.

Unidad II, Guías alimentarias basadas en alimentos para la población cubana. Explica la utilización de las guías alimentarias para mayores y menores de 2 años de edad en la población cubana para la adquisición de hábitos alimentarios y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Unidad III, Nutrición en la infancia y la adolescencia. Aborda los aspectos básicos de la nutrición en la infancia-adolescencia y su relación con las enfermedades.

Unidad IV, Nutrición en el embarazo y la lactancia. Explica los aspectos fundamentales a tener en cuenta en la alimentación de la embarazada y la mujer que lacta.

Unidad V, Alimentación y Nutrición en el adulto y adulto mayor. Explica los aspectos fundamentales de la alimentación - nutrición en el adulto y adulto mayor.

Se elaboró para el programa optativo cinco temas, con objetivos y contenidos que se vinculan con el contenido de la asignatura rectora Fundamentos de Enfermería I del 1er año de la carrera de enfermería ⁽⁸⁾. **(Ver Anexo No.1)**








En la **validación por los expertos** se aplicó el método de corte evaluativo denominado Ábaco de Régnier, que tiene como fin interrogar a los expertos y tratar sus respuestas a tiempo real a partir de una escala de colores en el siguiente se distinguen tres fases.

En la **fase 1**: Para la recogida de opiniones de los expertos se realizó una encuesta individual a través de diferentes ítems y se utilizó una escala con los tres colores del semáforo.

Ítems

- 1- Criterio para la selección de los temas y contenidos que se trabajaran desde la Nutrición.
- 2- ¿Los temas contribuyen al desarrollo de las competencias de la profesión de enfermería?
- 3- ¿Considera que el programa posee calidad y pertinencia?

Escala.

En desacuerdo total-----	
En desacuerdo-----	
Parcialmente de acuerdo -----	
De acuerdo total -----	
De acuerdo -----	
No desea participar-----	
Desea participar pero no tiene opinión-----	

Fase 2: Tratamiento de los datos: Los expertos se pronuncian con un voto según la escala de colores formándose así una matriz.

Fase 3: Discusión de los resultados: Sobre la base de la imagen coloreada se inicia el debate y/o explicación del voto, el procedimiento es abierto y cada uno puede o no cambiar el color de su voto justificando su cambio de opinión.

Resultados de los ítems:

- 1- Criterio para la selección de los temas y contenidos que se trabajaran desde la Nutrición: Los profesores fundamentaron que todos los temas y contenidos propuestos en el programa son importantes y que dentro de ellos se prioriza el desarrollo de conocimientos específicos de acuerdo a la labor que realiza y la preparación para dar solución a situaciones que se presentan en la práctica aplicándose en el cuadro de salud de la población.
- 2- ¿Los temas contribuyen al desarrollo de las competencias de la profesión de enfermería? Los temas ubican al profesor y estudiantes para el óptimo desarrollo de los objetivos en correspondencia con los contenidos de la asignatura rectora del 1er año de la carrera de enfermería.
- 3- ¿Considera que el programa posee? : a) ¿Calidad para desarrollar los contenidos?
b) ¿Es pertinente su aplicación?
 - Calidad: Su calidad y confección es satisfactoria se tiene en cuenta la relación de la enfermería y la nutrición lo que permite que el estudiante pueda apropiarse de habilidades teóricas para aplicar en la práctica de su especialidad.

- **Pertinencia:** Es pertinente su aplicación porque posee calidad y contribuye al desarrollo de habilidades teóricas-prácticas para los profesionales de la salud, además de ser una herramienta a utilizar desde la docencia en el pregrado en el proceso de enseñanza y aprendizaje. (**Ver Anexos No 2,3,4**)

Conclusiones.

- 1- La revisión bibliográfica nos permitió apropiarnos de los conocimientos, para la asimilación del contenido que se debe dirigir para el proceso de aprendizaje de los estudiantes en el pregrado.
- 2- A partir de las encuestas realizadas a los expertos de la especialidad de Enfermería y Nutrición predominó las categorías de acuerdo total y de acuerdo contribuyendo a la confección de los temas, objetivos y contenidos a impartir por el claustro de profesores.
- 3- Se toma como recomendación hacer extensivo la elaboración de programas optativos en nutrición hasta el 4to año de la carrera de enfermería.

Referencias Bibliográfica.

- 1- Bourgues R, Héctor, Bengoa, José M, O'Donnell, Alejandro M. Historias de la Nutrición en América Latina. SLAN #1; 2012. 247. p.
- 2- de Torres Aured, Lourdes, López-Pardo Martínez, Mercedes, Domínguez Maeso, Ana, de Torres Olson, Cristina. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. Nutr clín diet hosp. 2008;28:11.
- 3- VI CONGRESO (REGISTRADO OFICIALMENTE COMO JORNADA) NACIONAL DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO. Rev Cubana Aliment Nutr. 2012;22:6.
- 4-MODELO DEL PROFESIONAL PARA LA FORMACIÓN DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA. MINSAP.; 2012.
- 5-González Benítez, Maritza. ESTADO DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE TEMAS DE NUTRICIÓN CLÍNICA. Rev Cubana Aliment Nutr. 2013 Jun;23:21.
- 6- MODELO DEL PROFESIONAL DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN. Ministerio de Salud Pública.; 2012.
- 7- Hernández Fernández, Moisés, Plasencia Concepción, Dra. Delia, Jiménez Acosta, Santa, Martín González, Isabel, González Pérez, Toradio. Temas de Nutrición Básica. La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas.; 2008.
- 8- Sixto Pérez, Arahi, Álvarez de la Cruz, Caridad, Cárdenas Cintado, Regla Mercedes, Pique Meneses, Dora Lidia, Gutiérrez Pagés, Miriam. PROGRAMA ANALÍTICO DE LA ASIGNATURA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I CRD. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA.; 2014.

Anexo .1

Temas	Objetivos	Contenidos
1. Nutrición y Salud.	<p>Identificar las bases conceptuales de la Nutrición y la Alimentación.</p> <p>Interpretar el alcance y magnitud de los principales problemas nutricionales.</p>	<p>Nociones generales de Nutrición. Concepto de Nutrición, Alimentación, Dietética y Hábitos alimentarios. Seguridad Alimentaria. Concepto. Factores que inciden en el estado nutricional del individuo y las poblaciones. Requerimientos nutricionales de la población cubana.</p>
2. Guías alimentarias basadas en alimentos para la población cubana.	<p>Identificar los objetivos de las Guías alimentarias basadas en alimentos (GABA) y su relación con los cambios de estilos de vida para promover salud.</p> <p>Explicar los mensajes educativos de las GABA para el logro de una alimentación saludable.</p> <p>Fundamentar la importancia de la ingestión de una dieta saludable para mantener un buen estado de nutrición y salud.</p>	<p>Guías Alimentarias Basadas en Alimentos: Fundamentos para su elaboración. Objetivos que persigue. Distintos tipos de guías según el país que las elabora. Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad. Guías alimentarias para la población cubana mayor de 2 años. Resultados de la I Encuesta Nacional de Consumo, Hábitos y Preferencias de la población cubana.</p>
3. Nutrición en la primera infancia y adolescencia.	<p>Realizar la evaluación del estado nutricional en la infancia y adolescencia.</p> <p>Caracterizar los requerimientos y recomendaciones nutricionales durante la niñez, adolescencia y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p>Evaluación del estado nutricional. Alimentación y nutrición en la infancia, adolescencia y su relación con las enfermedades (Obesidad-Diabetes Mellitus-Anemia).</p>
5. Alimentación y Nutrición en el adulto y adulto mayor.	<p>Explicar la importancia de la Alimentación y Nutrición en el adulto y el adulto mayor para mantener su estado de salud y prevenir enfermedades.</p>	<p>Evaluación antropométrica del adulto y adulto mayor. Características de la alimentación y nutrición en el adulto y en la edad avanzada. Requerimientos nutricionales. Importancia de una alimentación sana para prevenir enfermedades.</p>

Anexo.2

Fase1: Recogida de Opinión de los expertos.

1- Criterio para la selección de los temas y contenidos que se trabajaran desde la Nutrición.

Para la selección de los contenidos esenciales se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros:

a)- Modelo del profesional para seleccionar las competencias específicas de la profesión a las que tributa la especialidad de Enfermería y Nutrición.

b) -Análisis del programa para seleccionar los temas y contenidos donde se pudiera trabajar para desarrollar las competencias específicas de la profesión, teniendo en cuenta:

b.1- Representatividad: Que estén representado los sistemas de conocimientos que tributan al desarrollo de las competencias específicas profesionales.

b.2- Transferibilidad: Seleccionar el sistema de conocimientos que necesita el estudiante para desarrollar y dar soluciones a las distintas situaciones de salud que se presenten en el ámbito de la educación en el trabajo.

c)-Se efectuó una **discusión en grupo** con los 3 expertos de la carrera de Nutrición-Dietética y 5 expertos de la carrera de enfermería, profesores que cuentan con más de 8 y 35 años de experiencia profesional y docente, con el objetivo de seleccionar los temas, objetivos y contenidos desde la ciencia de la Nutrición que dan salida al modelo profesional de enfermería desde el pregrado.

Fase 2. Tratamiento de los Datos.



1- Criterio para la selección de los temas y contenidos que se trabajaran desde la Nutrición.	Expertos						
	1	2	3	4	5	6	7
a)							
b.1							
b.2							
c)							

Fase 3. Discusión de los resultados.

Criterio a): -El modelo del profesional es el documento más importante de la carrera, su consulta es obligada, este conocimiento es lo que fundamenta la evaluación y calidad del egresado, de ahí que el trabajo docente esté encaminado al desarrollo de las competencias específica profesionales.

Criterio b.1): -Todos los contenidos propuestos en el programa son importantes, pero dentro de ellos es necesario priorizar aquellos que necesita el alumno para desarrollar determinadas competencias específicas profesionales de acuerdo a la labor que realiza.

Criterio b.2): -La preparación del estudiante para dar solución a situaciones que se presentan en la actividad práctica es muy útil e importante. Es real la necesidad de brindar los conocimientos necesarios para desarrollar las competencias específicas profesionales que se aplican en la solución de problemas de salud que se presentan a diario en la actividad laboral.

Criterio c): Se considera muy útil, éste personal es el más capacitado.
 No se somete a una segunda votación por predominar entre los expertos las categorías:
De acuerdo totalmente  y **De acuerdo** .

Anexo. 3

Fase1: Recogida de Opinión de los expertos.

2-¿Los temas contribuyen al desarrollo de las competencias de la profesión enfermería?

Se dieron a conocer los elementos que se tuvieron en cuenta para la elaboración del programa estos fueron: temas, objetivos, contenidos.

Fase 2. Tratamiento de los Datos.



2¿Los temas contribuyen al desarrollo de las competencias de la profesión enfermería?	Expertos								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
a)-Tema									
b)-Objetivos									
c)-Contenidos									

Fase 3. Discusión de los resultados.

Temas: Es muy importante determinarlo pues ubica al profesor y estudiante en el desarrollo de dicho contenido.

Objetivos: Muy bien formulados y en correspondencia con los contenidos que serán tratados.

Contenidos: Son muy concretos y están acorde con los objetivos propuestos, responden a la situación de salud de cuba, están muy bien formulados orienta al estudiante a la realización de actividades propias de la carrera.


No se somete a una segunda votación por predominar entre los expertos las categorías:
De acuerdo totalmente  y **De acuerdo** .

Anexo. 4

Fase1: Recogida de Opinión de los expertos.

3- ¿Considera que el programa posee calidad y pertinencia?



Fase 2. Tratamiento de los Datos.

3-¿Considera que el programa posee calidad y pertinencia?	Expertos								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
a) Calidad									
b) Pertinencia									

Fase 3. Discusión de los resultados.

a)-Calidad: Su calidad y confección es satisfactoria se tiene en cuenta la relación de la rehabilitación y la nutrición lo que permite que el estudiante pueda apropiarse de habilidades teóricas para aplicar en la práctica de su especialidad.

b)-Pertinencia: Es pertinente su aplicación porque posee calidad y contribuye al desarrollo de habilidades teóricas-prácticas para los profesionales de la salud, además de ser una herramienta a utilizar desde la docencia en el postgrado en el proceso de enseñanza y aprendizaje.

No se somete a una segunda votación por predominar entre los expertos las categorías:
De acuerdo totalmente  **y De acuerdo**  .

PROPUESTA DE MEJORA CONTINÚA DE LA CALIDAD. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS 2017

Autores:

Lic. Msc. Felicia Rodríguez Solís, Lic. Msc. Claribel Chongo Solís, Lic. Msc. Bertha Fernández Cabrera Lic. Esp. Zulema Sánchez Acosta, Lic. Esp. Arlene Vidal Marti

RESUMEN.

Introducción: El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método por el cual se aplica la base teórica del ejercicio de la profesión, sirve de guía para el trabajo práctico, permite organizar pensamientos, observaciones o interpretaciones; proporciona la base para las investigaciones; contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud del individuo, la familia y la comunidad; exige del profesional capacidades cognoscitivas, teóricas y personales, para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos teóricos y práctico. **Objetivos:** cambiar el método de actuación de enfermería de un modo automático, a uno deliberado, responsable y profesional; que sea capaz de interpretar las necesidades inmediatas del paciente y prestarle ayuda calificada, y por otra parte, mejorar la calidad de la atención de manera personalizada. **Métodos:** Se realizó una investigación en sistema de servicios de Salud, con diseño descriptivo para evaluar la calidad de la aplicación práctica del Proceso Enfermería en el servicio de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Paquito González Cueto. El trabajo se realizó en el periodo de tiempo entre Enero del año 2016 a Enero del 2017. A partir de los problemas detectados, se aplicaron los principios de investigación acción y se diseñó un plan de intervención encaminada a la solución de los mismos, el universo estuvo constituido por 391 paciente ingresado en el servicio de cuidados intensivos, 640 familiares a través del muestreo no probabilístico por conveniencia y además se tuvo en consideración la opinión de 28 enfermeros del servicio con respecto al nivel de conocimiento del PAE. También fue entrevistado el equipo médico formado por 7 profesionales del propio servicio y 3 externos que hacen guardia, el análisis de los datos se realizó de los resultados de la aplicación de las técnicas cualitativas se extrajeron juicios de valor, los cuestionarios que se aplicaron se procesaron por métodos manuales y se evaluaron según indicadores y estándares. **Resultados:** Los resultados de la aplicación práctica del PAE no fueron los esperados y estuvieron relacionados con los problemas organizativos de la estrategia la competencia y desempeño profesional de los prestadores, no fue adecuada, aspectos evidenciados por la insuficiente satisfacción de los usuarios y prestadores, dada por lo que desean obtener y no obtienen y lo que reciben sin desear, aunque el comportamiento de la evolución de los pacientes fue satisfactoria y las complicaciones presentadas pueden ser frecuentes en este servicio. **Conclusiones:** La estructura existente en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico para garantizar la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería presenta insuficiencias en lo referente a recursos humanos y materiales, lo que influye negativamente en la calidad y el cumplimiento de esta importante estrategia.

Palabras clave: Mejora continua, calidad, proceso de atención de Enfermería.

INTRODUCCIÓN:

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método por el cual se aplica la base teórica del ejercicio de la profesión, sirve de guía para el trabajo práctico, permite organizar pensamientos, observaciones o interpretaciones; proporciona la base para las investigaciones; contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la cognoscitivas, teóricas y personales, para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos teóricos y prácticos.¹

Los objetivos del proceso son, cambiar el método de actuación de enfermería de un modo automático, a uno deliberado, responsable y profesional; que sea capaz de interpretar las necesidades inmediatas del paciente y prestarle ayuda calificada, y por otra parte, mejorar la

Calidad de la atención de manera personalizada.¹

El PAE sin duda alguna permite de forma planificada elevar la calidad de los procedimientos y cuidados que realiza el personal de Enfermería a pacientes y familiares.

Evaluar la calidad asistencial implica en general, medir y dimensionar lo que existe y compararlo con lo que deseamos. O deberíamos encontrar o averiguar de qué manera podríamos acometer las eventuales distancias entre realidad y deseo u obligación

"La calidad en cualquier caso es consistentemente considerada como un proceso continuo al que nadie hasta ahora ha intentado poner límites".

"La calidad no es un proceso pasivo de arriba a abajo, sino más bien, un proceso dinámico no interrumpido y exhaustivo de identificación permanente de fallos en los ritmos y procedimientos que precisan ser revisados periódicamente con gran compromiso, desde la más alta dirección hasta sus funcionarios".

La calidad de los servicios de salud ofrece satisfacción, tanto individual como colectiva, de las necesidades de salud con el desempeño científico - técnico más actualizado; integral y eficiente por el mayor grado de aceptación y colaboración por parte de la población"

La calidad es un concepto clave hoy en día para los servicios de salud y la Organización Mundial de la Salud lo define como:^{1, 2}

- * Alto nivel de exigencia profesional.
- * Uso eficiente de los recursos.
- * Mínimo de riesgo para el paciente.
- * Alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- * Impacto final en la salud.

Para evaluar la calidad de la atención a la salud, es necesario tener en cuenta indicadores de la estructura, del proceso asistencial y de los resultados; donde la estructura evalúa las características de las instituciones de salud, equipo, administración y organización de los programas aplicados, así como los recursos humanos y financieros.³

Se conoce a través de las actas de trabajo del Comité de Enfermería y Subcomités de Procesos Asistenciales, que la aplicación práctica del PAE es uno de los problemas que afronta la vice -dirección de Enfermería y que

constituye una de las estrategias de trabajo fundamentales de la Dirección Nacional de Enfermería,

Objetivos de esta investigación es proponer un programa de mejora de la calidad para la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería, previa evaluación del mismo, en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico Provincial Universitario "Paquito González Cueto" de Cienfuegos. Teniendo en cuenta que el mismo es un escenario donde se realiza frecuentemente.

Métodos.

Se realizó una investigación en sistema y Servicio de Salud con diseño descriptivo para evaluar la calidad de Aplicación práctica del Proceso de Atención Enfermería Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico Provincial Universitario "Paquito González Cueto" de Cienfuegos. El trabajo se realizó en el periodo Enero 2016 a Enero 2017. A partir de los problemas detectados, se aplicaron los principios de la investigación acción y se diseñó un Plan de intervención. Para evaluar los elementos de estructura y proceso se realizó una evaluación retrospectiva, Para la satisfacción de los usuarios internos y externos, una evaluación concurrente. El universo estuvo constituido por 391 pacientes ingresado en el Servicio de Cuidados Intensivos. 640 familiares a través del muestreo no probabilística por Conveniencia y además se tuvo en consideración la opinión de 28 enfermeros del servicio con respecto al nivel de conocimiento del PAE. También fue entrevistado el equipo médico formado por 7 medico del propio servicio y 3 Residentes .Las variables de salida fueron; Recursos humanos, Recursos materiales, Competencia profesional, Aplicación práctica del PAE, satisfacción familiar y satisfacción de los prestadores. Para la evaluación de la calidad en la aplicación práctica del PAE se trabajó las dimensiones competencia y desempeño.

Metódica;

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos se procedió a;

Objetivo No. 1;

1.1. Identificar criterios, indicadores y estándares por expertos jefa de enfermeras y supervisores de enfermería .Miembros del sub. Comité de PAE, jefe de servicio, jefe de sala y docentes asistenciales, que se utilizaron en la evaluación de los elementos de estructura relacionados con;

* Recursos humanos (Cantidad y nivel de competencia).

* Recursos materiales (Cantidad y calidad).

* Estructura organizativa (Organización del proceso del servicio).

1.2. Se selecciono el método evaluativo y se diseñaron los instrumentos para la evaluación.

1.3. Se aplicaron los instrumentos diseñados en la institución y se evaluaron los criterios preestablecidos previa aprobación del grupo focal constituidos por personas que desarrollan actividad.

1.4. Se determinaron las desviaciones entre lo existente y lo establecido.

Objetivo No. 2;

2.1. Se determinaron los criterios, indicadores y estándares por expertos para evaluar la calidad científico- técnica y el desempeño.

2.1.1. Se selecciono una actividad trazadora para evaluar el proceso de atención utilizando los criterios de Kessner^{4 13}.

2.1.2. Se determinaron con relación a la actividad trazadora, y se seleccionaron los criterios evaluativos referente a la calidad de; ^{6,7}

Valoración.

Diagnósticos de Enfermería.

Expectativa u objetivos.

Planes de cuidados.

Evaluación.

2.2. Se selecciono el método evaluativo y se diseño los instrumentos para la evaluación.

2.3. Se aplicaron los instrumentos diseñados en la institución y se evaluaron los criterios preestablecidos.

2.4 Se determinaron las desviaciones entre lo existente y lo establecido.

Objetivo No.3

3.1. Se seleccionaron criterios, indicadores y estándares por expertos y se aprobaron por el grupo focal, con relación a los resultados que se obtuvieron referente a:

Evolución del paciente ingresado.

Complicaciones.

Satisfacción del paciente o familiares y prestadores.

3.2. Se selecciono el método evaluativo y se diseño los instrumentos para la evaluación.

3.3. Se aplicaron los instrumentos ajustados en el servicio para evaluar los criterios pre establecido.

3.4. Se determinaron las desviaciones entre lo existente y lo establecido.

Objetivo No.4

4.1. Se clasificaron los problemas:

*En los que se conoce la causa y existen recursos para trabajarlos.

*Los que se desconoce la causa.

*Para los que no existen recursos con que trabajarlos.

4.2. Se discutieron las dificultades detectadas con la vice dirección de Enfermería.

4.3. Se priorizaron los problemas según el método de Ranqueo.

4.4. Se confecciono Diagrama causa –efecto y se seleccionaron los nudos críticos los cuales fueron objeto del plan intervención.

4.5. Se construyo la viabilidad utilizando la técnica de Campos de fuerza Matriz DOFA.

4.6. Se definieron las actividades, el cronograma, recursos, contingencia y criterios evaluativos que se incluyen en el plan de intervención.⁸

Técnica y procedimientos

1. Recogida de la información

1.1. Revisión de documento de la institución:

*Actas del comité de Enfermería.

*Actas del subcomité de proceso asistencial.

*Línea de investigación de la institución y provincial.

*Supervisiones realizadas por los diferentes niveles de la institución.

*Cronograma del PAE.

1.2. Revisión documental de estadística para seleccionar la actividad trazadora a partir de la aplicación de los principio de Kessner.^{8,13}

1.3. Se realizo revisión bibliográfica de la carpeta metodológica de Enfermería para obtener criterios de estructuras, procesos y resultados a utilizar en la evaluación del PAE.

1.4. Se consulto mediante entrevista semi estructurada a los expertos para la propuesta criterios e indicadores.

1.5. Se realizo un grupo focal buscando aprobación de criterios y propuestas de indicadores y estándares de estructura, proceso y resultado.

1.6. Se aplico el test de competencia a los enfermeros y médicos especialistas en pediatría que participaron en la investigación, buscando nivel de conocimiento sobre al PAE. En la confección de las interrogantes referente al PAE participaron responsables de la estrategia del mismo: Vice directora de Enfermería, supervisores de Enfermería, miembros del subcomité de PAE, Jefe de sala y Enfermeras Docentes Asistenciales, así como los vice directores Pediátrico y Docente. Las claves de las respuestas de los test fueron elaboradoras por los expertos citados anteriormente.

1.7. Se realizo un flujo de proceso establecido y un flujo de proceso real de la aplicación del PAE buscando brechas que se producen con relación a lo establecido.

1.8. A las historias clínicas se le realizo una auditoria para la evaluación de criterio de proceso.

1.9. Se aplicaron cuestionario a familiares y/o pacientes que fueron. Objeto de ingreso en dicho servicio a los que se les había realizado el PAE para conocer el grado de satisfacción con la atención brindada.

1.10. Se aplico una encuesta a prestadores del servicio (Enfermeros y Médicos) para conocer el grado de satisfacción con la aplicación del PAE.

1.11. Se obtuvieron datos estadísticos para la evaluación de criterios de resultados sobre evolución de pacientes ingresados y complicaciones.

1.12. Se realizo priorización de los problemas detectados a través de la técnica de Ranqueo.

1.13. Se construyo Diagrama causa – efectos y se seleccionaron los nudos críticos.

1.14. Se construyo la viabilidad utilizando la técnica de Campos de Fuerzas Matriz DOFA.

1.15. Se diseño el plan de intervención a través de grupo focal para obtener criterios, indicadores y estándares.^{8,9}

2. Del procesamiento de la información.

2.1. De los resultados de la aplicación de las técnicas cualitativas se extrajeron juicios de valor.

2.2. Los cuestionarios que se aplicaron se procesaron por metodos manuales y se evaluaron según indicadores y estándares establecidos.

2.3. Los resultados de la evaluación de las historias clínicas y de las estructuras se procesaron por microprocesador Electrónico y se evaluaron comparando los por cientos obtenidos con los estándares establecidos. Para su mejor análisis y discusión se agruparon los datos en tablas y diagramas.

Resultados:

El comportamiento de recursos humanos para la aplicación práctica del PAE. En el servicio de cuidados intensivos se refleja en la tabla No 1. Para este análisis se considero solamente el recurso humano fundamental del servicio para poder aplicar el PAE. Cumpliendo que las acciones de enfermería deben ser independientes sin órdenes medicas con el propósito de mejorar el problema del paciente en el menor tiempo posible. Como se puede observar en la evaluación de los Recursos Humanos para la aplicación práctica del PAE. De los acápite valorados ninguno fue aceptable, o sea el 100% de los analizados, se quedan muy por de los estándares establecidos en relación con los recursos humanos para la correcta aplicación del PAE

. Tabla 1 Evaluación de recursos H. para la aplicación práctica del PAE

Recursos Humanos	Deben Existir	Existen	Real %	Estándar deseado
Enf. del Servicio	40	28	70	95

Licenciados	28	24	85,7	95
Enf. General. Con Post Basicos.	10	4	40	95
Especializados.	10	3	30	95
Enf. Asesores del PAE	1	-	-	95
Médicos Especialista en C.Intensivo	7	5	71,4	95

Fuente. Departamento de Recursos Humanos de la Institución.

Al analizar los resultados del test de competencia aplicado al personal médico y de enfermería. Con el objetivo de medir competencia en la aplicación práctica del PAE. Tabla II. Se puede apreciar que de 28 enfermeros a evaluar se le aplico el test a 23 de ellos, 19 enfermeros asistenciales, 4 jefes de team y 3 supervisores de enfermería 2 docentes asistenciales, además de 10 médicos especialista

Tabla II. Resultado del test de competencia aplicado al personal médico y de enfermería.

Recursos humanos	A Evaluar	Evaluado	+70 puntos	%Real	Estándar. Deseado	Evaluación.
Enfermeros	28	23	20	86,9	90	No aceptable
Médicos	10	10	8	80	90	No aceptable

Fuente. Test de competencia

El Hospital posee una estructura física o arquitectónica post moderna, al igual que la unidad de cuidados intensivos los recursos materiales se reflejan en la Tabla III. De los recursos materiales señalados por los expertos como necesarios para una adecuada aplicación práctica del PAE, todos fueron evaluados de no aceptable. El Hospital Pediátrico consta de una sola sala de Cuidados Intensivos para la atención al grave. Sobre la que recae estos pacientes, ya que hace más de 8 años no existe Cuidados intermedios. Los manuales de diagnósticos de enfermería deben existir 2 para cumplir con el objetivo deseado. La dotación de recursos materiales de la estructura tiene limitaciones que han sido reconocidas con la medición de la calidad de los servicios.

Tabla III. Evaluación de los Recursos Materiales para la aplicación práctica del PAE.

Recursos Materiales	Debe existir	Existen	Real %	Estándar deseado	Evaluación.
Salas con condicione	2	1	50	90	No aceptable
Salas con equipamientos. técnico adecuado	2	1	50	90	No aceptable

Manual de Diagnostico de Enfermería Nanda.	2	1	50	90	No aceptable.
--	---	---	----	----	---------------

Fuente: Análisis de la situación de salud de la institución.

En la Tabla IV Evaluación de los criterios seleccionados para analizar la calidad de la aplicación del PAE. En el análisis de los criterios evaluativos de la aplicación práctica del PAE en los pacientes. Nos llama la atención que fueron evaluados no aceptable Diagnósticos. Enf. Completo, Expectativas correcta, Planes de C. correctos, Historias C. Completo, lo que evidencia dificultades en el desempeño del personal de enfermería en la realización del PAE a pesar de los ingentes esfuerzos para perfeccionar esta estrategia.

Tabla IV. Evaluación de los criterios seleccionados para analizar la calidad de la aplicación del PAE.

Criterios	Resultado No.	%	Estándar Establecido	Evaluación
Valoración completa de pte	313	80,2	80	Aceptable
Diagnósticos. Enf. completo	293	74	80	No Aceptable
Expectativas correcta	302	77	80	No Aceptable
Planes de C. correctos	258	65,9	80	No Aceptable
Evaluaciones correctas	314	80,3	80	Aceptable
Auditorías concurrentes	298	76,2	40	Aceptable
Auditorías retrospectivas	262	67	30	Aceptable
Historias C. comp	254	64,9	75	No Aceptable

Fuente: Historia Clínica Revisadas.

Discusión:

El presente estudio, se comprobó que existía ausencia de dos enfermeros en la sala por Licencia de Maternidad, el 70% del personal imprescindible y con formación académica necesaria para la aplicación del proceso en el servicio y facilitar ayuda a los enfermeros Generales. Además se añade a esto la dificultad de no existir un asesor de tan importante estrategia en el servicio. Los

resultados del nivel de competencia con el instrumento aplicado no fueron aceptables en el personal médico ni el de enfermería, pues los estándares alcanzados no cumplen con los deseados. De 10 médicos evaluados solo 8 alcanzaron el 80%, el margen de error se alcanzo en cada ítem valorado, ni siquiera se identifico los objetivos y ventajas que proporciona la aplicación del mismo .El personal de enfermería presento dificultades en todas las preguntas, además en la exploración diagnóstica al utilizar, la ruta crítica a aplicar, seguimiento y evolución. Es válido señalar que dentro de los enfermeros que obtuvieron menos de 86,9 % se encuentra 4 enfermeros técnicos y 2 licenciados, a pesar de constar este último con nivel profesional necesario para la aplicación correcta del PAE. Estos resultados son clara evidencia de que el PAE aun no es suficientemente conocido por el médico que debe poseer conocimiento, ni por el personal de enfermería que debe dominarlo con profundidad. De los recursos materiales señalados por los expertos como necesarios para una adecuada aplicación práctica del PAE, todos fueron evaluados de no aceptable. El Hospital Pediátrico consta de una sola sala de Cuidados Intensivos para la atención al grave. Sobre la que recae estos pacientes, ya que hace más de 8 años no existe Cuidados intermedios. Los manuales de diagnósticos de enfermería deben existir 2 para cumplir con el objetivo deseado. La dotación de recursos materiales de la estructura tiene limitaciones que han sido reconocidas con la medición de la calidad de los servicios. A pesar de la crisis económica que atraviesa el país, el criterio evaluado de sala con equipamiento técnico adecuado, se cumple, aunque en determinados momentos algunos se dificultan. En el análisis de los criterios evaluativos de la aplicación práctica del PAE en los pacientes. Nos llama la atención que fueron evaluados no aceptable Diagnósticos. Enf. Completo, Expectativas correcta, Planes de C. correctos, Historias C. Completo, lo que evidencia dificultades en el desempeño del personal de enfermería en la realización del PAE a pesar de los ingentes esfuerzos para perfeccionar esta estrategia por lo que se Diseño un programa, Propuesta de programa mejora continúa de la calidad del. Proceso Atención Enfermería. Servicio Cuidados Intensivos. Hospital Pediátrico Provincial. 2017.

Diseño del programa:

Título: Propuesta de programa mejora continúa de la calidad del. Proceso Atención Enfermería. Servicio Cuidados Intensivos. Hospital Pediátrico Provincial. 2017.

Objetivos:

General: Mejorar la calidad del PAE en el Servicio de Cuidados Intensivos en un 75% durante el año 2017.

Específicos: Mejorar el control y evaluación del PAE en el Servicio de Cuidados Intensivos de la institución.

Elevar el nivel de competencia y desempeño de los médicos y enfermeras del Servicio de Cuidados Intensivos en la aplicación práctica del PAE.

Para el Objetivo 1:

Mejorar el control y evaluación del PAE en el Servicio de Cuidados Intensivos de la institución.

Resultados esperados:

Existencia de criterios evaluativos para mejorar la aplicación práctica del PAE en el ingreso en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico.

Actividades

Realizar entrenamientos sobre control y criterios evaluativos en relación al PAE a los especialistas, Jefes de Sala, Vicedirectores, grupo de PAE y Comité de Calidad.

Establecer asesoría permanente de la estrategia de PAE a nivel institucional.

Seleccionar personal idóneo para la asesoría del PAE en la institución y en cada sala.

Establecer criterios, indicadores y estándares para evaluar el PAE.

Realizar análisis mensual por parte de la jefa de sala, el subcomité de PAE.

Evaluar el cumplimiento de la ruta crítica del PAE en los ingresos en el servicio.

Para el Objetivo 2:

Elevar el nivel de competencia y desempeño de los médicos y enfermeras del Servicio de Cuidados intensivos

Resultados esperados:

Evaluar de aceptable el 85% de las Historias Clínicas de los ingresos con PAE.

Capacitar en PAE al 90% de los médicos y enfermeros del servicio de Cuidados Intensivos.

Mantener un adecuado y oportuno sistema de evaluación y control de la estrategia.

Realizar actividades docentes para capacitar a médicos y enfermeras del servicio sobre temas referentes al PAE a través de mejorar la asesoría que se proporciona en el servicio.

Garantizar apoyo de la máxima gerencia.

Bibliografía:

1. Nanda. Guía de Diagnóstico de Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Fundación para el desarrollo de la Enfermería.

2. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier España; 2013.

3. León Román CA. Aplicación del método cubano de registro clínico del proceso de atención de enfermería [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009 [citado 20 Ene 2014]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/42/1/Leon-Roman-CA.pdf>

4. Hernández Vergel L. Proceso de enfermería. Cira García enfermería. 2010 [citado 1 Feb 2014]; 21(2):43-90. Disponible en: <http://www.enfermeria.sld.cu/enfermeriacirag/proceso.html>

5. Sánchez L. Servicios médicos cubanos presentan líneas de negocio. Periódico Granma. 5 noviembre 2014; Secc. A:2 (col. 4).

6. Duanys Neyra N. Proceso de atención de enfermería en el nivel primario de salud. Rev Cubana Enfermer. 2000 [citado 18 Ene 2014]; 16(3):23-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-0319200000300010&script=sci_arttext&tlng=en

7. Torres Esperón JM, Pérez Sánchez A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. Rev Cubana Salud Públ. 2002 [citado 18 Ene 2014];28(3):23-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662002000300008&script=sci_arttext

8. Capetillo Ruiz CD, Hernández Pérez B, Delgado Pérez I, García Morales I. Evaluación de la calidad del proceso de atención de enfermería del paciente hospitalizado. Rev Cubana Ciencias Méd. 2000 [citado 18 Ene 2014];6(1):26-

38. Disponible en:
<http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/29/html>
9. Fernández Sacasas JA. El método clínico y el método científico. Sitio Web Policlínico Universitario Vedado. Artículos Originales. 2005 [actualizado 23 Dic 2013; citado 10 Ene 2014]. Disponible en:
http://www.sld.cu/sitios/pdvedado/buscar.php?id=4613&iduser=4&id_topic=17
10. Ediane Gayeski M, Micheloto Parizoto G, Perin Guimarães G, Lorenzini Erdmann A, Hörner Schlindwein B. Sistemas de organización de cuidados en enfermería: reflexiones sobre la complejidad del cuidado como práctica asistencial. Rev Cubana Enfermer. 2012 [citado 15 Abr 2014];28(1):24-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. C.C. Torres Contreras Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados av. enferm., 28 (2010), pp. 98-110
12. E. Urra, A. Jana, M. Garcia Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales Cienc enferm, 17 (2011), pp. 11-22
[Google Scholar](#)
13. Kessner D, Kolk G, Singer J. Assessing Health quality de case for tracers. New England J. Med. 2013;1: 120-132
14. A. Agramontés del Sol L a enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería .FUDEN. Tomo 1, 2011 pp 1-64
15. Donabedian A, La definición de calidad: una exploración conceptual. México .Prensa Médica Mexicana 2012
16. Jhonson M. Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Madrid:
17. Donabedian A. Una Aproximación a la monitorización de la calidad. Control de la calidad asistencial. Barcelona: 2011

TÍTULO: PROPUESTA PARA CURSO DE SUPERACIÓN PARA DOCENTES DE ENFERMERÍA SOBRE LA EVALUACION DEL APRENDIZAJE EN ASIGNATURA PRÁCTICAS.CIENFUEGOS.2018.

Autor: Margarita Fundora Oropesa (x1)

Coautores: Jacqueline Cordero Odenis, Geneva Hurtado Montero.

(x1) Máster en Educación Médica Superior. Profesor asistente. enfermeria7107@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, (x2) Licenciada en enfermería. Profesor Asistente. Enfermería7116@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, (x3) Licenciada en enfermería. Profesor Asistente. enfermería7119@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

RESUMEN

La profesión técnica de enfermería forma un recurso humano que debe adquirir competencia científico-técnica para atender a las personas, la familia y la comunidad en los tres niveles de atención. La integración de teoría y práctica en la formación académica es una de las mayores preocupaciones de las instituciones docentes. Las escuelas de enfermería no son una excepción y el contraste entre lo que se enseña en aulas y lo que se aprende y evalúa en centros asistenciales se hace evidente con frecuencia. Se realizó una investigación de desarrollo descriptiva, cuyo objetivo fue diseñar un curso de superación dirigido a los docentes de enfermería para la evaluación del aprendizaje en asignaturas prácticas. El universo del estudio se hizo coincidir intencionalmente con la muestra y estuvo conformado por 20 docentes de la Universidad de Ciencias Médicas y 11 colaboradores que trabajan en los servicios de salud. Se emplearon métodos teóricos y empíricos como: encuestas, prueba pedagógica y análisis documental. Se utilizaron técnicas computacionales, básicamente el programa SPSS versión 15.0.El aporte práctico fundamental lo constituye el curso de superación para docentes que atienden la formación técnica de enfermería, el cual fue validado por consenso mayoritario de los expertos consultados.

Palabras claves. Docentes de enfermería, evaluación del aprendizaje, formación técnica, asignaturas prácticas

INTRODUCCION:

La profesión de enfermera(o) es tan antigua como el hombre mismo, como las enfermedades que a lo largo de su desarrollo histórico-social lo han afectado y siempre ha transitado a lo largo de la historia, indisolublemente unida a la figura del médico. Desde la segunda mitad del siglo XX, toma conciencia de su papel autónomo y de que debe ejercerlo dentro del área de la salud. Sus competencias, en torno a lenguaje y métodos de trabajo, siguen siendo parte del debate actual. Sin embargo la autonomía de esta profesión no debe confundirse, ya que el intento de reafirmarla no debe excluir la relación con otras disciplinas y profesiones. Entiéndase esto como la interpretación de conceptos de multidisciplinariedad, trabajo en equipo e interdisciplinariedad, algo a la vez inherente a la asistencia, la docencia y las investigaciones, que transcurren a lo largo de todo el proceso docente educativo, tanto en la etapa de pregrado como en la de postgrado.

En Cuba, la enseñanza de la enfermería de nivel técnico se inicia a finales del siglo XIX durante la intervención americana en el año 1899, con la fundación de la primera Escuela Práctica de Enfermería en el Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes" en la Habana. El primer curso de enfermería se inició con siete alumnas que se graduaron tres años después, en 1902. En este año el país contaba con una matrícula de 142 estudiantes¹.

En la actualidad está vigente un plan de estudios refrendado por la resolución No.189/2010 del Ministerio de Educación (MINED), que a través de sus tres anexos establece y desglosa las mallas curriculares correspondientes a la formación técnica de enfermería, tanto para el nivel de ingreso 9º grado, como para el 12º grado.

Dicho plan de estudios contempla dos asignaturas prácticas que son determinantes en la formación de estos recursos humanos. Estas asignaturas son: Práctica en los servicios de salud y Práctica preprofesional, las cuales se desarrollan de manera transversal en la carrera, ubicadas desde el primer semestre de clases hasta el último. Requieren para su implementación y ejecución de escenarios docentes debidamente acreditados tanto en la atención primaria de salud, como en la atención secundaria, que cuenten no solo con los recursos materiales indispensables, sino también con los recursos humanos, en este caso profesores y tutores, debidamente capacitados y entrenados para ejecutar con calidad el proceso de enseñanza-aprendizaje, de forma tal que se logre la adquisición de los

conocimientos, el desarrollo de las habilidades y la formación de valores y convicciones que conviertan al egresado en un recurso humano capaz de satisfacer las demandas del encargo social que tiene el subsistema de la docencia médica en Cuba.

Lo expresado hasta aquí permitió identificar el siguiente.

Problema Científico:

¿Cómo contribuir a la superación de los docentes que evalúan el aprendizaje en las asignaturas prácticas de la formación técnica en enfermería?

A partir de esta interrogante se delimitó como **objeto de estudio**, el proceso docente educativo de las asignaturas prácticas de la formación técnica en enfermería y como **campo de acción** la superación de los docentes que evalúan el aprendizaje en las asignaturas prácticas de la formación técnica en enfermería, siendo el **objetivo general** de la investigación, diseñar un curso de superación para los docentes que evalúan el aprendizaje en las asignaturas prácticas de la formación técnica en enfermería.

Idea a defender: Al diseñar un curso de superación para los docentes que atienden las asignaturas prácticas en la formación técnica en enfermería, se fortalecerá la labor de estos y se propiciará que los estudiantes adquieran con mayor calidad, los conocimientos, las habilidades y los hábitos en ese nivel de enseñanza.

Se trazaron las **tareas científicas** siguientes:

1. Revisión bibliográfica encaminada a la búsqueda de información sobre el tema tratado y a la construcción de un marco teórico apropiado.
2. Diagnóstico de necesidades de los docentes al evaluar el aprendizaje en las asignaturas prácticas de la formación técnica de enfermería.
3. Diseño de un curso de superación para los docentes que evalúan el aprendizaje en las asignaturas prácticas en la formación técnica de enfermería en los servicios de salud.

Se realizó un estudio descriptivo, donde la metodología empleada permitió combinar paradigmas cualitativos y cuantitativos de la investigación, asumiendo un enfoque mixto desde una posición dialéctica. Se emplearon métodos teóricos, empíricos y estadísticos.

Los **métodos teóricos** utilizados permitieron profundizar en el conocimiento de las regularidades y cualidades esenciales del objeto de estudio y establecer una estructura lógica en la investigación. Dentro de estos, el analítico-sintético, el inductivo-deductivo y el histórico lógico, permitieron establecer los presupuestos teóricos y metodológicos de la investigación, así como la precisión de los referentes teóricos del curso de superación a docentes de la formación técnica de enfermería. La modelación y el enfoque de sistema se emplearon durante el diseño del curso de superación, permitiendo sustentar y conformar dicho curso, mediante la integración armónica de los componentes que lo forman.

Como parte de los **métodos empíricos**, el análisis documental de los diferentes planes de estudio de la carrera de Enfermería en Cuba, de las evidencias escritas de controles docentes realizados, así como las normativas y legislaciones establecidas en la formación de estos recursos humanos, tanto por el MINED, como por el MINSAP, permitió identificar las necesidades que se presentan en el programa de formación de pre y postgrado. Se revisaron otros documentos como son los programas de las asignaturas prácticas que se imparten en la formación técnica de Enfermería, enfatizando en sus orientaciones metodológicas, para el cumplimiento de los objetivos trazados al tratar los contenidos indicados para el logro de las habilidades y actitudes imprescindibles en la formación del enfermero (a).

Se aplicó una encuesta a los docentes que atienden las asignaturas prácticas en la formación técnica de enfermería para constatar la valoración de los mismos sobre su preparación docente-metodológica y su disposición para prepararse en el tema abordado, así como una prueba pedagógica para conocer las necesidades de su preparación didáctico-metodológica.

Por otra parte, se conformó un grupo de discusión constituido por 8 profesores de la carrera de Enfermería, con categoría docente de Auxiliar y Asistente, con una vasta experiencia docente acumulada, los cuales definieron las posibles preguntas de la prueba pedagógica aplicada y los componentes didácticos para el diseño del curso de superación.

Para la validación del curso propuesto se utilizó el criterio de expertos, de manera específica la utilización del ábaco de Régnier.

La utilización de **métodos estadísticos** descriptivos, específicamente el paquete SPSS versión 15.0 permitió el análisis de los datos obtenidos para el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes, así como su posterior presentación.

El **aporte práctico fundamental** lo constituye el curso de superación para docentes que laboran en la formación técnica de enfermería en los servicios de salud. También se concreta en la aplicación de dos instrumentos durante el diagnóstico realizado para la identificación de necesidades de superación en torno a los aspectos metodológicos

DESARROLLO:

En México el sistema de enseñanza fue determinado por la influencia de la estrategia europea en el seguimiento del sistema de formación profesional mexicano. Así, con limitación en los contenidos, con énfasis en las destrezas, disciplinas y los valores fundamentales, se formó a las enfermeras que adquirieron la responsabilidad de los servicios en las primeras instituciones hospitalarias.⁷

No es hasta 1945 cuando en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se establece una reforma del proyecto educativo en enfermería para reforzar la base científica de la medicina, el contenido humanista, las prácticas avanzadas de enfermería médico quirúrgica. La Asociación Norteamericana de Enfermeras declara desde 1980 en un documento denominado Nursing: A Social Pólice Statement, que la Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales.

En Hispanoamérica existe la figura del denominado “nurse”, enfermero o enfermero jefe, que, a diferencia del conocido como auxiliar de enfermería o cuidador de un individuo enfermo, es una persona que, al igual que el enfermero en España, ha sido formada en todos los ámbitos de las ciencias de la salud, y que se caracteriza por tener conocimientos de anatomía, fisiología, patología, epidemiología, semiología, procesos y se amplían las prácticas de maternidad.⁸

La formación del técnico en enfermería en Cuba.

El sistema de salud cubano ha tenido una acelerada expansión, que ha incrementado el volumen de empleo. La propia enfermería en lo que se refiere a su saber, tecnologías y su arte, ha permitido valorar y sistematizar la enseñanza. No hay dudas de que también el motor de este desarrollo ha sido la cantera de profesores que en la época moderna se han comprometido con las aspiraciones profesionales. La evolución de las competencias de enfermería, la formación académica a través de los estudios ahora de grado, especialización y postgrado, así como la necesidad evidenciada de que los sistemas sanitarios requieren de un mayor protagonismo del enfermero en todos los entornos asistenciales en los que se tiene potencial de actuación, y en una línea de eficiencia buscada para esos sistemas, hacen de esta profesión una parte del proceso que valora, diagnostica, plantea resultados, interviene sobre problemas y necesidades y evalúa dichos resultados, una necesidad sentida y argumentada en un entorno de ciencia que, mediante el manejo de conocimientos y métodos, confiere a la profesión del enfermero(a) actual en un potencial enorme de desarrollo de su propia autonomía, dentro del proceso asistencial y de los planes de cuidados, a través del Proceso de Atención de Enfermería.(PAE)

En el momento actual está demostrado que es importante y decisivo continuar elevando la preparación de los docentes a través de cursos, talleres y preparaciones metodológicas, pues la formación de técnicos de la salud se continuará incrementando, por lo que se hace necesario conocer y aplicar adecuadamente las principales indicaciones y resoluciones ministeriales (R.M.) que rigen esta formación, ya que estas son nuevas para el claustro de profesores, pues a pesar de tener experiencia en esta formación, la institución hace nueve años que se dedica a la enseñanza superior. Se consolidan transformaciones necesarias en el sector de la salud, por lo que se deben garantizar las condiciones óptimas que garanticen un proceso docente con calidad, donde el futuro egresado esté preparado para enfrentarse a situaciones nuevas.

Las actividades prácticas en los servicios tienen un alto significado para la formación de enfermeros/as ya que allí es donde realmente se pueden integrar los conocimientos aprendidos a través de las asignaturas teóricas. En todas las rotaciones prácticas el estudiante realiza su labor en estrecha relación con el equipo de salud y le brinda a sus pacientes los cuidados de

enfermería necesarios para ayudar a su recuperación e incorporación a su medio lo más pronto posible.

DEL NIVEL MATEMÁTICO

Los resultados de los datos obtenidos en la investigación fueron almacenados en un sistema computarizado creándose una base de datos. Para el análisis estadístico y la elaboración de tablas se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 y como procesador de texto se empleó el programa Microsoft Word para Windows XP profesional. Los resultados se muestran en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

Resultados del diagnóstico.

En este epígrafe se describen los resultados de la encuesta tipo cuestionario aplicada a los docentes, de la prueba pedagógica y del análisis documental realizado, lo cual permitió la contratación de la información y la formulación de las regularidades del proceso de diagnóstico, así como la fundamentación del curso.

Resultados de las encuestas aplicadas a los docentes:

La aplicación de la encuesta a 20 profesores dejó ver que el 90 % ha recibido talleres y preparación metodológica acerca de la formación técnica, mientras que de 11 colaboradores encuestados, cinco respondieron no haber recibido ninguna preparación, para un 45 %.

El 75 % de los profesores plantean que no tienen conocimientos del programa de la asignatura de prácticas en los servicios o que solo lo dominan en parte, mientras para los colaboradores esta variable se comporta al 100 % cuando responden que no lo dominan o que solo lo dominan en parte.

Acerca del dominio del programa de la práctica pre profesional, el 90 % de los profesores y el 91% de los colaboradores plantean desconocer el mismo, o conocer solo una parte de este programa.

El 100 % de los profesores y colaboradores encuestados respondieron que el sistema de habilidades trabajadas en la evaluación práctica no es evaluado adecuadamente y que la

evaluación ideal de algunas habilidades no se corresponde con los diferentes escenarios donde se realizan estas actividades.

El 100 % de los docentes y colaboradores encuestados expresan la necesidad de recibir actividades de preparación metodológica acerca de la evaluación del aprendizaje en la formación técnica de enfermería. (Ver anexo No. 9)

Resultados de la prueba pedagógica aplicada a los docentes.

En la prueba pedagógica realizada como parte de la recopilación de la información para el diseño de un curso de superación, se identificaron las siguientes dificultades:

En la pregunta No.1, con relación al tipo de evaluación que se realiza en la formación técnica respondieron adecuadamente solo ocho docentes que representan 25,8 % de la muestra estudiada, mientras 23 desaprueban al responder incorrectamente.

En la pregunta No. 2, con relación al valor cuantitativo de las evaluaciones prácticas que se aplican a los estudiantes, solo responden correctamente y aprueban seis docentes para un 19,3 %, mientras el resto, que son 25 desaprueban.

En la pregunta No. 3, referente a los grupos evaluativos de las asignaturas y formas de obtener la calificación en ellos, solo responden de forma correcta cuatro docentes para el 12,9 %, mientras 27 de ellos responden incorrectamente.

En la pregunta No. 4, de acuerdo a la cantidad de ausencias que puede tener un estudiante para presentarse a una evaluación práctica, aprueban solamente siete para el 22,5 %, mientras 24 no aprueban al responder erradamente la interrogante realizada.

En la pregunta No. 5, con relación al conocimiento de las indicaciones que rigen el sistema de evaluación, ningún docente es capaz de responder afirmativamente, por lo que este indicador se comporta al 0,0 %.

En la pregunta No. 6, donde se pregunta acerca del periodo o momento en que se desarrolla la etapa pre profesional, solo un docente responde correctamente para el 3,2 %, mientras el resto demuestra que no conoce la respuesta acertada. (Ver anexo No. 10)

La totalidad de los participantes en el grupo de discusión consideró, que la superación metodológica de los docentes constituye una de las aristas fundamentales para garantizar con calidad el desempeño de los futuros enfermero/as que necesita la sociedad, por lo que a través del curso se propone actualizar y profundizar en aspectos teóricos que permitan una preparación metodológica en la evaluación del aprendizaje

CONCLUSIONES

El análisis minucioso de la bibliografía consultada y de documentos normativos permitió elaborar un marco teórico apropiado sobre el tema estudiado y destacar la importancia que reviste la preparación de los docentes de enfermería que evalúan el aprendizaje en las asignaturas prácticas de la formación técnica.

En el diagnóstico de las necesidades de superación de estos docentes se detectaron insuficiencias en su desempeño, relacionadas con la preparación indispensable para realizar una evaluación adecuada del aprendizaje de los estudiantes.

El curso de superación diseñado para docentes de enfermería, se basa en las leyes, categorías y principios de la didáctica y la pedagogía, en el proceso de socialización en que se relacionan e intercambian los seres humanos y en el enfoque histórico cultural de Vigotsky.

El diseño y la implementación a corto plazo de un curso de superación para docentes de enfermería que evalúan el aprendizaje en las asignaturas prácticas de la formación técnica, permitirá optimizar el proceso de enseñanza aprendizaje en esta carrera, accionando sobre la evaluación, como componente dinámico u operacional del sistema, lo que permite el análisis y tratamiento adecuado de los objetivos y contenidos, con énfasis en el logro de los conocimientos, las habilidades y los hábitos del futuro personal técnico de enfermería que se desempeña en los servicios de salud.

Todos los presupuestos teóricos y metodológicos del curso de superación, fueron aprobados por el consenso mayoritario de los expertos consultados.

BIBLIOGRAFIA

1. Castro Torres, M. Docencia media en enfermería, un encuentro con su historia. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cuba, 2008.
2. Berdayes Martínez, D. La formación de enfermería en el tercer milenio. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Enfermería. La Habana. Cuba, 2009.
3. Chiú NV, Reyes TM, Zubizarreta Estévez MM, Álvarez BAS. La formación de personal de enfermería y técnicos de la salud. Educ Med Salud. 1993; 27(2): 179.
4. Zubizarreta Estévez, M.M. Cabrera Solís, E. Fernández García, L. Durán García, F.A. Experiencia cubana en la formación de recursos humanos de enfermería. Rev. Cubana Enfermería v.21 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2005. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000100004&script=sci_arttext
5. Bello Fernández N. La Educación Superior en Enfermería. Una respuesta al presente con proyección para el futuro. Rev. Cubana de enfermería (La Habana). Vol. 10, (1): 45, 1999. Disponible en: <http://www.odiseo.com.mx/correoslector/formacion-habilidades-profesionales-estudiantes-enfermeria>
6. Cuba. Ministerio de Educación. Resolución ministerial No.189/2010. Planes de estudios diurnos, dirigidos a la formación de técnicos en Enfermería. La Habana, 2010.
7. Cárdenas T, et al. Modelo educativo unificado de enfermería. Ciudad de México: FEMAFE; 2006
- 8 Salas S, La Perspectiva de enfermería para el nuevo milenio. Mecanograma. Conferencia presentada en la Academia Nacional de Medicina, México, Octubre 1999.

9. Pérez Andrés, C. Alameda Cuesta, A. Albéniz Lizárraga, C. La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de la comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. Rev. Esp. Salud. Pública v.76 n.5 Madrid set.-oct. 2002
10. Reich Coleen, R. Acreditación de los postgrados en Chile. Disponible en URL: [http://www.mecesup.cl/difusion/ Reich_Postgrados_en_Chile.pdf](http://www.mecesup.cl/difusion/Reich_Postgrados_en_Chile.pdf) [fecha de acceso 14 enero 2010].
11. OMS/OPS. La Enfermería en las Américas. Publicación Científica No. 571. OPS, Washington, D.C. 1999.
12. Torres Esperón, JM; Urbina Laza, O. La enfermería en la salud pública cubana. Cincuenta aniversario. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana. Cuba, 2008
13. Pernas Gómez M, Zubizarreta Estévez M, Garrido Riquenes C, Bello Fernández N, Luna Marcel N: Reflexiones acerca del perfeccionamiento del plan de estudio de la Licenciatura en Enfermería Educ Med Super v.19 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2005. Educación Médica Superior versión Online ISSN1561.2902; Disponible. 5 abril 2012, en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412005000100005&script=sciarttext>
14. Cuba.Primer conferencia nacional. Lineamientos del Partido Comunista de Cuba. La Habana, enero de 2012.
15. Talizina, N. La formación de la actividad cognoscitiva de los escolares /N. Talizina. México: Editores Ángeles, 1992.220p
16. Petrovsky, A.V. Psicología Evolutiva y Pedagógica/ A.V. Petrovsky.-- Moscú. Editorial Progreso, 1985. 352p.
17. Cuba. Programa práctica en los servicios para la formación técnica en enfermería. La habana., 2011.
18. Cuba. Programa analítico de la asignatura: práctica pre-profesional. La Habana, 2011.trabajo docente y metodológico. La Habana. 2007

ANEXOS**RESULTADOS DE LA ENCUESTA PARA LOS PROFESORES****Cursos postgrado y talleres recibidos.**

PROFESORES	Frecuencia	Porcentaje	TUTORES		
Válidos si	18	90,0			
no	2	10,0			
Total	20	100,0			

Conocimientos del programa de la asignatura Práctica en los servicios.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos si	4	20,0
no	1	5,0
en parte	15	75,0
Total	20	100,0

Conocimientos del programa de la asignatura Práctica pre profesional

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos si	2	10,0
no	7	35,0
en parte	11	55,0
Total	20	100,0

Opinión del sistema habilidades

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos no	7	35,0
en parte	13	65,0
Total	20	100,0

Preparación metodológica a tutores en la asistencia

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos no	2	10,0
a veces	18	90,0
Total	20	100,0

Necesidades de preparación metodológica

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos si	20	100,0

RESULTADOS DE LA ENCUESTA PARA LOS TUTORES**Cursos postgrado y talleres recibidos**

TUTORES	Frecuencia	Porcentaje
Válidos si	6	54,5
no	5	45,5
Total	11	100,0

Conocimientos del programa de la asignatura Práctica en los servicios.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos no	5	45,5
en parte	6	54,5
Total	11	100,0

Conocimientos del programa de la asignatura Práctica pre profesional

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos si	1	9,1
no	5	45,5
en parte	5	45,5
Total	11	100,0

Opinión del sistema habilidades

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos no	9	81,8
en parte	2	18,2
Total	11	100,0

Necesidades de preparación metodológica

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos si	11	100,0

PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA PROPORCIONAR CONOCIMIENTOS SOBRE CEPILLADO DENTAL EN ESCOLARES DE ENSEÑANZA PRIMARIA.

Autor: Luis Ángel Caballero Legarda, estlacl960115@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado", estudiante del 3er año de la carrera de Estomatología, Alumno ayudante de EGI.

Coautor: Dra. Yudith Martínez García, est5905@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado", Cuba, MSc. en Promoción de salud en sistemas educativos, especialista de 2do Grado en Estomatología General Integral, Investigador Agregado, Profesor Asistente, Dra. Ana Belkys Hernández Millán, anab@jaqua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, especialista de segundo grado en Estomatología General Integral, máster en Atención a Urgencias Estomatológicas y Educación Médica, Investigador Agregado, profesora auxiliar, Geidy Moya Alonso, estgma970131@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado", estudiante del 3er año de la carrera de Estomatología, Alumno ayudante de EGI, Lilianny Romero Seijas, estlrs970522@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado", estudiante del 3er año de la carrera de Estomatología, Alumno ayudante de EGI. Sulaini Sosa Suarez, estsss971230@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado", estudiante del 3er año de la carrera de Estomatología.

Resumen:

Introducción: La Educación para la Salud como proceso de aprendizaje, facilita la participación activa de las personas y el intercambio de la información y las experiencias, la presente investigación se realizó hacia la educación de escolares de la enseñanza primaria, cuyo **objetivo:** es la elaboración de un programa educativo dirigido a formar conocimientos y habilidades en higiene bucal en los escolares del primer grado de la escuela primaria Antonio Maceo del municipio de Cienfuegos que les permita su autocuidado en salud bucal y elevar su calidad de vida, durante la participación de actividades educativas. **Métodos:** La lógica de la investigación transitó, mediante diversas técnicas y métodos de investigación, elaboración del marco teórico, el diagnóstico inicial del estado del nivel de conocimiento y habilidades en higiene bucal en los escolares, y el diseño del programa educativo sobre higiene bucal. **Resultados:** El programa educativo elaborado responde a necesidades determinadas para el cuidado de la salud bucal de los escolares contribuyendo a elevar la educación sanitaria bucodental de los escolares, siendo efectiva en la mayoría de los temas tratados.

Palabras claves: educación para la salud, higiene bucodental, cepillado dental.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud desde 1970, trazó estrategias de salud para todos, basada en la promoción de un estilo de vida más sano, la cual se desarrolla a través de tres

herramientas principales: la educación para la salud bucal, la comunicación social en salud y la participación social¹.

La Educación para la Salud como proceso de aprendizaje, facilita la participación activa de las personas y el intercambio de la información y las experiencias. Este intercambio genera conocimientos y habilidades que ayudan a transformar los valores, prácticas y estilos de vida de tal manera que sean favorables a la salud¹.

En Cuba las actividades de educación para la salud dirigida a niños y adolescentes constituyen una labor priorizada de la política del estado tanto del Sistema de salud el cual cuenta con el programa de atención al menor de 19 años y en el que se recogen todas las indicaciones y actividades para la atención de este grupo priorizado. Como del ministerio de educación que establece el programa director de promoción y educación para la salud para todos los niveles educacionales el que sirve de guía a los educadores sobre los conocimientos, hábitos y habilidades que en materia de salud deben desarrollar en los educandos².

Si consideramos que todos los comportamientos de las personas o los grupos son aprendidos, todos pueden ser modificables y los sistemas educativos constituyen un escenario ideal para la realización de acciones educativas en función de modificar modos de actuación en la población de edad escolar³.

El entorno que rodea a los pequeños debe ser potenciador de aprendizajes en materia de salud, creándose las condiciones necesarias, mediante actividades educativas que le permita cada día al niño/a ampliar sus conocimientos en relación con la salud y desarrollar las habilidades personales que le proporcione paulatinamente crear mecanismos para afrontar los problemas de la vida, factor esencial para mantener un buen estado de salud⁴.

El programa educativo para elevar la educación en salud bucodental en los niños de primer grado que se propone - resultado de una investigación realizada por estudiantes del 3er año de la carrera de Estomatología de la Universidad de ciencias médicas de Cienfuegos de Octubre a Diciembre del 2017, parte del diagnóstico realizado a escolares de primer grado para conocer el estado del conocimiento en higiene bucodental mediante la aplicación de una encuesta de conocimiento directa (anexo 1) y entrevistas a escolares y familiares. A partir de los resultados, se estructuró la propuesta del programa educativo “Con mi Sonrisa Reluciente” dirigido a formar en los escolares de primer grado de la escuela primaria Antonio Maceo del municipio de Cienfuegos conocimientos y habilidades en higiene bucodental que contribuyan a su calidad de vida.

Desarrollo

Las acciones de Promoción de la Salud que se instrumenten en el Sistema Nacional de Educación se deben corresponder con estrategias que satisfagan las exigencias de la sociedad a la escuela, por la relación que guardan con las metas educativas planteadas para la formación de las jóvenes generaciones, porque influye en los conocimientos, concepciones, valores y conductas de los individuos de forma sistemática³.

La investigación en Educación para la Salud ha demostrado su efectividad en la promoción de estilos y prácticas de vida saludables, en tres áreas fundamentales: la educación en el ámbito

escolar, la educación para la salud en el ámbito comunitario, especialmente en los procesos de educación popular, y la capacitación del personal comunitario, formando promotores de salud comunitaria¹.

La Educación para la Salud encuentra en el sistema escolar su escenario por excelencia. En este campo los países avanzan en la implantación de convenios y pactos sociales en el sector educativo y el de la salud. La motivación de realizar los programas de educación para la salud parte del reconocimiento de que los niños son los actores sociales del mañana y el sistema escolar es una instancia donde todos los niños tienen acceso a la información y al conocimiento que necesitan para construir hábitos de vida saludables¹.

Formar en los niños la responsabilidad de cuidarse a sí mismo es cada vez más una necesidad, ellos deben en su formación prepararse para velar por su propia salud, las características cognitivas y afectivas como el aumento de las capacidades de autocontrol, autorregulación de conductas y reflexión de los escolares del primer ciclo de la enseñanza primaria, nos permiten desarrollar en estos habilidades de Autocuidado³.

Como parte de la salud general se encuentra la salud bucodental, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad, son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en el mundo y una vez establecidas no tienen curación espontánea, y que sin embargo la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y actuación, por lo que se considera imprescindible comenzar a aplicar desde edades tempranas acciones educativas atractivas, sustentadas con imágenes, juegos y acciones artísticas que contribuyan a alcanzar conocimientos sobre el cuidado de la salud para obtener el resultado deseado⁵.

Con respecto a esto Powell, KE plantea: “los programas serán más efectivos cuando seamos capaces de dirigirlos a grupos diana (en este caso los niños), en un ambiente sano (círculo, escuela u hogar) y con una estrategia especial”⁶.

Posteriormente e identificado las principales debilidades en el nivel de conocimiento se elaboró el programa “Con mi Sonrisa Reluciente” donde durante el mismo se discutieron temas referentes a: higiene bucal, forma del cepillado, instrumentos para la higiene bucal, divididos en 7 encuentros con sus respectivas sesiones. Se desarrollaron diferentes técnicas educativas mediante juegos, canciones, cuentos, demostraciones, dramatizaciones auxiliados de medios audiovisuales y laminarios. Al final de cada encuentro, los escolares realizaron una valoración de las actividades mediante la descripción.

Primera Sesión: “Conociéndonos mejor”

Objetivo: Introducir el Programa de Educación para la Salud Bucal: “Con mi Sonrisa Reluciente”.

Técnica educativa: Sociodrama, con la utilización de disfraces y con un lenguaje asequible y propio del tema: “¿Por qué el ratoncito no se llevó mi diente?”.

Sociodrama: Es un método de dramatización con un guión previo, con medios donde los personajes son los estudiantes que impartirán el Programa de Educación para la Salud.

Un niño de primer grado que no hacía caso a lo que le decía “su doctora de los dientes”, ni su mamá, y no se cepillaba los dientes correctamente, por irse a jugar. Un día se le cayó uno de sus dientes de leche y con su gran ilusión lo puso esa noche debajo de su almohada, para que el ratoncito se lo llevara y en cambio le dejara un regalo. Para su sorpresa al día siguiente, al revisar debajo de la almohada encontró su diente y al lado una nota del ratoncito, que decía:

- Si no cuidas tus dientes cepillándolos todos los días, entonces el ratoncito no se llevará tu diente y no recibirás tu regalito.

Entonces, el niño muy triste fue a donde estaba su mamá y le contó lo sucedido, su mamá le dijo:

- Ya ves mi niño lindo, solo piensas en jugar y lo que tu doctora y yo decimos no lo debes olvidar.

Entonces, el niño muy preocupado le contestó:

- Mami así lo haré y antes de dormir mis dienteitos cepillaré.

Al mes siguiente se le cayó otro diente, pero esta vez el ratoncito sí le trajo un regalito.

Evaluación

Intercambio con los niños sobre horario y frecuencia del cepillado. Se finaliza pidiéndoles a los niños que hagan dibujos del ratón del cuento donde se refleje como serían los dientes que este se llevaría.

Tiempo aproximado: 30 minutos.

Segunda Sesión: ¿De qué color tengo mis dientes?

Objetivo

Aplicar el Índice de higiene bucal de Love para evaluar higiene bucal inicial en los niños.

Técnica

Demostración.

Se explica a los niños que los dientes pueden teñirse de colores al masticar tabletas reveladoras de placa dental lo que indica que no realizan un correcto cepillado. Luego le pedimos que cada uno haga una demostración y procedemos a evaluar la higiene con el cálculo del Índice de higiene bucal de Love.

Evaluación

Los niños realizarán un dibujo de una muelita donde le darán expresión y color teniendo en cuenta la experiencia vivida en la actividad.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Tercera sesión: "Mi amigo el cepillo"

Objetivo

Socializar a los niños con el cepillo dental y la importancia de su uso.

Técnica

Se realiza una charla con demostración en la que se abordará en sentido general el cepillo dental y su importancia aplicando la técnica de juego: "La rifa del saber", donde se obsequian marcadores y láminas.

Evaluación

Mediante el juego "Salí de compras y encontré" se comprobarán los conocimientos, los escolares identificarán dentro de una cesta tarjetas con características correctas para que un buen cepillo dental posibilite una correcta higiene.

Tiempo aproximado de aplicación: 30 minutos.

Cuarta sesión: "Una peli para mis dientes"

Objetivo

Demostrar mediante el audiovisual la técnica correcta del cepillado.

Técnica

Se proyectará un audiovisual donde se demuestre la correcta técnica del cepillado. Luego se hará la misma demostración pero con una maqueta o taipodón de esta manera el niño logra acercarse más a los conocimientos y reforzar la habilidad visual.

Pasos a seguir para ejecutar la demostración sobre cepillado dental.

1. Coloque las celdas sobre las encías. Las celdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.
2. Cepille suavemente usando un movimiento de barrido y al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna y externa.
3. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.
4. Ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga movimientos circulares.

5. No olvide cepillar también su lengua de atrás hacia adelante para eliminar las bacterias causantes del mal aliento.

Evaluación

Al concluir pedimos ayuda a los niños para que demuestren con el taipodón la correcta técnica del cepillado aprendida.

Tiempo aproximado de aplicación: 30 minutos.

Quinta Sesión: “Para que mis amiguitos sonrían mejor”

Objetivo

Desarrollar habilidades con el cepillo dental en los escolares.

Técnica

Juego de roles.

Se cuenta la historia de Carlitos el niño que sufre de dolor de muelas por no saber cómo cepillarse sus dientes. El niño acude al estomatólogo para que le muestre como realizar un correcto cepillado. En este punto se forman parejas donde una vez un niño hará de Carlitos y en otra de estomatólogo. Así quien hace de estomatólogo le cepillará los dientes otro que hace de Carlitos utilizando un cepillo dental personal que previamente se indicó trajeran de casa.

Evaluación

Se evaluarán las parejas y se seleccionará la pareja que cuando se realice el control de placa dentobacteriana y se calcule el índice de higiene dental haya alcanzado la puntuación más baja. Se estimularán con iniciativas como juegos de mesa, marcadores y calendarios dentales.

Sexta Sesión: “Curando a mi árbol”

Objetivo

Identificar diferencias entre el cepillado correcto e incorrecto y las consecuencias de un mal cepillado.

Técnica: Teatro con títeres.

Se presenta una pequeña obra teatral con títeres donde se transmita el mensaje de cómo realizar un correcto cepillado y cómo influye en el aspecto de los dientes.

Evaluación

Árbol de la Salud- Enfermedad.

Se muestra un árbol que en el tronco diga: CEPILLADO DENTAL y de sus ramas cuelgan tarjetas en forma de dientes con imágenes del correcto e incorrecto cepillado y de los efectos que traen consigo en los dientes. Los niños deberán eliminar del árbol las tarjetas de un incorrecto cepillado y las imágenes que muestran el efecto negativo de esta forma observábamos los conocimientos adquiridos durante la obra teatral.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Séptima Sesión: “El chachachá de mis dientes”

Objetivo

Aplicar el Índice de higiene bucal de Love para evaluar higiene bucal en los niños.

Técnica

Demostración

Previamente se indica a los niños traer de casa su cepillo dental. Se invita a bailar en una rueda el chachachá “La Muelita”, cuyo contenido musical encierra el mensaje de un correcto cepillado. Al compás de la música y siguiendo el mensaje los niños realizarán el cepillado dental.

Evaluación

Se aplicará un revelador de placa y se evaluará mediante el Índice de Love la higiene dental de cada escolar. Se dejará como recordatorio un plegable con la letra de la música bailada. Se comparará los índices iniciales con los obtenidos al final del programa, estimulando aquellos niños que hayan tenido cambios notables en cuanto a su higiene dental.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Conclusiones

La Educación para la Salud como proceso de aprendizaje, facilita la participación activa de las personas y el intercambio de la información y las experiencias. Este intercambio genera conocimientos y habilidades que ayudan a transformar los valores, prácticas y estilos de vida de tal manera que sean favorables a la salud. El programa educativo diseñado para escolares de la enseñanza primaria, responde a las necesidades en la formación de conocimientos y habilidades en salud que les permita el desarrollo de su autocuidado y calidad de vida.

Referencias bibliográficas:

1. Díaz Brito Y, Pérez Rivero JL, Báez Pupo F, Conde Martín M. Generalidades sobre la promoción y educación para la salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Jul.-Sep. 2012 [citado 10 febrero 2018]; 28(3):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300009

2. Rosales Sosa M., Mojaber de la Peña A., Ojeda Gil E. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. MINSAP. Ciudad de La Habana, 2012.
3. González M, Pérez DE, Cornejo JA, Horta ME, Pérez M. Formación de profesionales para la promoción de salud en el ámbito escolar. En: Torres GM. Promoción de la salud en Sistemas Educativos (págs. 76-80). La Habana: Molinos; 2014.
4. Martínez García, Y., González Valdez, S., & Fina Rebollido, O. (2015). Intervención educativa en la enseñanza preescolar para proporcionar conocimientos sobre salud bucodental. *Revista Conrado* [seriada en línea], 11 (48). pp. 48-51. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu>
5. González Naya G, Montero del Castillo M. Estomatología General Integral. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana, 2014. P 41-50
6. Powell, KE. Dimensiones de la promoción de salud aplicadas a la actividad física. En: Promoción de salud: Una Antología. —Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996 (Publicación Científica 557). —p 98.

Anexo 1: Encuesta directa de conocimientos sobre salud buco – dental

Escuela: _____

Nombre y Apellidos: _____

1. Edad: _____ 2. Sexo: _____ Masculino (1) Femenino (2)

Preguntas:

1. ¿Te cepillas los dientes todos los días?

___ Sí. ___ No. ___ No sabe. ___ A veces.

2. ¿Cuántas veces al día?

___ Ninguna. ___ 1 vez. ___ 2 veces. ___ 3 veces. ___ 4 veces.

3. ¿Se cepilla después de comer algún alimento?

___ Sí. ___ No. ___ A veces.

4. ¿Te cepillas además de los dientes la lengua?

___ Sí. ___ No. ___ A veces. ___ Siempre.

5. ¿Si no te cepillas crees que los dientes se pueden enfermar?

___ Sí. ___ No. ___ No sabe.

6. ¿Consideras al estomatólogo tu amigo?

___ Sí. ___ No. ¿Por qué?

PSICODINÁMICA FAMILIAR Y APOYO SOCIAL EN ADOLESCENTES CON CONDUCTA SUICIDA. ÁREA VI, CIENFUEGOS.

1. Anais Marta Valladares González. anaismartavg@jagua.cfg.sld.cu MSc. en Psicología de la Salud, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos “Raúl Dorticós Torrado”, Jefa de Departamento de Psicología. Cuba
2. Gretis Leidy Rodríguez Hernández, Lic. en Psicología Policlínico Área VI, Cuba
3. Marina Selin Ganen, MSc. en Longevidad Policlínico Área VI, Cuba
4. Mónica González Brito, MSc en Psicología Clínica, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos “Raúl Dorticós Torrado”, Cuba
5. Yolanda Cabera Macías, MSc. en Educación médica y Medicina Natural y Tradicional, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos “Raúl Dorticós Torrado”, Cuba

Resumen:

Introducción: La conducta suicida en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública, con gran repercusión emocional, costo económico y social. **Objetivo:** Caracterizar las dimensiones de la psicodinámica familiar: comunicación y cohesión y la necesidad de apoyo social en adolescentes con conducta suicida en el policlínico Área VI del municipio de Cienfuegos. **Método:** estudio observacional descriptivo en 18 adolescentes con conducta suicida, se aplicaron las siguientes técnicas: Encuesta para pacientes con conducta suicida, Escala Valorativa, Test de Percepción de Funcionamiento Familiar, Subescala de Cohesión Familiar y Cuestionario de Apoyo social. **Resultados:** Predominó el grupo de 15 años de edad, con mayor frecuencia relativa en las mujeres, nivel de escolaridad secundario, ocupación estudiante, en la configuración del vínculo sin pareja, tienen como antecedentes patológicos personales y familiares la depresión y conducta suicida; la ingestión de otros fármacos fue el método más empleado considerado poco serio y de baja gravedad; entre los factores de riesgo personal están la depresión y como familiar los conflictos. **Conclusiones:** Las familias de los adolescentes con conducta suicida presentaron una cohesión intermedia, existe entre ellos una comunicación regular y los adolescentes necesitaron algún apoyo social.

Palabras Clave: Intento suicida, comunicación, cohesión, apoyo social, adolescente.

Introducción

El suicidio como elección para enfrentar las dificultades y ciertas circunstancias de la vida ha acompañado la historia de la humanidad, se ha presentado de diversas formas desde la ideación, el intento hasta el suicido consumado.

Durkheim consideró al suicidio como todo acto de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir éste resultado. La «tentativa» es ese mismo acto «pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte».¹

El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. El intento de suicidio es más común en las hembras y el suicidio es cuatro veces más común en varones.²

Los intentos de suicidio que no resultan en muerte sobrepasan por mucho a los suicidios consumados. Muchos intentos de suicidio no exitosos se llevan a cabo en una forma o escenario en el que sea posible el rescate, lo cual debe verse como una llamada de auxilio.³

Según la Organización Mundial de la Salud, cada 40 segundos alguien se quita la vida en el mundo. Los suicidios son casi la mitad de todas las muertes violentas que se producen y están por encima de los homicidios y de las muertes en guerras y ocurren de 10-15 intentos suicidas por cada suicidio siendo el grupo etario más afectado el de 15 a 24 años.² Aproximadamente 10,2 millones de personas de todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que refiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conducta, aunque no reclamen atención médica.⁴

En América Latina se destaca en primer lugar, Cuba, con una alta tasa de suicidio, en segundo lugar, Brasil, y Colombia, en un tercer lugar. Las estimaciones realizadas por la OMS indican que en el año 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.²

En Cuba, el suicidio ha ido aumentando en las últimas décadas, constituyendo la novena causa de muerte para todas las edades y la segunda para el grupo de 15 a 49 años.⁵

En la provincia de Cienfuegos la incidencia del intento suicida ha ido aumentando en los últimos cinco años, aunque se mantienen cifras similares en jóvenes y adultos. En el 2010 la provincia cerró el año con un total de 421 intentos suicidas, de ellos 63 son adolescentes entre 10-14 años de edad, 132 son edades comprendidas entre 15-19 años. Durante el año 2012 el intento suicida representó el 50,9 % de los diagnósticos; afectó al 61,7 % del grupo de 11 a 14 años e igual porcentaje del grupo de 15 a 18 y al 66,6 % de las hembras. En el año 2013, la provincia de Cienfuegos reportó una tasa de suicidio de 105.36, con un incremento de 5,6% donde la población adolescente y adulta inciden en las estadísticas con un 5,3 %. En el análisis estadístico del pasado año 2014, se reportaron 652 intentos suicidas, de ellos 173 son adolescentes entre 15 a 19 años. *

*Departamento de estadística de la Dirección Provincial de Salud. Cienfuegos.

Para el adolescente una de las tareas más importantes la constituye la adquisición de autonomía, cuyo principal elemento consiste en una separación o distanciamiento gradual -en todos los sentidos en relación con sus padres. Exhiben algunas características tales como depresión, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y son personas sin espíritu de lucha. Suelen ser pacientes más agresivos, exigentes, dependientes e insatisfechos que los demás.

En el comportamiento suicida debemos valorar las ideas, las amenazas suicidas con expresiones verbales o escritas, el gesto suicida, es decir, la amenaza con los medios disponibles, el intento de autoeliminación, que es el acto sin resultado de muerte, y el hecho consumado.⁷

El medio familiar es un factor de riesgo si desde el nacimiento no se recibe al niño con amor, si no es un hijo deseado, asimismo en madres muy jóvenes o demasiado mayores pueden existir patrones de crianza erróneos como la negligencia o la sobreprotección. La historia familiar puede relevar hogares rotos, inestables y sin patrones, con frecuentes discusiones que pueden llevar al maltrato físico y psicológico. La conducta suicida en algunos miembros de la familia, amigos o compañeros de escuela favorecen el aprendizaje y la imitación de esta actitud. La convivencia con enfermos mentales como único pariente, permisividad de conductas antisociales, dificultades socioeconómicas e identificación con familiares deprimidos y alcohólicos.⁷

En el área de salud VI donde se realiza la investigación, existen altas tasas de incidencia y prevalencia de intento suicida, constituyendo un problema de salud que afecta la población del municipio de Cienfuegos. En el análisis de la Situación de Salud Mental del Centro Comunitario en el año 2011 se reportaron un total de 14 casos de ellos 7 adolescentes, durante el año 2012 y 2013 las cifras se mantuvieron similares, con un total de 13 casos de ellos 8 adolescentes y al finalizar el año 2014 se aprecia un aumento de la cifra de intentos suicidas con un total de 19 casos, de ellos 10 son adolescentes.

El presente trabajo tiene como objetivo caracterizar las dimensiones de la psicodinámica familiar: comunicación y cohesión y la necesidad de apoyo social en adolescentes con conducta suicida.

Desarrollo.

Estudio observacional-descriptivo realizado en el periodo de enero de 2013 hasta diciembre de 2014, que incluyó a los 18 adolescentes con conducta suicida que asistieron a consulta de psicología cuyas edades están comprendidas entre 15 a 19 años. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, ocupación, grado escolar, configuración del vínculo, tipo de intento, factores de riesgo personal, factores de riesgo familiar, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares, gravedad de las circunstancias, seriedad del intento, comunicación familiar, cohesión, necesidad de apoyo social.

Se aplicó la encuesta para el paciente con conducta suicida y las pruebas de evaluación psicológica: Test de percepción del funcionamiento familiar, Subescala de cohesión familiar del family adaptability and cohesion evaluation scale (faces III), Cuestionario de apoyo social (cas-7) y la Escala Valorativa. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos en la obtención de la información. El procesamiento de los datos obtenidos se realizó utilizando una base de datos SPSS.15.0 Windows. Los datos se presentaron en tablas y gráficos representando la frecuencia y el porcentaje de cada una de las variables estudiadas.

Resultados y Discusión

Más del 75 % de los adolescentes de nuestro estudio pertenecen al sexo femenino, de esta manera se ratifica el hecho de que este es el sexo que incurre mayormente en la conducta suicida. Los resultados obtenidos coinciden con los aportes y resultados de otras investigaciones^{2, 8, 9, 3, 10} en las cuales varios autores han reseñado, en la literatura tanto nacional como internacional, la predisposición del sexo femenino hacia el intento suicida asociados a factores de seriedad en la conducta autoquímica; otros dan su explicación por la identidad de género y la socialización de la mujer caracterizada por rasgos de dependencia, sumisión, sensibilidad y debilidad los que propician el desarrollo de estilos de afrontamiento poco asertivos y de alta susceptibilidad y emocionalidad.

La mayor incidencia del intento suicida se obtuvo en los adolescentes de 15 años, resultados reveladores de que en esta edad existe una tendencia más acentuada a dañarse a sí mismos, presumiblemente atribuible a la "crisis de la adolescencia", que suele acompañarse de conflictos y trastornos emocionales, resultado que coincide con otras investigaciones.^{10,11, 9, 3, 12, 13}

Hernández Mirabal y Louro Bernal³ en Artemisa encontraron que la frecuencia de intentos suicidas en la adolescencia aumenta con la edad.

Con relación al nivel educacional, la escolaridad que predominó fue la secundaria básica con un 55,6% y con respecto a la ocupación el 72,2% son estudiantes.

En el estudio realizado por Peña Galbán y colaboradores¹⁴ se encontraron resultados similares, existió predominio de las féminas con 83,4%, el grupo de edad entre 15 y 19 años representó el 64,8% y predominó el nivel de escolaridad secundaria terminada con un 50,8%. De igual manera la investigación realizada en Granma¹³ en 2014 reflejó que el mayor número de intentos suicidas fue en las edades comprendidas entre 15 y 19 años, con predominio del sexo femenino y la ocupación estudiantes con 84 %.

Cuando analizamos la variable configuración del vínculo encontramos que el 38,9 % de los adolescentes que mantuvieron una conducta suicida no tienen pareja, lo que pudiera estar relacionado con que en esta etapa las relaciones de pareja son inestables, al adolescente le cuesta trabajo hacer corresponder su ideal de pareja desde el punto de vista físico con su ideal de acuerdo a cualidades psicológico – morales.

No tener pareja en esta etapa los hace más vulnerables a la soledad, la depresión y a la ideación suicida, no encuentran con quien compartir sus penas, expresar sus temores, sus insatisfacciones y su modo de escapar de la realidad es a través de la conducta suicida. Tener pareja es un factor protector frente al suicidio, lo que podría explicarse por el apoyo social que se recibe de la pareja.⁶

Entre los antecedentes patológicos personales (APP) y los factores de riesgo personal predominó la depresión con más del 60%, estos resultados coinciden con otras investigaciones, entre ellas una realizada en México¹ en la que se encontró

correlación entre el afecto negativo o sintomatología depresiva y la ideación suicida.

El 73,9 % de los adolescentes en investigación realizada en Artemisa ³ presentaron altos niveles de ansiedad y depresión, lo que coincide con los resultados de este estudio en el que se considera la depresión como el factor de riesgo más personificado en los adolescentes.

En una investigación realizada en la región metropolitana de Chile ⁹ por cada tres adolescentes de enseñanza media que piensan que la vida no vale la pena, dos piensan terminar con ella y uno lo intenta.

La idea o intento suicida, insomnio, irritabilidad se presentó en el 100 % de los adolescentes, seguidos de la tristeza con 92.3 % y la agresividad con el 84.3 %, en investigación realizada en Guantánamo ¹⁵ en el año 2013 algunos de cuyos aspectos no coinciden con los resultados del actual estudio.

Los antecedentes patológicos familiares (APF) estuvieron representados por la conducta suicida en un 27,8 %, seguido del alcoholismo y la depresión en igual proporción con un 22,2%. Estos resultados coinciden con otros referidos en anteriores investigaciones, en las que análisis de regresión realizados muestran que la madre desempeña un importante papel en la ideación suicida de los hijos, hallazgo que se añade a otros acerca de la influencia preponderante de la madre en el comportamiento de los hijos. ^{8, 16}

En investigación realizada en Santiago de Cuba ¹⁰ se evidenció que los APF constituyen factor de riesgo con 8,63 veces más probabilidades de realizar un intento suicida, a los que se atribuyeron el 7,63 de los intentos realizados por los adolescentes; siendo los más frecuentes: las alteraciones psiquiátricas, el intento suicida y el alcoholismo, los que coinciden con nuestros resultados.

En los factores de riesgo personal la depresión obtuvo la mayor frecuencia con un 61,1 %, como ya fue explicado anteriormente; seguido de antecedente de intento suicida, maternidad temprana y otros factores de riesgos educacionales.

Entre los educacionales se encuentran los conflictos docentes en los que figuran: dificultades académicas, rechazo grupal y dificultad en las relaciones con profesores. Resultados similares fueron encontrados por Noa López y Miranda Vázquez en Santiago de Cuba ¹⁰ donde los conflictos docentes fueron experimentados por el 51,8 % de los casos estudiados y el 25,0 %, de los controles, con un riesgo relativo estimado de 3,23, resultado altamente significativo.

En relación con la conducta suicida como factor de riesgo personal, se observa que 3 adolescentes femeninas cometieron intentos suicidas con anterioridad, dos de ellos con planificación del acto previamente y uno con aviso previo del acto suicida, lo que puede estar relacionado con el hecho de que en los adolescentes existe una estrecha correspondencia entre la información sobre el tipo de acto que

conduce a la muerte, las fantasías acerca de lo que ocurrirá si cometen alguno de ellos y el método concreto elegido.¹⁷

La maternidad temprana en las adolescentes significa un riesgo para su salud y la de su hijo desde su inicio, pues la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, pueden obstaculizar su futuro desarrollo personal lo que significa un importante factor de riesgo para cometer un acto suicida.¹⁸

Según factores de riesgo familiar los conflictos en la familia alcanzaron las frecuencias absolutas y relativas más altas, representadas por más del 94% coincidiendo este resultado con otros estudios.^{8, 10}

Similares resultados fueron encontrados por A. Santamarina Fernández, M. Santamarina Fernández y col.¹³ en cuyo estudio los conflictos de pareja fueron el principal motivo de la tentativa suicida con un 39.2%, seguido del 30.4% los conflictos con la madre y el padre.

Las alteraciones en la dinámica familiar son considerados factores desencadenantes de mayor importancia en la conducta suicida, los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, la familia, ocupan un lugar relevante en la vida afectiva de las personas. No siempre la familia está preparada o cuenta con los recursos para cumplir este papel. Puede tener dificultades para ello, ya sea por carencias emocionales, económicas o problemas graves de salud.¹⁹

El método más empleado por los adolescentes estudiados fue el uso de fármacos lo que podría explicarse por el hecho de que en muchos hogares se dispone de medicamentos que ocasionalmente son ingeridos de forma habitual en el hogar. La elección del método suicida en nuestro estudio se corresponde con los descritos en la literatura consultada.^{20, 3, 13, 21} La utilización de métodos blandos como la ingestión de psicofármacos por adolescentes en un 56,75 % fue encontrado en un estudio realizado en el municipio Cerro.¹²

No coinciden los resultados con el estudio realizado por Cintra Hernández, López Santana y col.¹⁵ en el que predominó el método duro (ahorcamiento) en el 54 % de los pacientes.

La gravedad de las circunstancias fue considerada baja en el 38,9 % de los casos, lo que pudiera interpretarse como que no existe la intención final de quitarse la vida, sino que es un recurso que utilizan para la solución de conflictos de convivencia sobre la base de una disfuncionalidad familiar y accesibilidad a los fármacos.

En la investigación de Pérez Collado J., Pérez Collado T. y col.²¹ el 54,7% de los adolescentes realizaron intentos de suicidio de carácter serio y el 64 % fueron considerados de gravedad moderada, resultados que no coinciden con los obtenidos por el actual estudio.

Si bien es cierto que el intento suicida es el acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida, no siempre es este el propósito que subyace y motiva un intento suicida.¹¹

El 66,7% de las adolescentes perciben regular la comunicación familiar pues la misma está empobrecida, se realiza mediante mensajes poco claros e indirectos, con ambivalencia en la transmisión del afecto.(Anexo: Grafico 1)

Las dificultades de comunicación entre padres e hijos en la adolescencia se deben a la naturaleza cambiante de la relación en esa etapa y no a una incapacidad inherente para establecer conversaciones con significado.²²

La investigación realizada en Mexico “Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes” encontró que de los estilos parentales, el negligente, tanto materno como paterno, mostró las correlaciones más altas con la ideación suicida. De las variables familiares, la satisfacción familiar y la frecuencia de conflictos con la madre tuvieron también las mayores correlaciones con la ideación suicida.⁸

El 55,6 % de los adolescentes estudiados percibieron una cohesión intermedia en sus familias, (Anexo: Grafico 2) lo que se traduce en que los miembros en algunas ocasiones se brindan ayuda, comparten algunas actividades familiares, lo que puede estar dado porque son escasas las mismas y el tiempo en que comparten y se consultan decisiones a tomar en determinados momentos de su vida.

Un estudio realizado en Colombia arroja que el 45.8% de las adolescentes perciben un nivel de cohesión bajo, el 54.4% reportó cohesión intermedia y el 35.9% reportó cohesión alta, coincidiendo con nuestra investigación.²³

Los resultados obtenidos por Hernández Mirabal y Louro Bernal³ en cuanto al funcionamiento familiar arrojó que el 91,3 de las familias resultaron ser disfuncionales y severamente disfuncionales, lo que va en detrimento de las categorías cohesión y comunicación (entre otras).

En investigación realizada en Cienfuegos²⁴ se encontró entre los factores referidos a la dinámica familiar y aspectos personales del adolescente, como factores protectores: la relación con los padres y tener con quien contar en situaciones difíciles y como factores de riesgo: el no confiar en los padres, el antecedente de suicidio en la familia y la existencia de problemas afectivos en general, aspectos todos coincidentes con nuestros resultados.

La necesidad de algún apoyo social fue percibida en el 44,4% de los adolescentes. (Anexo: Grafico 3)

Resultaron factores protectores para la conducta suicida en adolescentes en estudio realizado por Cortés Alfaro, Aguilar Valdés y col.²⁴ el considerar tener apoyo o atención familiar y contar sus problemas a la madre o pareja, resultados similares a los encontrados en la actual investigación.

Existe intervínculo entre la comunicación familiar regular y la necesidad de algún apoyo social en los adolescentes estudiados; el 33,3% percibieron como regular la comunicación familiar refiriendo necesitar de algún apoyo social. (Anexo Tabla 1) En la literatura revisada encontramos estudios con resultados coincidentes.²³

En cuanto a las categorías cohesión familiar y necesidad de apoyo social, existe interflujo ya que el 33,3% de los adolescentes percibieron una cohesión intermedia en sus familias y la necesidad de algún apoyo social. (Anexo Tabla 2)

Según plantea la Doctora en Ciencias Psicológicas Patricia Arés en su libro Psicología de la Familia, en una investigación realizada en República Dominicana que estudia la cohesión en la vida familiar, se concluye que esta es una de las dimensiones centrales en los procesos de interacción familiar. Para Olson, el hecho de que por los menos 40 conceptos de familia se relacionan con esta dimensión, indica su importancia como dimensión unificadora. Es vital para la evaluación de las disfuncionalidades de los sistemas y subsistemas familiares y para la intervención que busca mejoras en ellos.²³

Conclusiones

La psicodinámica de las familias que conviven con adolescentes que mantienen conducta suicida se caracterizan por comunicación regular, cohesión intermedia y la necesidad de algún apoyo social por parte de estos.

Referencias Bibliográficas:

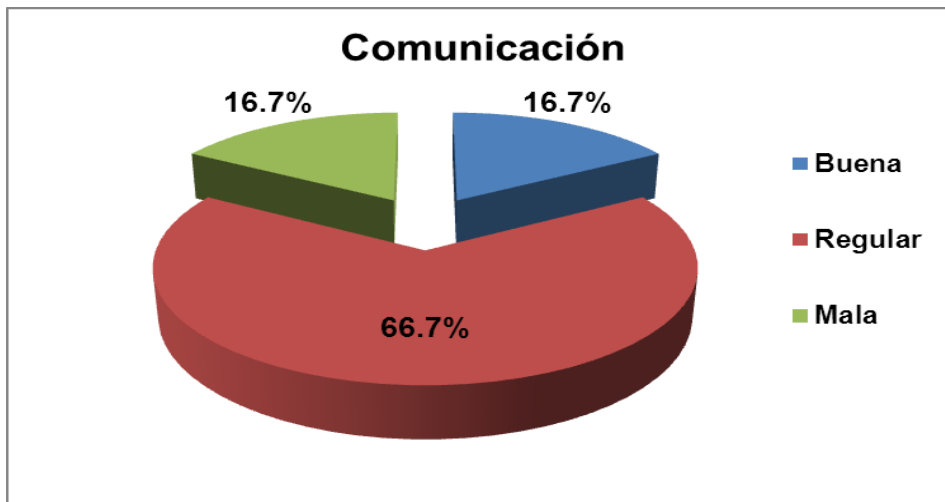
1. Andrade Salazar JA. Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Internet] 2012[Citado 4 mar 2015]; 15 (2): [Aprox.34 p]. Disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/rep,
2. Arlaes L, Hernández G, Álvarez D, EñizaresT. Conducta suicida, factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Gen Integr 2008; 14(2). p: 122-6
3. Hernández Mirabal Leticia de la Caridad, Louro Bernal Isabel. Principales características psicosociales de adolescentes con intento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Mar 26] ; 31(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200007&lng=es.
4. García de Jalón E., V. Peralta. Suicidio y riesgo de suicidio Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. (2010) (Supl. 3): 87-96.
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2012. Ciudad de La Habana.
6. Mora-Rodríguez N. Intento suicida en adolescentes. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 2015 Sep 17]; 11(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2246>
7. Rodríguez M O. Salud Mental Infante Juvenil. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
8. Silva C, Aguilar J. Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. Rev Psicología y salud. 2011;21(1):25-30.

9. Ventura-juncá R, Carvajal C., Undurraga S., Vicuña P., Egaña J., Garib M. J. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010 Mar [citado 2018 Mar 26] ; 138(3): 309-315. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008&lng=es.
10. Noa López J., Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. Medisan [Internet] 2010 mar.-abr [Citado 3 may 2015]; 14(3): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.htm
11. Cañón Buitrago SC. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Arch Med [Internet] ene-jun 2011[Citado 16 mar 2015]; 11(1): [Aprox. 5 p.]
12. Del Toro M, Hernández Y, David B. Caracterización de la conducta suicida en adolescentes del municipio Cerro, 2009 - 2010. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2012;9(2):4-6.
13. Santamarina Fernández A., Santamarina Fernández M, Yero Suárez L.A.,Suárez Periche X, Quintero Ríos O.,Pupo Báez W. J. Tentativa de suicidio en adolescentes residentes en Bartolomé Masó durante el período 2013-2014 Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2015; 12(2): 1-11.
- 14--60. Peña Galbán LY, Casas Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Gómez Arencibia T; Gallardo Álvarez M. Comportamiento del Intento Suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. Rev Cub Med Milit [Internet] 2010[Citado 4 dic 2014]; 31(3): [Aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=so1386557200020003000058&script=sci_arttext&lng=en
15. Cintra Hernández Y, López Santana Y, Villar Rojas Y, Laugart Wilson A. Intento suicida y adolescencia Rev Inf Cient. 2015; 90(2):252-260
16. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villarroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Feb [citado 2018 Mar 26] ; 137(2): 226-233. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200006&lng=es.
17. Cortés Alfaro A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2014 ene.-mar. [Citado 6 may 2015]; 30 (1): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252014000100013&script=sci_arttext&lng=en
18. Martínez Gómez C. Salud Familiar. La Habana: Editorial Científico – Técnica; 2012.
19. García Morey A, Torres Rodríguez O, Ares P. La psicología, hacer y pensar. Curso de Universidad para Todos, parte 5. La Habana: Ed. Academia; 2015.
20. Moreno Campa C, Díaz Cantún CL, Soler Santana R, Brossard Cisnero M, Carbonell García IC. Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet] 2012 feb. [Citado 5 may 2015]; 16 (2): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000200008&lng=es&nrm=iso&lng=es

21. Pérez Collado J, Pérez Collado Ta, Azcuy Collado M, Mirabal Martínez G. Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Mar 26] ; 33(1): 70-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100008&lng=es.
22. Rodríguez García J, Batista de los Ríos D. Acercamiento teórico de las deficiencias de la comunicación familiar en adolescentes con manifestaciones agresivas. Contribuciones a las Ciencias Sociales [Internet]. 2012 Jun [citado 15 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/20/rqbr.html>
23. Arés Muzio P. Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002.
24. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero J S. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Mar [citado 2018 Mar 26] ; 27(1): 33-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es.

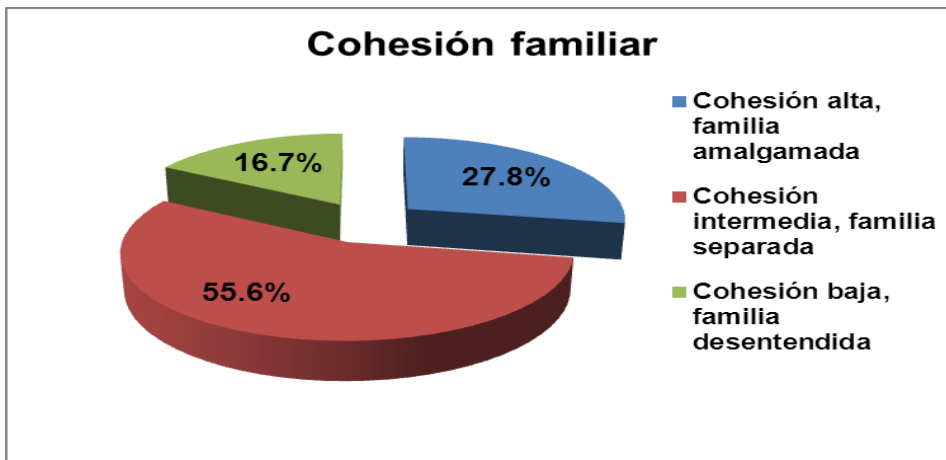
ANEXOS

Gráfico No 1: Distribución de los adolescentes con conducta suicida según la comunicación familiar. Área VI, Cienfuegos 2015.



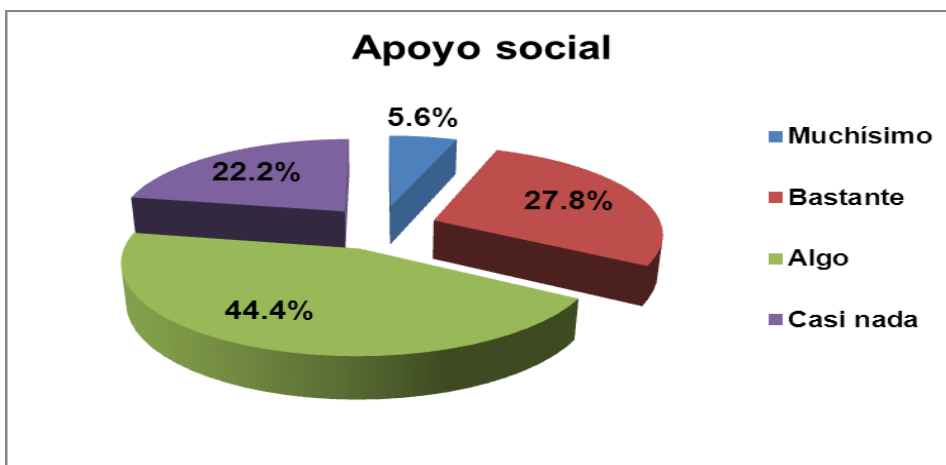
N = 18 Fuentes: Escala valorativa, Test de percepción del funcionamiento familiar.

Gráfico No 2: Distribución de los adolescentes con conducta suicida según la cohesión familiar. Área VI, Cienfuegos 2015.



N = 18 Fuentes: Escala valorativa, Test de percepción del funcionamiento familia Sub-escala de Cohesión Familiar.

Gráfico No 3: Distribución de los adolescentes con conducta suicida según necesidad de apoyo social. Área VI, Cienfuegos 2015.



N = 18

Fuente: Cuestionario de apoyo social. (CAS-7)

Tabla No 1: Intervínculo de la comunicación familiar con la necesidad de apoyo social de los adolescentes con conducta suicida. Área VI, Cienfuegos 2015.

Comunicación	Apoyo social				Total
	Muchísimo	Bastante	Algo	Casi nada	
Buena	0	0	2	1	3
Regular	1	3	6	2	12
Mala	0	2	0	1	3
Total	1	5	8	4	18
Porcentaje	5,5%	27,7%	44,4%	22,2%	100%

N =18 Fuentes: Escala valorativa, Test de percepción del funcionamiento familiar. Cuestionario de apoyo social. (CAS-7)

Tabla No 2: Intervínculo de la cohesión familiar con la necesidad de apoyo social de los adolescentes con conducta suicida. Área VI, Cienfuegos 2015.

Cohesión familiar	Apoyo social				Total
	Muchísimo	Bastante	Algo	Casi nada	
Cohesión alta, familia amalgamada	1	2	1	1	5
Cohesión intermedia, familia separada	0	1	7	2	10
Cohesión baja, familia desentendida	0	2	0	1	3
Total	1	5	8	4	18
Porcentaje	5,5%	27,7%	44,4%	22,2%	100%

N = 18 Fuentes: Escala de percepción del funcionamiento familiar, Sub-escala de Cohesión Familiar, Cuestionario de apoyo social (CAS-7)

TÍTULO: PÚRPURA ANAFILACTOIDE DE SHÖNLEIN HENOCH EN EL CURSO DE UNA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNOLÓGICA CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

MSc. Dra. Lucia Díaz Morejón. MSc. Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en MGI y Pediatría. Profesor asistente. HPU "Paquito González Cueto". Cienfuegos.

MSc. Dra. Belkis Rodríguez Jorge. MSc. Atención Integral al niño. Especialista de I Grado en Pediatría. Diplomado de Hematología. Profesor Asistente. HPU "Paquito González Cueto". Cienfuegos.

MSc. Dra. Yoandra León Rayas. MSc. Urgencias y emergencias médicas. Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor asistente. HPU "Paquito González Cueto". Cienfuegos

Dra. Dumeivy García Sánchez. Especialista de Hematología. Profesor asistente. HPU "Paquito González Cueto". Cienfuegos.

MSc. Dr. Luis Omar López Hurtado. Especialista de I Grado en Pediatría y diplomado en Neuropediatría. Profesor asistente. HPU "Paquito González Cueto". Cienfuegos

Lic. María E. Santa Cruz Leonard. Lic. Enfermería. Profesor Instructora. HPU Paquito Gonzales Cueto. Cienfuegos

Correspondencia. Dra. Lucia de la C. Díaz Morejón.

ldm@hosped.cfg.sld.cu; luciadiazmorejon@gmail.com

RESUMEN

La púrpura de Henoch Schonlein es una vasculitis común en la infancia, caracterizada por una púrpura palpable no trombocitopénica y manifestaciones sistémicas, con dolor abdominal, sangrado gastrointestinal, glomerulonefritis, artritis y artralgia. Es la forma más común de enfermedad por alteraciones del componente vascular en los niños. Está relacionada con patologías desencadenantes como las infecciones y las picaduras de insectos.¹⁻⁵ *Material y método:* Es un estudio retrospectivo, donde utilizamos la historia clínica archivada en el departamento de estadística del hospital pediátrico de Cienfuegos y la microhistoria en el servicio de hematología. Paciente de 4 años de edad B/M de procedencia rural producto de un embarazo normal y parto eutócico con antecedentes de cuadros alérgicos como rinitis, urticaria y una purpura trombocitopenica inmunológica crónica con muy poca respuesta a los tratamientos habituales de la enfermedad, presentando durante el curso de la misma una purpura anafilactoide de Shonlein Henoch, caracterizada por lesiones purpúricas maculopapulares de aspecto urticariano con localización en miembros inferiores y glúteos de forma simétrica con ligeros edemas maleolares, hematuria y trombocitopenia muy severa. Los complementarios realizados a excepción del conteo de plaquetas estuvieron en rangos normales. Evolucionando satisfactoriamente de la enfermedad en alrededor de 3 semanas.

Palabras clave: purpuras, urticaria, Shönlein Henoch

INTRODUCCIÓN

La púrpura de Shönlein Henoch es una vasculitis inmunoalérgica adquirida frecuente en la edad pediátrica, que se presenta con púrpura palpable no trombocitopenica, que da lugar a fenómenos agudos asociados con menor frecuencia a nefritis, artritis o artralgiyas, y hemorragias digestivas. Aunque se desconoce la etiología se considera es debida a una respuesta alérgica o inmunológica patológica a uno o varios antígenos como infecciones estreptococcicas por mycoplasmas, virales; vacunas, gripe, picadura de insectos, fármacos, gram variedad de alimento.¹⁻³

Los estudios modernos sugieren que el daño vascular se debe a depósitos de complejos inmunes de IgA, los cuales son muy abundantes en estos pacientes en la piel y mesangio.⁴⁻⁶

El sello de esta púrpura es la gran simetría de las lesiones afectando con mayor prioridad extremidades inferiores hasta región glútea, la lesión es maculopapular incluyendo diversos elementos de urticaria, eritema y edema además de la púrpura. desapareciendo en un periodo no inferior a 2 semanas. Es rara la aparición de estas lesiones en miembros superiores, tronco y cara, casi siempre respetan las palmas de las manos, planta de los pies y genitales externos, siendo excepcionales en las mucosas. La localización más frecuente de los edemas es en dorso de las manos y pies, labios, región periorbitaria y cuero cabelludo que puede ser doloroso. La evolución de las lesiones cutáneas es variable.^{3,4,5,7}

Las artralgiyas por tumefacción se presentan en el 60 a 75% de los pacientes afectándose las grandes articulaciones rodillas, tobillo y codos, aunque también pueden lesionarse las inter-falángicas. Las manifestaciones gastrointestinales más frecuentes son el dolor abdominal a tipo cólico, recurrente, de localización mesogástrica, acompañado con frecuencia de nauseas, vómitos y mas raramente de diarreas. En el 5% de los pacientes hay enterorragia y en un 3% invaginación intestinal. En el 50-80% de los pacientes hay hematuria microscópica, pero la nefritis clínica solo se presenta en el 20-30% de los casos, con hipertensión arterial o sin ella determinando la gravedad del cuadro.⁸⁻¹⁰

Caso clínico:

Paciente de 4 años de edad, B/M de procedencia rural, producto de un embarazo normal y parto eutócico a las 39.6 semanas, institucionalizado con antecedentes de procesos alérgicos como rinitis y urticaria en ocasiones, por lo cual ha tenido seguimiento por alergia llevando tratamiento de forma irregular.

Es ingresado en nuestro servicio como un síndrome púrpurico hemorrágico para estudio, diagnosticándose por su cuadro clínico y estudios de laboratorio una Púrpura Trombocitopenica Inmunológica Aguda (PTI). Ha llevado múltiples tratamientos entre ellos esteroides (prednisona, metilprednisolona), inmunoglobulinas IgG (intacglobin), inmunosupresores (inmuran), con respuestas parciales y transitorias, por lo que se clasifica como PTI crónico después del año de evolución del proceso.

Acude a consulta, constatándose al examen físico lesiones maculo papulosas de color rojo-violáceo, con relieve, acompañando a la púrpura petequial, de distribución simétrica, localizada en miembros inferiores y glúteos, recordando un rash urticariano por lo que se ingresa como una recurrencia de su enfermedad de base. Después de 8 días de evolución aparecen iguales lesiones en miembros superiores, respetando

tronco y cara, con presencia de hematuria y ligeros edemas maleolares, así como artralgiyas en las articulaciones de los tobillos. Reevaluándose el diagnóstico planteándosele una purpura de Shonlein Henoch asociada a la purpura trombocitopenica, manteniendo buen estado general y trombocitopenia muy severa

Complementarios realizados:

Conteo de plaquetas: $2 \times 10^9/l$,

Hb: 138 gr/l, leucocitosis (16.88) con predominio de segmentados (0.81),

Cituria con hematuria microscópica y macroscópica.

Pruebas de función hepática dentro de valores normales, funcionamiento renal normal incluyendo (urea, creatinina, proteinuria de 24 hrs, conteo de Addis), estudios de enfermedades del tejido conectivo negativos.

Ecografía abdominal y renal donde se informa hígado de tamaño normal con punteado ecogénico en el ecopatrón. Ambos riñones se observan con hiper-ecogenicidad grado III, parénquima 8 mm, no dilatación del sistema excretor. RD: 70x 33mm y RI: 85x33 mm. Bazo de textura homogénea, mide 85x 38 mm. Resto de las estructuras del hemiabdomen superior sin alteraciones. A la semana se realiza ecografía evolutiva donde se informa que persiste la hiper-ecogenicidad renal bilateral, pero en menor intensidad que en el estudio anterior y el resto de las estructuras del hemiabdomen superior son normales. Solo se usó tratamiento dietético y sintomático, dada la trombocitopenia basal del paciente. El cuadro clínico y humoral evoluciona satisfactoriamente, egresándose a los 31 días con seguimiento por consulta de nefrología y hematología.

Discusión

La púrpura de Henoch Schonlein es una vasculitis sistémica de pequeños vasos mediada por inmunoglobulina A, también denominada vasculitis leucocitoclástica. Se presenta con frecuencia en la infancia, generalmente en edades entre tres y 15 años, más frecuente entre los seis y siete años, Es poco frecuente en niños menores de dos años y en adultos.⁸ En nuestro caso el paciente tenía 4 años de edad.¹⁻⁵

A nivel histopatológico, se caracteriza por una vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos, con depósitos de inmunoglobulina A. Clínicamente se presenta como una púrpura palpable asociada a prurito en superficies dependientes de presión a predominio de extremidades inferiores y glúteos. Puede presentarse en distintas áreas con mayor frecuencia en miembros inferiores glúteos y cintura pélvica de forma simétrica. Las lesiones cutáneas varían desde pequeñas petequias a grandes equimosis y ampollas hemorrágicas. Su coloración varía de eritematosas a eritematovioláceas y finalmente a color marrón. Puede presentar edema subcutáneo en el dorso de las manos, pies, alrededor de los ojos, frente, cuero cabelludo y escroto en las etapas tempranas de la enfermedad, particularmente en niños muy jóvenes.⁸⁻¹³ El paciente presentó lesiones petequiales maculo papulares rojizas de distintos tamaños en miembros inferiores, glúteos y miembros superiores con presencia de hematuria y ligeros edemas maleolares, así como artralgiyas en las articulaciones de los tobillo, evidentes en las imágenes que se ilustran en la presentación.

Imágenes del paciente:



BIBLIOGRAFÍA

- 1-Thakkar, U G; Vanikar, A V; Trivedi, H L. Anaphylactoid purpura manifested after acute gastroenteritis with severe dehydration in an 8-year-old male child: a case report. Puerto Rico health sciences journal. 2015 Nov. 20; 34(4):225-7. Disponible en: <http://prhsj.rcm.upr.edu/index.php/prhsj/article/view/975/952>
- 2-Gálvez-Olortegui, J; Álvarez-Vargas, M; Durand-Vergara, J; Díaz-Lozano, M; Gálvez-Olortegui, T; Armas-Ramírez, I; Hilario-Vargas, J. Púrpura de Henoch Schonlein asociada a picadura de abeja: reporte de caso. Medwave. 2015 Oct 30; 15(09). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Casos/6297?ver=sindiseno>
- 3-Martínez, D A; Pérez, A F; Valdés, J R; González, L L; García, P A; Núñez, M A; Morales, O Q; Olivares, M F; Gómez, L V; Ronquillo, J H. Púrpura de Schönlein-Henoch fulminante. Acta Médica del Centro. 2015; 9(4):102-11. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2015/mec154r.pdf>
- 4-Mendoza, A C. Compromiso Duodenal en púrpura de Henoch-Schönlein. Revista de Gastroenterología del Perú. 2017 Sep 23; 30(3):220-3. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v30n3/a07v30n3>
- 5-Galano, E P; Galano, E Y; Rodríguez, D D. Púrpura de Schönlein-Henoch secundaria a diclofenaco. Presentación de un caso. Revista de Información Científica. 2014; 83(1):121-9. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/993>
6. Cruz, Toll, M.T; E. Enfermedades hemorrágicas. En, Cruz, M; Jimenez, R; F. Tratado de Pediatría. 2da ed. Madrid: ed.Erjor; 2001. Pag. 1434-1436.
7. Covarrubias espinosa, roberto, sotelo cruz, norberto y hurtado valenzuela, jaimé gabriel. púrpura trombocitopénica autoinmune. informe de 108 casos. bol. med. hosp. infant. mex. [online]. 2004, vol. 61, no. 2 [citado 2007-05-26], pp. 119-127. disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1665-11462004000200002&lng=es&nrm=iso. issn 1665-1146. ↑ arch argent pediatr 2013; 101(3)/225.
8. Wake forest university baptism medical center. hernandez galano, geldris p, castro arenas, raúl, hernandez cruz, calixto et al. resultados terapéuticos en la púrpura trombocitopénica idiopática crónica. rev cubana hematol inmunol hemoter, mayo-ago. 2016, vol.22, no.2, p.0-0. issn 0864-0289.
- 9- Púrpura trombocitopénica idiopática. Consenso sobre diagnóstico y tratamiento Comité de Hematología de la Sociedad Argentina de Pediatría* Arch.argent.pediatr 2013; 101(3) / 225.
10. Púrpura de Schonlein Henoch, Que es?. [http:// www. Piento.it/ peadiatric-rheumatology](http://www.Piento.it/peadiatric-rheumatology).
11. Borroto Díaz Geraldo, Benítez García Maria del Carmen, Barcelo Acosta Maricela y Guerrero Diaz Carlos. Purpura de Shonlein Henoch recidiva en el transplante renal presentación de un caso. Rev. Cubana Med. 2001; 40(3): 228-232.
12. Cedar Jaime L, Fuentes Paulina P, Potin Marcela S. Henoch-Schonlein purpura associated with varicella. A clinical case. Rev. Chil. Pediatr. 75 (2); 159-162, 2014
- 13- González Pascual E. Vasculitis en Pediatría. En: Enrique González Pascual, Ed. Manual Práctico de Reumatología Pediátrica. Laboratorios Menarini SA, Barcelona, 1999: 497-514.

Evento:HISPANO AMERICANO.

Título: ¿Qué significa ser Abuela?

Forma de presentación:Poster.

Autoras:Msc:Dra:Caridad Maria Gonzalez Aragon.

Lic:Yannelis Luaces Toledo.

Institucion:Universidad de Cienfuegos,Policlinico Area 3.

Provincia:Cienfuegos,Cuba.

Resumen:

El poster expresa el significado de ser abuela y el papel que representan en la educación de sus nietos.Cuando la red familiar lo permite y los vínculos son saludables,los nietos pueden contar con sus abuelos,o sea,padres de padres.A través de expresiones escritas por los nietos identificamos los valores transmitidos a los nietos por las abuelas.El aporte fundamental de nuestro trabajo es reafirmar que el vínculo entre abuelos y nietos es único,intransferible,especial,de ayuda,de alegría,de respeto,de agradecimiento,de amor,de ayuda.

Palabras Claves: Abuelo, Abuela, Abuelidad, Nietos.

Abstract:

The expressed round-table the meaning of being grandmother and the paper that represent in the education of their grandsons. When the family net allows it and the bonds are healthy, the grandsons can have their grandparents, that is to say, parents' parents.

Through expressions written by the grandsons we identify these securities transmitted to the grandsons by the grandmothers. The fundamental contribution of our round-table is to reaffirm that the bond between grandparents and grandsons is only, non negotiable, special, of help, of happiness, of respect, of gratefulness, of love, of help. **Key words:** Grandfather, Grandmother, Abuelidad, Grandsons.

Introducción:

El estilo de vida familiar en los últimos 50 años cambio aceleradamente.

La mujer procuro trabajo fuera del hogar.

Se crearon nuevos modelos de familia. Dio como resultados niños pocos contenidos, poco disciplinados.

Ellos quedaron a cargo de personas ajenas al hogar, o en guarderías, esto llevó a la TERCIALIZACION DE LA CRIANZA.

Pero los niños tienen derecho a ser educados y los adultos tenemos el deber de educarlos.

Cuando la red familiar lo permite y los vínculos son saludables, los niños pueden contar con sus abuelos, o sea con los padres de los padres.

Cada nieto escoge un apelativo: tata, abu, nona, o extendiendo los brazos o acariciando sus mejillas.

Los abuelos son el tronco de la familia extendida, la que aporta pertenencia e identidad.

El vínculo entre abuelos y nietos es único, intransferible, desbordante de amorosidad, y con esta señal los padres descubren que están acompañados para criar, y que ya dejaron de ser hijos.

La abuelidad constituye una forma contundente de comprender el paso del tiempo, de aceptar la edad y la esperable vejez.

Los nietos reconfortan y así se construye el sentido de trascendencia a partir de la tercera edad. Este sentido de trascendencia da espacio para: Disponer de largos tiempos contemplando gestos, rasgos, temperamentos. Tiempos sin apuros para: jugar, pasear, leer, reparar juguetes.....y Tiempos elegidos estratégicamente para comunicar valores.

Los abuelos presumen de su sabiduría y ven lo que sus hijos no ven.

Los abuelos enriquecen el espíritu y dejan alas en sus nietos para que puedan volar muy alto.

Los abuelos son cómplice de secretos, malcrían, y restauran el mundo cuando a los pequeños se les cae y les dejan para siempre el perfume de sus casas, de sus comidas, de su jardín, que resultaran inolvidables.

Los abuelos nunca mueren, solo se hacen invisibles (1).

Todos queremos llegar a ser abuelos, pero serlo es uno de los papeles familiares más difíciles (2) y tener abuelos es algo muy especial (3).

Los abuelos, de acuerdo con los parámetros culturales, están en el lugar de la ayuda y del reemplazo en la emergencia (2).

Al menos los abuelos cubanos han jugado ese rol.(2).

La mayoría de los abuelos, en Cuba, no son de visita, muy por el contrario, conviven con los nietos y ocupan un lugar importante dentro de la familia: ese lugar es reconocido, incluso, socialmente, sobre todo, en las abuelas, muchas se jubilan para cuidar a los nietos y dar posibilidades a que su hija o hijo trabaje y se supere (2).

La mejor manera de ser abuela/abuelo es dando mucho cariño (2).

Nuestro trabajo abordara el sentir de nietos y nietas; de lo que han significado para ellos sus abuelos, los cuales pertenecen a nuestra aula del adulto mayor en el Policlínico Área 3 de Cienfuegos.

Objetivo General:

1. Expresar el significado de ser abuela a través del sentir del nieto y de la abuela.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los valores transmitidos de abuela a nieto.
2. Reafirmar que la abuelidad, es: relación de ayuda, de alegría, respeto y agradecimiento.

Metodología y Procedimiento.

La Metodología de nuestro Trabajo es fundamentalmente cualitativa.

Trabajamos con la imagen “fiel a la vida” de lo que los nietos y abuelas dicen y

escriben, mínimo de interpretación y conceptualización. Se utilizan las propias palabras de las personas, sin traducirlas al lenguaje del individuo.

Utilizamos la Inducción Analítica, como método cualitativo riguroso para arribar a un ajuste entre los datos y las explicaciones de los fenómenos.

Nuestra motivación ha estado centrada en la posibilidad de expresar lo que sienten los nietos de sus abuelas, lo que significan para ellos y así identificar los valores transmitidos y reafirmar, que relación abuela-nieto es única y especial, las abuelas también expresaron lo que ha significado para ellas ser abuelas.

En un primer encuentro (Taller en el aula del adulto mayor) se orientó a las abuelas que les dijeran a sus nietos que escribieran lo que significaba para ellos su abuela. Ellas trajeron las notas escritas por sus en el próximo encuentro.

En un segundo encuentro, en el aula se leyó y debatió lo escrito por los nietos, se intercambiaron las expresiones y las abuelas también expresaron lo que sentían al ser abuelas y se tomó nota de sus criterios personales.

Procesamiento del dato cualitativo.

Establecimos **3 etapas** para realizar el **análisis de contenido temático**.

1ra Etapa. Pre análisis.

Se realiza una lectura sucesiva de los documentos para establecer y seleccionar el corpus documental, con 4 criterios fundamentales:

Exhaustividad, Representatividad, Homogeneidad (que es la selección del corpus en función de pautas pre establecidas (Relacionado con el 1ro.) y Pertinencia (que el corpus tenga elementos relacionados con objetivos).

2da Etapa. Codificación.

Realizamos el análisis del CORPUS, consistente en operar una transformación de “DATOS BRUTOS” a “DATO ÚTIL” (en función de los objetivos).

Realizamos una fragmentación del texto y una catalogación de elementos y refinamos el análisis de los datos.

3ra Etapa. Categorización.

En esta etapa clasificamos las unidades para obtener una visión condensada de los datos con los cuales trabajamos.

Finalmente realizamos una Triangulación de datos emitidos por los nietos y los abuelos, que ofrecemos en el acápite de Análisis de los Resultados.

El estudio se realiza bajo los Principios éticos de respeto a las personas y la voluntariedad de los mismos.

Esta metodología nos ha permitido la proximidad a la realidad de lo que significa Abuelidad.

Es una mesa redonda descriptiva que evidencian el hacer y sentir de estos adultos mayores y su familiar (nieto-nieta).

Resultados.

De una matrícula de 23 personas mayores abuelos/as, se trabaja con los criterios escritos por 12 nietos/nietas, para un 52.17 % del total posible. Las edades de los nietos están comprendida entre 15 y 40 años de edad cronológica, mientras que las edades de los mayores, está distribuida de la siguiente forma:

Tabla 1.

Edad	No.
60- 64	-
65- 69	3
70- 74	2
75- 79	3
80- 84	3
85 y más	1

Tabla 2:

Triangulación de la información

Indicadores	Abuelos	%	Nietos/as	%
Amor/Especial	12	100	6	50
Presencia/ Protección			2	16.6
Legado/Ejemplo.			3	25
Felicidad/Optimismo	4	33.3	4	33.3
Enseñanza/Sabiduría			3	25
Compartir/Guía			4	33.3
Agradecimiento			2	16.6
Orgullo	12	100	1	8.3
Cuidado/Tranquilidad	3	25	4	33.3
Valores/Respeto			7	58.3

Como se aprecia en la tabla No. 2 en el caso de los nietos/as, el criterio más emitido es el relacionado con la trasmisión de valores que sienten recibir de sus abuelos y el respeto hacia ellos (58.3 %). A esto le sigue, el sentimiento de amor o de catalogarlo como una relación especial (50 %). La felicidad, el optimismo, compartir, ser guía, sentirse cuidados y/o estar tranquilos alcanza un 33.3 %.

En el caso de los criterios de los abuelos, los dos más referidos fueron: el amor, lo especial de esta relación abuelo- nieto y lo orgulloso que se sienten. A estos indicadores, les sigue la felicidad y la tranquilidad que sienten de tenerlos y haberlos guiado en la vida.

Datos útiles de los nietos. Que significa mi abuela para mí?

1. Mi abuela significa para mí: Agradecimiento, Ayuda, Amor, Mi vida, Presencia, Protección, Optimismo, Ejemplo.
2. Mi abuela significa para mí: Legado, Algo especial, Presencia.
3. Mi abuela: Me transmite valores.
4. Mi abuela significa para mí: Amor.
5. Mi abuela significa para mí: Enseñanza.

6. Mis abuelos son para mí: Especiales, Son Guías.
7. Mi abuela significa para mí: Alegría, Felicidad.
8. Mi abuela es: Mi Guía.
9. Mi abuela significa para mí: Respeto.
10. Mi abuela significa para mí: Compartir, Respetar, Sabiduría, Cuidado.
11. Mis abuelos son especiales.
12. Mis abuelos son guía.

Que significa ser abuela?

Ser abuela es formar parte de un nuevo concepto de Abuelidad, y sentirnos importante para la sociedad y nuestras familias, nuestros nietos, y para nuestros hijos, por la cantidad de actividades en que nos desenvolvemos y que somos capaces de enfrentar.

Estos criterios fueron analizados en el escenario de nuestra aula, lo cual significó un momento de gran emoción, viendo como estos criterios de los nietos se repetían en muchos de ellos, destacándose el sentimiento de Amor, De presencia, de respeto y ejemplo para con los abuelos

Conclusiones:

1. Los nietos, visualizan a sus abuelos, como transmisores de valores y respeto. La relación filial la declaran como especial y amorosa. Sienten que le transmiten optimismo, tranquilidad y constituyen una guía en sus proyectos de vida.
2. Los abuelos, sienten orgullo y amor especial por sus nietos. Además se sienten felices y tranquilos con la presencia de ellos.

Bibliografía:

1. Dr. Amadeo J.Trabattoni, Lic. Beatriz Bonavona. RevHosp Niños. Buenos Aires, Octubre 2013. vol 55, numero 250.
2. Ares Muzio Patricia. Familia y Convivencia. Los Abuelos.pag 46-47.2004.Editorial Científico-Técnica.La Habana.
3. Testimonios de los Nietos/Nietas/Abuelas.
4. R. Mendoza Palacios, (2006): “Investigación cualitativa y cuantitativa Diferencias y limitaciones”. www.monografias.com
5. Popper Karl R. (2005) La lógica de la investigación científica. Barcelona: Círculo de Lectores; España
6. Urrutia, L., González, G. (2003): “Metodología de la Investigación Social I, Selección de lecturas”. Editorial Félix Varela, La Habana, Cuba.

Anexos.

QUISTE BRONCOGÉNICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

AUTORES

Dra. Ileana García Rodríguez*; Dra. Mercedes Fonseca Hernández*; Dra. Caridad LLull Tombo**; Dr. Juan C Yanes Macías***; Dr. Sergio Luis González ****

* Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral al niño

** Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral al niño

*** Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Asistente. Máster en Infectología.

**** Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Auxiliar. Profesor Auxiliar. Máster en Educación médica.

Correo: ileanagr@hosped.cfg.sld.cu

RESUMEN

El quiste broncogénico es una malformación de la pared ventral del intestino primitivo que genera alteraciones en el desarrollo del árbol traqueo bronquial. Los quistes broncogénicos, que representan del 10 al 18 % de todas las tumoraciones mediastinales en la edad pediátrica, son entidades infrecuentes, con una forma de presentación que varía según la edad del enfermo. Debido a la relativa rareza de esta afección y a las disímiles formas de debut en los niños, que semejan enfermedades mucho más frecuentes en la práctica médica pediátrica, se presenta el caso de un lactante, de sexo masculino con un quiste broncogénico en el lóbulo superior derecho que fue hospitalizado en el servicio de Respiratorio B del Hospital Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos por dificultad respiratoria y sibilancia, con el diagnóstico de Bronquiolitis Leve.

Palabras clave: Anormalidades congénitas, sistema respiratorio, quiste broncogénico, lactante.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas quísticas del pulmón se originan de la porción ventral del intestino primitivo, son entidades clínicas raras que pueden comprometer las vías aéreas, el parénquima pulmonar, las arterias y el drenaje venoso.

Existe un grupo de estas malformaciones que se han denominado malformaciones broncopulmonares del intestino anterior que comprenden los quistes broncogénicos (QB) pulmonares; estos se producen como consecuencia de una gemación anormal del árbol bronquial embrionario, su localización suele ser el mediastino o en parénquima pulmonar. Los quistes pueden estar rellenos de aire, moco o de fluido seroso. En general suelen ser únicos, de forma esférica, con un tamaño que oscila entre los 2 y 10 cm de diámetro y con una mayor incidencia en el lado derecho.

Dentro de los estudios complementarios utilizados para el diagnóstico, se encuentra la radiografía de tórax que a menudo es impreciso, otro de los estudios necesarios para confirmar el diagnóstico es el la tomografía axial computarizada (TAC) de pulmón, lo que aumenta la precisión diagnóstica en un 70 %, lo que permite confirmar la naturaleza de la lesión, además ayuda a establecer la extensión y distribución de la enfermedad, y el efecto de masa sobre el mediastino y el pulmón no comprometido. El

esofagograma baritado puede resultar útil en delinear estos QB que típicamente muestran un desplazamiento anterior de la tráquea y un rechazo posterior del esófago. Para los QB localizados cerca del mediastino, la resonancia magnética ha demostrado ser de utilidad.

Los estudios anatomopatológicos son imprescindibles para confirmar el diagnóstico, como se observa en la biopsia por aguja fina (BAAF) del quiste, la presencia de células epiteliales bronquiales y moco, no obstante, su especificidad no ha sido aún determinada.

Se presenta un caso novedoso por lo infrecuente de su debut clínico en el lactante, por los pocos reportes en Cuba y porque por primera vez se realiza en nuestro hospital una cirugía de esta patología por mínimo acceso, no obstante a pesar de ello siempre hay que pensar en la presencia de un quiste broncogénico en pacientes con manifestaciones respiratorias recurrentes, para así poder realizar un correcto diagnóstico nosológico y diferencial.

PRESENTACIÓN DE CASO

Lactante de 11 meses de edad, producto de un embarazo que tuvo una captación tardía, a las 16 semanas cursó con anemia en el segundo trimestre que se indicó tratamiento con fumarato ferroso y en el tercer trimestre con hierro parenteral además de infección vaginal que se indicó hospitalización con Ceftriaxona endovenosa. Parto distócico (cesárea) por falla en la inducción a las 41 semanas, con un peso 3.4 kg, nace con buen llanto y color, apgar presumiblemente adecuado, no ingresos en neonatología, antecedentes de salud anterior hasta los 6 meses que comienza con cuadros catarrales a repetición, e ingreso por bronquiolitis leve el 24/12/2016 con radiografía de tórax PA sin lesiones pleuro pulmonares pero ya con una imagen en mediastino superior derecho que impresionaba timo en aquel entonces, con adecuada evolución y egreso hospitalario a los 4 días. Los familiares refieren que el niño mantenía cuadros catarrales frecuentes, para el 27/1/17 comenzar con falta de aire y ser admitido en nuestro centro por bronquiolitis leve, en este ingreso no se le realiza Rx de tórax, con clínica y evolución favorable, dado de alta el día 30/1/17. Al día siguiente presenta un pico febril de 38,5 y se reingresa el día 1/2/17, por lo que es valorado por ORL en el cual se descarto OMA, se le indican complementarios:

PRESENTACIÓN DE CASO

Lactante de 11 meses de edad, producto de un embarazo que tuvo una captación tardía, a las 16 semanas cursó con anemia en el segundo trimestre que se indicó tratamiento con fumarato ferroso y en el tercer trimestre con hierro parenteral además de infección vaginal que se indicó hospitalización con Ceftriaxona endovenosa. Parto distócico (cesárea) por falla en la inducción a las 41 semanas, con un peso 3.4 kg, nace con buen llanto y color, apgar presumiblemente adecuado, no ingresos en neonatología, antecedentes de salud anterior hasta los 6 meses que comienza con cuadros catarrales a repetición, e ingreso por bronquiolitis leve el 24/12/2016 con radiografía de tórax PA sin lesiones pleuro pulmonares pero ya con una imagen en mediastino superior derecho que impresionaba timo en aquel entonces, con adecuada evolución y egreso hospitalario a los 4 días. Los familiares refieren que el niño mantenía cuadros catarrales frecuentes, para el 27/1/17 comenzar con falta de aire y ser admitido en nuestro centro por bronquiolitis leve, en este ingreso no se le realiza Rx

de tórax, con clínica y evolución favorable, dado de alta el día 30/1/17. Al día siguiente presenta un pico febril de 38,5 y se reingresa el día 1/2/17, por lo que es valorado por ORL en el cual se descarto OMA, se le indican complementarios:

Hb. 11,3gl, Eritro 65ml/h, Hto 35fl, Ltos $9 \times 10^{9l, segm}$ 68, linf 44, TGP en 18.84 uds y una TGO en 31.5 uds. Con radiografía de tórax PA el día 3/2/17, donde no se evidencia lesiones pleuro pulmonares pero si imagen en parte superior del mediastino derecho, que no impresionaba timo ni área cardiaca, por lo que el servicio de imageneologia en discusión colegiada con el servicio de Respiratorio sugiere realizar radiografía de tórax a distancia de tele, UTS de tórax donde se evidencia una imagen quística, UTS abdominal con un hígado que rebasa 2 cm el reborde costal, resto de las estructuras normales, no adenomegalias. EL día 6/2/17 se le realiza radiografía a distancia de tele y se constata nuevamente la misma imagen, por lo que se sugiere realizar tomografía axial computarizada simple y contrastada de tórax donde se evidencia imagen que toma poco contraste en parte posterior del mediastino superior derecho, sugestiva de quistes broncogénico. Se le indica esofagograma, el cual se evidencia la imagen, con compresión extrínseca de la parte superior derecha del esófago. Se discute en el comité de tumores y se decide tratamiento quirúrgico.

Discusión

El quiste broncogénico es una malformación de la pared ventral del intestino primitivo, poco frecuente, pero se presenta entre la semana quinta y decimosexta de gestación, constituye una malformación congénita del árbol traqueo bronquial, donde un segmento de la yema bronquial queda desconectado de la porción principal en desarrollo; presenta estrecha conexión con el árbol traqueobronquial sin incorporación del tejido mesenquimatoso pulmonar como si sucede en el secuestro pulmonar, pero puede comunicarse con él a través de un bronquio accesorio, en algunas ocasiones puede comunicarse con el esófago por medio de un tejido fibroso; es rara la asociación con otros defectos congénitos, excepto cuando su presentación es cervical donde puede coexistir anomalías de la columna vertebral, en pericardio y de duplicación gástrica. Fue descrito por primera vez por Blackader en 1911, luego Maier en 1948 reportó la primera resección quirúrgica y en el 2001 Bush estableció una nueva clasificación de las enfermedades congénitas pulmonares donde se incluyó al quiste broncogénico como malformación torácica congénita.

El quiste broncogénico representa alrededor de 25% de todas las malformaciones congénitas pulmonares y el 10% de las masas mediastinales en los niños, no hay relación con raza, sexo o recurrencia familiar. Aunque algunas referencias citan ligera prevalencia en varones La mayoría de los casos se identifican en sujetos mayores de 15 años, siendo pocos los casos reportados en neonatos.

El cuadro clínico varía de acuerdo a la localización, el tamaño y la edad de presentación, esta última puede ser en cualquier momento de la vida desde la edad neonatal hasta la edad adulta y en algunos casos ser asintomáticos. Del 44 al 72% de los quistes son sintomáticos y del 30 al 65% de los asintomáticos llegan a ser sintomáticos durante el seguimiento.

Las manifestaciones clínicas como la dificultad respiratoria pueden ser más evidentes en pacientes menores de un año, secundario a la distorsión, angulación y compresión de la vía aérea. Cuando la obstrucción afecta la vía aérea superior (OVAS), la hiperextensión del cuello libera la vía aérea, hecho más importante en neonatos y

lactantes; también se pueden manifestar por infecciones recurrentes, tos, estridor, sibilancias y hemoptisis que pueden ser secundarios a compresión de estructuras vecinas y alteraciones del drenaje vascular adyacente. Los síntomas más frecuentes como el estridor, sibilancias, dificultad respiratoria y la tos pueden aumentar al comer o al llorar.

El diagnóstico presuntivo se realiza con la placa de tórax hasta en dos tercios de los casos, en algunos pacientes la radiografía de tórax puede ser leída como normal, o como hallazgo incidental principalmente en adultos jóvenes.

La tomografía computarizada de tórax puede mostrar quistes que no se visualizan en la placa simple o definir mejor la ubicación de ellos lo cual es un dato importante para la cirugía.

El esofagograma demostrará la compresión extrínseca del esófago en la mitad de los casos principalmente en los de localización paraesofágica o cervical dependiendo del tamaño o posición del quiste.

Los quistes broncogénos, aunque son infrecuentes en la edad pediátrica, deben ser considerados dentro del diagnóstico diferencial en los lactantes con estridor espiratorio e infecciones pulmonares recurrentes, sobre todo cuando estas aparecen en la misma localización. Se recomienda tratamiento quirúrgico, lo que mejora la sintomatología respiratoria y evita la aparición de complicaciones, sobre todo la compresión de las vías aéreas, que puede poner en peligro la vida de estos pacientes.

REACTIVIDAD SEROLÓGICA PARA TOXOPLASMA

Autores: Dr. Domingo Hernández Brunet, domingohb@jagua.sld.cu, Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos. Cuba. Médico, Especialista de Segundo Grado en Microbiología y Master en Enfermedades Infecciosas.

Dra. Teresita de Jesús Barrio Pedraza, est5902@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Estomatóloga, Especialista de Segundo Grado en EGI, Master en Salud Bucal Comunitaria, Investigador Auxiliar.

Lic. Gisela Martínez Pérez, giselita20@nauta.com.cu, Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima Cienfuegos, Cuba Licenciada en Tecnología de la Salud perfil Microbiología.

Lic. Francisca Teresa de la Rosa Rodríguez, franciscat64@nauta.cu Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguia Lima Cienfuegos, Cuba, Licenciada en tecnología de la salud perfil Microbiología.

Ing. Antonio Valladares Martínez, antoniovm@nauta.cu, Universidad de Cienfuegos. Ingeniero en ciencias Informáticas.

Lic. Geisha González León, geisha.gonzalez@nauta.cu, Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguia Lima Cienfuegos, Cuba, Licenciada en Tecnología de la Salud perfil Microbiología.

Resumen

Introducción. La Toxoplasmosis es causada por *Toxoplasma gondii*, un protozoo intracelular obligado. Las principales vías de transmisión al hombre son: oral y materno-fetal, El hombre adquiere la infección al: comer carne cruda mal cocida que contiene quistes hísticos, ingerir agua o alimentos contaminados con heces de gatos infectados que contienen ooquistes o comer sin lavarse las manos contaminadas

Objetivo. Conocer como fue la Reactividad serológica para *Toxoplasma*, en nuestro centro, durante el periodo señalado. **Métodos.** Se hizo estudio, observacional, descriptivo y retrospectivo e tomándose los resultados desde primero de enero año 2015 hasta 31 de diciembre año 2017, de forma arbitraria se tomaron todos los resultados. **Resultados** Durante el periodo seleccionado se procesaron en el Laboratorio de Microbiología del Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima de Cienfuegos **381** muestras para diagnostico serológico de *Toxoplasma*. En total fueron reactivas **218** muestras para un **57,21%** y no reactivas **163**, **42,78%** Igual o mayor de 1 en 32, es decir, hasta igual o mayor de 1 en 256, fueron 118 representando el 54,1% de las serologías látex *Toxoplasma* reactivas.

Conclusiones. En nuestro trabajo se encontró que más del **50%** de las serologías para *Toxoplasma*, realizadas durante el periodo fueron reactivas y también predominaron aquellas con títulos serológicos elevados, lo que indica una elevada presencia de anticuerpos contra el parásito en la población estudiada.

Palabras clave. Toxoplasmosis, Reactividad Serológica, Toxoplasma Látex Test

INTRODUCCIÓN:

La Toxoplasmosis es causada por *Toxoplasma gondii*, un protozoo intracelular obligado. Es un paradigma de zoonosis caracterizada por su gran endemicidad, determinada por sus formas de multiplicación; asexual que afecta a más de 200 especies que incluyen, los mamíferos, aves y peces, incluido el hombre y un ciclo sexual que ocurre en el intestino delgado del gato doméstico que le ha permitido mantener su especie. Su alta prevalencia y formas infectivas son la causa que al menos 500 millones de personas estén infectadas en el mundo.

Las principales vías de transmisión al hombre son: oral y materno-fetal, El hombre adquiere la infección al: comer carne cruda o no suficientemente cocida que contiene quistes hísticos, ingerir agua o alimentos contaminados con heces de gatos infectados que contienen ooquistes o comer sin lavarse las manos contaminadas. En la mayoría de los países menos de 2 % de los gatos excretan ooquistes en un momento dado, pero un solo gato puede excretar millones de ellos en un día. 1,2,3.

La transmisión vertical es posible cuando la embarazada padece la infección aguda durante la gestación. Aunque posible, es rara la transmisión transfusional o a través de trasplantes de órganos o por accidente ocupacional en los trabajadores de laboratorio.

Las variaciones en la seroprevalencia de *T. gondii* entre regiones se ha correlacionado con los hábitos de higiene y alimentarios de cada población, las cuales se ubican en zonas de menor salubridad y más populosas. Se encuentra suficiente soporte para pensar que la vía oral es la más importante para el comienzo de la infección. El consumo y la incorrecta manipulación de carne de cerdo y carnero son considerados una importante fuente de infección. Se ha demostrado que insectos coprofágicos como las cucarachas y moscas tienen papel de vector en la diseminación de *T. gondii*. Además, se han comprobado otras formas de contaminación como es la epidemia ocurrida en el 2010 en Canadá, relacionada con la contaminación de un reservorio de agua y a través de mamíferos marinos en Estados Unidos.1,4,5,6.

La forma más común de infección es la inaparente siendo más rara la enfermedad sintomática. El establecimiento de una u otra depende de **la cepa infectante, la dosis, vía de infección y respuesta inmune del huésped**. Cuando en un paciente inmunocompetente la enfermedad queda en estado latente los quistes permanecen en el huésped sin provocar reacción inflamatoria. Cuando se produce la inmunodeficiencia puede aparecer una reactivación de la infección debida a la rotura de los quistes y a la liberación de taquizoitos que puede conducir a una generalización hematológica del proceso.

La Toxoplasmosis congénita es la mayoría de las veces consecuencia de una infección aguda, generalmente asintomática, adquirida por la gestante. Otras posibilidades muy remotas pero descritas son: la infección entre 6 u 8 semanas previas al embarazo y la inmunosupresión durante el embarazo. Sólo el 10% de los fetos infectados en el segundo o tercer trimestre de su desarrollo presentan al nacimiento signos de infección más o menos severos.^{3,5,7,8,9}.

Estudios seroepidemiológicos han relacionado la infección por *T. gondii* y la esquizofrenia en el ser humano, corroborándose esta hipótesis con la demostración en animales que la infección por *Toxoplasma gondii* puede alterar el comportamiento y la función de los neurotransmisores; se ha observado en el ser humano que durante un cuadro de infección aguda con *T. gondii*, puede producir síntomas psicóticos similares a las mostradas por las personas con esquizofrenia. La forma neurológica de la infección crónica con *Toxoplasma gondii* es común en los seres humanos y es uno de los factores de riesgo conocidos para la enfermedad.^{5,6,10}.

El diagnóstico de esta entidad requiere de una orientación clínica, epidemiológica y serológica. Los métodos usados para el diagnóstico difieren en las distintas situaciones clínicas, según se quiera demostrar: infección adquirida en el huésped inmunocompetente, toxoplasmosis en el inmunodeficiente, toxoplasmosis ocular o infección fetal.^{2,3,12,13}.

Métodos directos Es posible detectarlo por técnicas histológicas y aislarlo en cultivos celulares o por inoculación al ratón. Por técnicas de PCR puede detectarse el ADN de *T. gondii* en tejidos y fluidos corporales.

Métodos indirectos: En la práctica el diagnóstico se basa en métodos serológicos, al comprobar la seroconversión (aumento significativo del nivel de anticuerpos específicos en por lo menos 4 veces) en 2 muestras de sangre extraídas con un intervalo de 2 semanas. Ambas muestras deben ser estudiadas en el mismo laboratorio y usando las mismas técnicas.

Otros métodos indirectos incluyen reacciones de fijación de complemento, reacción con colorantes de Sabin y Feldman, pruebas de ELISA y la reacción de hemaglutinación indirecta. Es posible también demostrar la presencia del genoma del parásito con la técnica de PCR, un método importante debido a su alta sensibilidad y especificidad, pues siempre que es positivo confirma el diagnóstico, pero si es negativo no siempre lo excluye, etc.^{7,8,13,14}.

En nuestro centro se realiza detección de anticuerpos IgM e IgG mediante la aglutinación por látex y nuestro objetivo en el presente trabajo fue conocer como fue la reactividad serológica para este parásito, durante el periodo entre los años 2015, 2016,2017.

Material y Métodos:

Se revisó de forma personal el libro de registros de la sección de Serología del Laboratorio de Microbiología del Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima GAL de la provincia Cienfuegos, Cuba.

Se hizo estudio, observacional, descriptivo y retrospectivo e tomándose los resultados de diagnóstico microbiológico de toxoplasma desde primero de enero año 2015 hasta 31 de diciembre año 2017, de forma arbitraria todos los resultados obtenidos durante el periodo señalado.

Solo quisimos exponer aquí los resultados obtenidos sin diferenciar grupos poblacionales es decir todos los pacientes que acudieron a realizarse ese examen a nuestro laboratorio por indicación médica de cualquier área de salud. Diseñamos arbitrariamente nuestro trabajo para conocer los niveles de reactividad serológica y el comportamiento por títulos de diluciones .

La técnica diagnóstica utilizada en nuestro hospital fue Toxoplasma Látex Test Producido por Mascia Brunelli S.P.A Viale monza 27220128 milano tel. 0225209,1 fax 022576428 mktg masciabrunelli.it www.masciabrunelli.it, suministrada a nuestro centro por Encomed.

Los ensayos fueron realizados por personal técnico altamente calificado Utilizando el método de los palotes se cuantifico el total de muestras recibidas, anotando las diferentes reactividades detectadas en los resultados.

Se tuvo en cuenta además aquellas muestras consideradas no útiles por estar hemolizadas, hiperlipémicas, congeladas, insuficientes, etc. Los resultados obtenidos se llevaron a tablas y cuantificaron en números absolutos y porcentajes para su mejor análisis e interpretación.

RESULTADOS:

Durante el periodo seleccionado se procesaron en el Laboratorio de Microbiología del Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima de Cienfuegos **381** muestras para diagnostico serológico de Toxoplasma. En total fueron reactivas **218** muestras para un **57,21%** y no reactivas **163 42,78%**. **Ver tabla 1.**

Tabla número 1: Resultados de serología para Toxoplasma durante el periodo estudiado.

Diluciones	Reactivas	%	No reactivas	%
Títulos	Total = 218	57,21%	Total = 163	42,78%

1/2	14	6,43%		
1/4	17	7,79%		
1/8	14	6,43%		
1/16	55	25,23%		
1/32	48	22,02%		
1/64	34	15,60%		
1/128	20	9,17%		
Igual o mayor 1/256	16	7,33%		

Fuente: Estudio realizado

Igual o mayor de 1 en 32, es decir, hasta igual o mayor de 1 en 256, fueron **118** representando el **54,1%** de las serologías látex toxoplasma reactivas.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo tiene la novedad de ser el primero que se realiza en nuestro laboratorio y provincia con relación a este tema, por lo tanto, no contamos con publicaciones sobre trabajos similares realizados en nuestro centro ni a nivel provincial para establecer comparaciones.

Debemos aclarar que, por razones ajenas a nuestra voluntad, se produjeron en repetidas ocasiones durante el período, faltas en el suministro de reactivos para este diagnóstico, pues como es sabido presentamos serias limitaciones económicas y estos proceden de área dólar, además se afectó el diagnóstico varios meses por reparaciones en el laboratorio.

Desde nuestro punto de vista, esta investigación tiene valor práctico y teórico pues, permite conocer la presencia o no de anticuerpos contra *Toxoplasma gondii* en la población estudiada lo que puede ser útil para trabajos futuros en manejo y control de esta patología en la población, así como la creación de nuevas líneas investigativas sobre el tema.

No fue objetivo de nuestro estudio mostrar la reactividad individual por casos, Nuestro laboratorio, brinda servicio territorial la mayor parte de la provincia Cienfuegos, por las características propias del mismo y por supuesto todas las especialidades médicas, es decir que de una forma u otra los pacientes sometidos a diagnóstico serológico, tuvieron síntomas clínicos que hicieron pensar a los médicos de asistencia de los mismos, la posibilidad de infección por *Toxoplasma*, esto pudiera explicar la alta reactividad global encontrada **57,21%**.

Según nuestros resultados la mayor parte de la población estudiada estuvo en contacto con el parásito y presentaron infección aguda, crónica o estaban convalecientes en el momento del examen.

Opinamos que lo planteado anteriormente también puede explicar el predominio de altos títulos serológicos encontrados en nuestra investigación **54,1%** de las reactivas.

La no reactividad en nuestro estudio fue de 163 pacientes es decir **42,78%**. En los casos no reactivos, debemos recordar que a pesar de dar reactividad serológica negativa, esto no hace descartar la infección pues pudieron estar en estadio pre serológico inicial de la enfermedad y también se ha reportado que los pacientes con severa inmunodeficiencia pueden dar serología no reactiva por lo que se recomienda utilizar otras pruebas diagnósticas para confirmar o descartar la infección como pudieran ser Inmunofluorescencia y o técnicas de Biología Molecular como PCR, etc.

El diagnóstico serológico de la enfermedad activa por *Toxoplasma* en los pacientes inmunodeprimidos tiene muchas limitaciones. También nuestros casos con reactividad negativa tendrían gran importancia de tratarse de mujeres solteras o casadas con planes de embarazo, lo que obligaría a un seguimiento serológico periódico por las repercusiones negativas que tiene esta enfermedad en las embarazos y el feto.

Desde el punto de vista clínico en la mujer embarazada, en más del 90 % de los casos cursa de forma asintomática. La proyección hacia el futuro estaría dada por el seguimiento y tratamiento oportunos a gestantes seronegativas que sufran una primoinfección; recién nacidos de madres con sospecha de toxoplasmosis aguda durante el embarazo; pacientes con lesiones oculares y pacientes de SIDA.

Nuestro Programa Materno Infantil, no contempla realización de serología para toxoplasmas a embarazadas o recién nacidos de forma rutinaria como vigilancia.

Otro tema a tener en consideración es la posibilidad de transmisión de este parásito a través de trasplantes, de órganos y hemoderivados lo que nos hace sugerir si los recursos lo permiten realizar serología para *Toxoplasma* a los pacientes donantes de sangre o sus productos.

La infección por *Toxoplasma* en Cuba tuvo una prevalencia de aproximadamente un **29,7 %** de acuerdo con una encuesta serológica realizada en 1987, en estudios realizados en Instituto de Medicina Tropical esta fue de más del 60% en pacientes SIDA , en nuestro caso fue mayor **57,21%**, no podemos hacer comparación total pues el periodo de tiempo es largo, los métodos utilizados y también la población fueron diferentes.

La prevalencia de la Toxoplasmosis varía según la edad y la ubicación geográfica. Dentro de esta última se enmarcan otros factores, como costumbres o hábitos

higiénico-dietéticos, la cultura y el clima. En Norteamérica se reporta alrededor de 25 % de prevalencia, mientras que en algunos países sudamericanos y del continente africano existen seroprevalencia entre 50 y 75, la que fue superior en nuestro trabajo.

La fuente de infección puede variar de un país a otro e incluso de una región a otra dentro de un mismo país. En Sudamérica, por ejemplo, la principal fuente es el agua, incluso tratada con cloro, tal como lo han demostrado estudios en Brasil y Colombia. En Europa, la convivencia con gatos no aumenta el riesgo de infección. Otra fuente son los alimentos contaminados, principalmente la carne (cuando está poco cocinada, ya que un gran porcentaje está contaminado) y las frutas y verduras mal lavadas.^{10,11,12.}

Por otro lado, una persona que consume con la necesaria frecuencia verduras y frutas, puede consumirlas sin el adecuado lavado para eliminar el parásito en algún momento. También puede consumir alimentos que han sido manipulados por terceros sin poder supervisar si el lavado es suficiente (por ejemplo, en restaurantes).

La serología convencional resulta de poco valor en la toxoplasmosis ocular porque los cambios en los niveles de anticuerpos en el suero son raramente observados y no necesariamente confirman la presencia de la infección intraocular.

En nuestro trabajo se encontró que más del **50%** de las serologías para *Toxoplasma*, realizadas durante el periodo fueron reactivas y también predominaron aquellas con títulos serológicos elevados, lo que indica una elevada presencia de anticuerpos contra el parásito en la población estudiada, esto amerita nuevas y más profundas investigaciones futuras.

Referencias bibliográficas

1. Salazar A: «Parasites - Toxoplasmosis (*Toxoplasma* infección Epidemiology & Risk Factors». 26 de marzo de 2015. Consultado el 22 de agosto de 2015.
2. Flegr, J., Prandota, J., Sovičková, M., Israili, Z. H. (marzo de 2014). «Toxoplasmosis--a global threat. Correlation of latent toxoplasmosis with specific disease burden in a set of 88 countries». PLoS ONE 9 (3): e90203. PMC 3963851. PMID 24662942. doi: 10.1371/journal.pone.0090203. «Toxoplasmosis is becoming a global health hazard as it infects 30-50% of the world human population.».
3. *Toxoplasma gondii* | Global Water Pathogen Project». www.waterpathogens.org. Consultado el 10 de septiembre de 2016.
4. Parasites - Toxoplasmosis (*Toxoplasma* infection) Biology». 17 de marzo de 2015. Consultado el 22 de agosto de 2015.

5. Rolando Sánchez Artigas, Walter Góngora Amores, Dailín Cobos Valdés, Yordana Goya Batista, Antonio Miranda Cruz. Aspectos básicos sobre la patogenia, respuesta inmune y bioseguridad en el trabajo con el *Toxoplasma gondii*. Artículo de revisión ISSN 1560-4381 CCM 2012; 16(1)
6. Rolando Sánchez Artigas Dailín Cobos ValdésVII Liana Sánchez Cruz, III Antonio Miranda Cruz, III Leonardo Camejo Roviralta, IV Liliana Araujo La Toxoplasmosis observada como un problema no resuelto Rev cubana Invest Bioméd vol.35 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2016.
7. BaptistaSubauste CS, Ajzenberg D, Kijlstra A. Review of the series "Disease of the year 2011: toxoplasmosis" pathophysiology of toxoplasmosis. Ocul Immunol Inflamm [Internet]. 2011 Oct [citado 2014 Diciembre 10];19(5):297-306. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21970661>.
8. Boothroyd JC, Hehl A, Knoll LJ, Manger IE. The Surface of *Toxoplasma*: more and less. Intern J Parasitol [Internet]. 1998 Jan [citado 2014 Diciembre 10];28(1):3-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9504330>.
9. Tarlow MJ. Epidemiology of neonatal infections. Antimicrob Chemother [Internet]. 1994 [citado 2014 Diciembre 10]; 1:43-52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7844073>.
10. López CA, Díaz J, Gómez JE. Factores de Riesgo en mujeres embarazadas, infectadas por *Toxoplasma gondii* en Armenia-Colombia. Rev. de Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 2014 Diciembre 10];7(2): 180-90. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v7n2/v7n2a06.pdf>.
11. Mahmoudi MR, Kazemi B, Haghghi A, Karanis P. Detección of *Acanthamoeba* and *Toxoplasma* in River Water Samples by Molecular Methods in Iran. Iran: J Parasitol. 2015 Apr-Jun;10(2):250-7.
12. Toledo Y, Soto M, Chiang C, Toxoplasmosis ocular. Ocular toxoplasmosis. Rev. cubana Oftalmol [Internet]. 2010 [citado 2014 diciembre 10];23(sup 2):81226. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v23s2/oft14410.pdf>.
13. Cedillo C, Besné A, Espinosa D, Rico C, Gerardo C, Correa D, et al. Toxoplasmosis Epidemiología. Biomédica [Internet]. 2011 [citado 2014 diciembre 10]; 31(sup 3): 23-205. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/483/617>.
14. Bárbara Taysel Naranjo Valladares¹, Mirlanea López Torres², Felipe Acosta Rodríguez, Yamilka Moreno, Ariel Hernández Acosta⁵ Comportamiento clínico de la toxoplasmosis ocular en Pinar del Río Rev. Ciencias Médicas vol.17 no.3 Pinar del Río mayo-jun. 2013.

Institución: Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

Título: Recepción masiva de víctimas. Clasificación para una Unidad Quirúrgica de Emergencias.

Autores:

Dr. Omar Rojas Santana omar.rojas@gal.sld.cu, Especialista de II Grado Anestesiología y Reanimación. Hospital Gral. Univ. Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Jefe Departamento de la Especialidad, MSc. Urgencias Médicas.

Dra. Rosa M. Molina Lois, rosa.molina@gal.sld.cu, Especialista II Grado Anestesiología y Reanimación. Centro Ambulatorio Especializado Héroes de Playa Girón del Hosp. Gral. Univ. Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Dra. Indira Rojas Molina, Residente IV año Anestesiología y Reanimación. Hospital gral. Univ. Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Dra. Lisandra Quesada Candelario, Residente IV año Anestesiología y Reanimación. Hospital Gral. Univ. Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Resumen

Introducción: Desde el inicio de los sistemas de atención de urgencias y más aún, desde los albores de la civilización moderna, se presenta la necesidad de calificar a los pacientes: La atención masiva de víctimas, impone a los sistemas de salud un reto difícil de enfrentar, por la complejidad de factores de índole social, político, económico y ético. **Objetivos:** ¿Qué paciente debe recibir primeramente atención?, ¿Cuál paciente no tiene que ser reanimado?, ¿En qué box debe recibir atención cada paciente? **Material y método** El Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía de Cienfuegos, implantó la clasificación de los pacientes aplicándole un código de colores desde hace 20 años y al crearse el Centro de Emergencias y con él, la Unidad Quirúrgica Emergente, (UQE), en la cual se aplica similares códigos, el rojo, mayor riesgo vital, amarillo menor riesgo vital, verde pacientes con lesiones leves, que puede postergarse su atención médica sin poner en riesgo su integridad física y negro los que están por fallecer y los fallecidos. Relacionado con este trabajo se hace un estudio retrospectivo, prospectivo que abarca desde enero 2016 a junio 2017. **Desarrollo:** se reciben en el periodo señalado un total de 504 pacientes con traumas y politraumas, de los cuales, 426 tuvieron necesidad de ser llevados a UQE, para un 84.5% del total. Clasificados 168 como códigos rojos, 39.4%, 233 códigos amarillos para 54.6%, 20 pacientes códigos verdes para un 4.6% y 5 códigos negros, el 1.2%. **Conclusiones:** la oportuna clasificación, intervención adecuada y realización del proceder en el lugar requerido, salvan vidas.

Palabras Claves: Clasificación. Centro Emergencias Médicas. Unidad Quirúrgica de urgencias.

Institución: Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

Título: Recepción masiva de víctimas. Clasificación para una Unidad Quirúrgica de Emergencias.

Autores:

Dr. Omar Rojas Santana omar.rojas@gal.sld.cu, Especialista de II Grado Anestesiología y Reanimación. Hospital Gral. Univ. Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Jefe Departamento de la Especialidad, MSc. Urgencias Médicas.

Dra. Rosa M. Molina Lois, rosa.molina@gal.sld.cu, Especialista II Grado Anestesiología y Reanimación. Centro Ambulatorio Especializado Héroes de Playa Girón del Hosp. Gral. Univ. Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Dra. Indira Rojas Molina, Residente IV año Anestesiología y Reanimación. Hospital gral. Univ. Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Dra. Lisandra Quesada Candelario, Residente IV año Anestesiología y Reanimación. Hospital Gral. Univ. Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Introducción.

Se entiende por paciente politraumatizado, aquel que sufre lesiones externas e internas que involucran uno o más órganos y sistemas, causados generalmente por un mecanismo externo que pone en riesgo la vida de forma inmediata o en las horas siguientes.(1) Desde el inicio de los sistemas de atención de urgencias y más aún, desde los albores de la civilización moderna, se presenta la necesidad de clasificar a los pacientes: La atención masiva de víctimas, catalogada por algunos como la enfermedad abandonada de la sociedad moderna (2), impone a los sistemas de salud un reto difícil de enfrentar, por la complejidad de factores de índole social, político, económico y ético, implicados en la toma de decisiones relacionadas con la óptima y oportuna atención médica que cada paciente requiere. (2). Un sistema de trauma es una estructura sanitaria y social que incluye programas específicos para la prevención de accidentes, la atención médica prehospitalaria, el traslado al hospital adecuado para tratar las lesiones, el manejo inicial en la urgencia hospitalaria, los cuidados definitivos en un hospital acreditado para el manejo de traumatizados graves y la rehabilitación y reinserción socio-laboral del paciente (3).

El paciente politraumatizado tiene una alta morbimortalidad, por ello muchos sistemas de salud han buscado métodos de prevención de lesiones como forma de reducir ambas. Son numerosos los servicios de salud que han

reconocido la necesidad de regionalización de la atención al trauma para que el uso de los recursos se haga de la forma más eficaz y rentable posible. Esta regionalización ha demostrado disminuir la mortalidad en muchos sistemas de trauma de todo el mundo, especialmente en los pacientes traumáticos más graves (4). Los estudios internacionales han demostrado una reducción de la mortalidad que oscila de un 15% a un 40 %.

Por todo ello, el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía de Cienfuegos, implantó la clasificación de los pacientes aplicándole un código de colores desde hace 20 años, en el servicio de urgencias; 5 años después del comienzo, se inaugura el Centro de Emergencias y con él, la Unidad Cuidados Intensivos Emergentes, (UCIE) y la Unidad Quirúrgica de emergencias, (UQE).

Todo lo anteriormente expuesto ha dado lugar a este trabajo con los siguientes objetivos:

Objetivos:

- ¿Qué paciente debe recibir primeramente atención?
- ¿Cuál paciente no tiene que ser reanimado?
- ¿En qué box de atención debe recibirse a cada paciente?

Material y método

Se realiza un estudio retrospectivo, prospectivo que abarca desde enero 2016 a junio 2017, recogiendo datos y clasificación de todos los politraumatizados llegados al Centro Provincial de Emergencias Médicas del Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. (Cpem), en la cual se aplican códigos de colores, desde el rojo, mayor riesgo vital, amarillo menor riesgo vital, verde pacientes con lesiones leves, que puede postergarse su atención médica sin poner en riesgo su integridad física, hasta el negro los que están por fallecer o los fallecidos y que tuvieron necesidad de recibir tratamiento quirúrgico. Se creó base de datos realizándosele tratamiento estadístico.

Desarrollo.

Tabla # 1. Pacientes recibidos en UCIE y llevados a UQE

Periodo	Casos UCIE	Casos UQE	Por cientos
2016	363	298	58
2017 1er Sem.	158	136	86
Totales	521	434	83.3

Como se puede apreciar en ella, un gran número de los pacientes politraumatizados llegados a la UCIE, 83.3 %, requirió de los servicios quirúrgicos para tratamiento dentro de la UQE por las distintas especialidades.

Tabla # 2. Códigos por grupos de edades en 2016.

Códigos	Grupos de edades en años.									
	19-30	%	31-42	%	43-54	%	55-65	%	66 y +	%
Rojos	40	33.8	23	19.4	26	22	14	11.8	15	12.7
Amarillos	28	17.0	34	20.7	32	19.5	13	0.79	57	34.7
Verdes			2	15.3					11	84.6
Negros.	-		-		2	100	-		-	
Totales.	68		59		60		27		83	

Tabla # 3. Códigos por grupos de edades en 2017.

Códigos	19 – 30	%	31 – 42	%	43 – 54	%	55 – 65	%	66 y +	%
Rojos	16	27.5	13	22.4	14	24.1	7	12	8	13.7
Amarillos	13	2	7	10.7	13	2	9	13.8	23	35.3
Verdes	-		1	0.9	1	0.9	1	0.9	8	72.7
Negros.							1	50	1	50
Totales.	29		21		28		18		40	

Observando ambas tablas, 2 y 3, podemos decir que en ambos período los códigos rojos son mayoría en los grupos de edades desde 19 años a los 54, coincidiendo con la bibliografía internacional y por ser estas edades las de mayor actividad social. El resto de los códigos tienen ya una distribución más generalizada; influyendo en el aumento de las edades extremas en códigos amarillos la fractura de cadera que contemplamos dentro de los traumas en el

anciano, a pesar, de existir el dilema de que ocurre primero, si la caída y después la fractura o viceversa.

Tabla # 4. Distribución de la clasificación por géneros.

Códigos	F. 2016	%	M.	%	F. 2017	%	M.	%
Rojos	23	19.6	94	80.3	10	17.2	48	83
Amarillos	55	33.1	110	67	19	28.3	48	71.6
Verdes	7	4.2	6	3.6	4	5.9	4	5.9
Negros.	-	-	2	0.94	1	2.9	2	1.9
Totales.	85	28.5	213	71.4	34	25	102	75

En la tabla # 4 apreciamos que el género masculino tiene una mayor presencia en los traumas, a pesar que en nuestro país, las féminas tienen un importante papel en la dirección, los servicios y la producción en general.

Conclusiones.

Después de haber analizados todos los datos en ambos períodos y sin hacer comparación entre ellos por la diferencia propia, si podemos manifestar sin temor a equivocarnos que la clasificación de los pacientes, aplicándole un código de colores, donde participen personal especializado y en los box con recursos apropiados, salvan vidas.

Bibliografía.

- 1.- American Collegue of Surgeons (Committee of Trauma). (2008). Manual ATLS (Advanced Trauma Life Support) – 8th Edition. Chicago , IL(USA).
- 2.- Costa Navarro D, Jiménez Fuertes M, Ceballos Esparragón J, Montón Condón S, Jover Navalón JM, Túregano Fuentes F et al. Análisis de los

resultados de una encuesta sobre los sistemas de trauma en España: la enfermedad abandonada de la sociedad moderna. *Cir Esp* 2013; 91:432-7

3.- Peter Driscoll & Carl Gwinnutt . (2009) *European Trauma Course- 2nd-Edition* – Blackpool (UK).

4.- Champion HR, Sacco WJ, Carnazzo AJ, Copes W, Fouty WJ. "Trauma score". *Crit. Care Med.* 1981. 9(9): 672–6.

5.- Taber, Clarence Wilbur; Venes, Donald (2009). *Taber's cyclopedic medical dictionary*. Fa Davis Co. p.2366. ISBN 0-8036-1559-0.

6.- Champion HR, Sacco WJ, Copes WS, Gann DS, Gennarelli TA, Flanagan ME "A revision of the Trauma Score". *The Journal of Trauma.* 1989. 29 (5): 623–

9. Protocolo avalado por los servicios de Anestesiología y Reanimación, Cirugía General, Cirugía

7.- Bailey J, Trexler S, Murdock A, Hoyt D. Verification and Regionalization of Trauma Systems. *The Impact of These Efforts on Trauma Care in the United States.* *Surg Clin North Am* 2012; 92:1009 1024.

Título: REDES SOCIALES UNA ALTERNATIVA DE FORMACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL.

Autores:

Lic. Esther Barrio Pedraza.esther@hosped.cfg.sld.cu. Hospital Pediátrico Paquito González Cueto. Cienfuegos. Cuba. Lic. Cibernética Matemática. Msc en Ciencias.

Dra. Teresita Barrio Pedraza.est5902@ucm.cfg.sld.cu. Universidad Ciencias Médicas Cienfuegos. Cuba. Msc en Ciencias.

Resumen

Las redes sociales se conciben desde y para la interacción. Con este tema analizamos el comportamiento de las redes sociales en los últimos tiempos, ventajas, desventajas, importancia de las mismas para el desarrollo social y humano, a partir de una revisión bibliográfica sobre el tema, describiendo algunos atributos de la red social facebook. Con un análisis estadístico y descriptivo mostramos, cómo se comportan las redes sociales en el contexto del Hospital Pediátrico de Cienfuegos "Paquito Glez. Cueto"

Palabras claves: redes sociales, facebook

Introducción

Redes Sociales es un término originado en la comunicación. Éstas se refieren al conjunto delimitado de individuos, grupos, comunidades y organizaciones vinculados unos a otros a través de relaciones sociales. Esto fue el resultado de la convergencia de los medios, la economía política de los mismos y el desarrollo de tecnologías, teniendo como objetivo la interacción de dos o más canales.[1]

Las redes sociales son sitios o plataformas en los que se intercambia información, datos y contenidos de diferentes formatos con un grupo de personas (y/o organizaciones) de modo tal que interactúan y crean entre ellos una comunidad virtual que persigue un relativo interés en común. Algunas de ellas son de interés general y otras son más de nicho o estilo de vida específico (intereses muy concretos). [2]

Se pueden clasificar atendiendo a diferentes conceptos en Horizontales, Abiertas, Verticales, según el tipo de usuario, por tipo de actividad en Profesionales, de ocio, Mixtas, Por tipo de conexión, En función del sujeto en Humanas, de contenido, En función de la localización geográfica en Sedentarias, Nómades. [3].

Las redes sociales tienen muchas ventajas y desventajas, y algunos peligros que son importantes considerar de acuerdo a la bibliografía estudiada. Entre las ventajas de las redes sociales mencionamos que producen contenidos en Internet, son buena opción para hacer publicidad y conocer mejor las necesidades y los intereses de personas y empresas, son muy útiles para

encontrar y saber sobre personas que andabas buscando, facilitando el intercambio de información entre los usuarios. Como desventajas mencionamos que si se configura mal la privacidad, pueden resultar peligrosas, debido a que exponen la vida privada de los usuarios, algunos consideran que pueden generar adicción, producir casos de suplantación de identidad, Si no se usan para un buen fin, pueden ocasionar un gran daño a personas como empresas y tienen poca cobertura de internet en algunas regiones. [3][4]

Son algunos contenidos de las redes sociales que no se permiten publicar los contenidos de carácter sexual, de Incitación al odio, de violencia excesiva o autolesiones, de amenazas, Información privada de otras personas, de Venta o promoción de drogas. [3][4]

Las redes sociales se utilizan en diferentes ramas y sectores sociales como Aplicaciones de negocios, como herramienta de gestión de las relaciones con los clientes en aquellas empresas que venden productos, servicios y en la publicidad en forma de anuncios publicitarios y de texto para la compra en línea, y promoción de artículos; en aplicaciones médicas (para difundir el conocimiento y la industria farmacéutica; en Investigaciones penales y jurídicas; para el bien social como parte del desarrollo actual en muchos ámbitos como el escolar, personal y laboral , como medio de enlace entre personas distanciadas, siendo uno de los principales objetivos el unir y comunicar a las personas en la inmensa nube llamada Internet; en la educación como favorecedor de la publicación de información, el aprendizaje autónomo, el trabajo en equipo, la comunicación, la retro-alimentación, el contacto con otros expertos, tanto entre estudiantes en general, como entre el binomio estudiante y profesor; lo cual facilita el aprendizaje constructivista y el aprendizaje colaborativo; como herramienta de denuncia permitiendo que los usuarios se mantengan informados sobre acontecimientos políticos, económicos, sociales y culturales, y las redes se han convertido en un espacio de participación social activa. [3]

Dentro de las redes sociales más extendidas y conocidas de acuerdo a la bibliografía consultada, mencionamos a Facebook, la red social más usada en el mundo, Twitter con más de 328 millones de usuarios activos, y es la más usada en Países Bajos, Youtube con más de 1800 millones de usuarios, para compartir videos, Whatsapp para compartir mensajería con más de 1301 millones de usuarios, y Zone para publicar textos, fotos y videos, cuenta con más de 645 millones de usuarios y es la favorita en China, V Kontakte que se impone en Rusia con más de 410 millones de usuarios, la cual permite compartir publicaciones de todo tipo y está disponible en 83 idiomas, Google plus, MySpace con sus aproximadamente 38 millones de usuarios interesados en la música principalmente, Ning para tu marca, producto, servicio o cualquier otra cosa que desee e interactuar con estos 10 millones de usuarios, Tagged orientados a los adolescentes o jóvenes, se centra en conocer a otras personas con intereses comunes y para juego, con aproximadamente 100 millones de usuarios registrados, MeetME orientada a conocer gente nueva con la que divertirse, chatear y relacionarse. Se trata de una evolución y absorción de la anterior red social "My Year Book" , Meetup una estupenda plataforma para crear y asistir a eventos de todo tipo y organizar el encuentro,

Beboplataforma en la que los usuarios pueden compartir sus streamings de las partidas de sus juegos en línea con otros amigos y cualquier persona en el mundo que deseen, MultiplyLa mayor “tienda social” en el sudeste de Asia con más de 125.000 comercios participantes y que ha reportado 20 millones de visitantes al mes, con un movimiento alrededor de los 3,5 millones de dólares, Skyrock una de las mayores redes sociales globales y es predominantemente ocupada por los adolescentes, muy popular entre el mundo de habla francesa, Badoo muy popular en Europa y América Latina[5]

De uso profesional en general se destacan LinkedIn, About.me, Xing, Viadeo ; de uso para profesionales médicos se destacan Sermo, Esanum, Doximity, ResearchGate; para Programadores se destacan La Web del programador, NotasWeb, Domestika, CoderWall y Codepad y en la Ciencia y educación se destacan Academia.edu, ResearchGate, Mendeley y MethodSpace. [5]

Las redes sociales se están convirtiendo en una herramienta que permite el desarrollo de las habilidades comunicativas y puede ser utilizada como estrategia de aprendizaje por parte de los estudiantes [6]

El manejo de una red social en el aula puede suponer un acercamiento entre el docente y el alumno. Las redes sociales se conciben desde y para la interacción y este nuevo espacio de diálogo puede ser un lugar de aprendizaje y enriquecimiento mutuo: por una parte, el docente interviene, modula y colabora en el aprendizaje con su alumnado, incluso puede hacer uso de ellas para extraer la variedad de estilos de aprendizaje que conviven en su aula y también la evaluación del comportamiento individual y colectivo del alumnado y pueden convertirse en una estrategia de aprendizaje, entendida como el conjunto de operaciones, pasos, planes, rutinas que usan los estudiantes para facilitar la obtención, almacenamiento, recuperación y uso de información al aprender [7] [8]

Entre los beneficios que aporta el uso de las redes sociales en el área de la educación, encontramos que permite a los docentes enseñar al alumno a aprender por sí mismos, actuando ellos únicamente como guía en el aprendizaje, Son un medio de comunicación, que permite a los adolescentes, sentirse más cómodos en sus relaciones con los profesores, permitiéndoles contactar con expertos de otras materias o alumnos de otros centros, favoreciendo además la cooperación entre grupos de personas, y dentro de ellas la red social facebook permite crear grupos privados de clase e incluso un grupo por cada asignatura, lo que facilita que se resuelvan las dudas de un modo más rápido y personal con los profesores; sin contar también que de esta manera pueden compartir con sus compañeros cualquier recurso que necesiten. [9]

En Cuba, donde viven alrededor de 11,5 millones personas, el acceso a Facebook representa más de las dos terceras partes del tráfico web hacia redes sociales, donde los usuarios desde su página o en su versión móvil, pueden disponer de múltiples servicios en un solo portal web; mientras que Twitter, es el entorno utilizado, esencialmente, por periodistas y profesionales

de la comunicación por representantes gubernamentales, especialmente relacionados con las políticas exteriores. [10]

La Empresa de Telecomunicaciones ETECSA, dentro de la estrategia para llevar la red de redes a todos, en respuesta a las demandas de Internet en las casas familiares establece el proyecto Nauta Hogar, que avanza lentamente por todo el país, donde, más de dos millones de cubanos tienen correo electrónico Nauta, mayormente consultado desde sus teléfonos móviles y se han contratado más de un millón de cuentas permanentes de navegación Nauta; además se abren nuevos puntos de wifi públicos, que han transformado parques y áreas públicas, se ofrecen salas de navegación ETECSA, en Joven Club, Oficinas de Correo y aeropuertos paulatinamente [11][12][13]

En el hospital pediátrico de Cienfuegos Paquito González Cueto, también se prefiere la red social facebook, muestra de ello son las estadísticas de este año, hasta el mes de abril, en que de alrededor de 400 usuarios que navegan en internet el 7,3 % lo hacen en facebook, y el 2,8 % en m.facebook [14]

Objetivos

Describir características de las redes sociales en diferentes contextos y exponer información estadística de la red social facebook.

Método

A partir de una revisión bibliográfica, se describen características de las redes sociales en diferentes contextos. Se aplica encuesta, entrevista a una muestra de 68 estudiantes y trabajadores del Hospital Pediátrico 'Paquito González', que acuden a recibir servicio en la red del centro, procesándose la información por medio del programa estadístico spss, y se presenta la información en tablas y gráficos

Desarrollo

A continuación exponemos algunos datos estadísticos de interés sobre el uso de las redes sociales en el mundo, en el año 2018

- Las redes sociales incluyen a más de 3.5 mil millones de usuarios distribuidos en más de mil millones de sitios web.[4]
- El 64% de los especialistas en marketing usan datos de redes sociales para optimizar sus tácticas de marketing [4]
- Más del 95.1% de los usuarios que usan Facebook lo hacen desde dispositivos móviles (tabletas y celulares).[5][6][8]
- Cuba experimentó, en el pasado año, el mayor crecimiento en América Latina en el empleo de las redes sociales [12]
- En el Hospital Pediátrico los usuarios prefieren navegar en facebook.[14]
- Más del 42%, 3.2 billones de la población mundial utiliza las redes sociales, 13% más que el año pasado [15]

- Actualmente, el planeta está habitado por más de 7 billones y medio de personas, de los cuales tienen acceso a internet 4 billones, es decir el 53%, lo que representa un incremento del 7% respecto al año anterior hasta el momento.[16]
- Más de 2,958 millones de habitantes acceden a las redes sociales por medio de sus dispositivos móviles, más de un 39% de la población mundial, Nueve de cada 10 usuarios activos de redes sociales, 14% más que el año anterior[12][15][16]
- Un usuario normal ahora ocupa alrededor de seis horas diarias desde algún dispositivo o servicio con conexión a internet. Esto representa la tercera parte del tiempo que permanecen despiertos.[16]
- Hay cerca de 11 usuarios de redes sociales nuevos cada segundo.[16]
- Facebook sigue siendo la red social más popular, sus usuarios representan más del 62% de los usuarios totales de redes sociales en el mundo. [16]
- Entre las redes sociales más importantes en el mundo: la propia Facebook, Youtube, WhatsApp, Facebook Messenger, Instagram, Twitter, LinkedIn.[5][16] Ver anexo gráfico 1. [5][16]
- WhatsApp se posicionó como la aplicación de mensajería principal en 128 países, en los que se incluye toda Latinoamérica, Brasil y España. [16]
- La penetración de las redes sociales varía de acuerdo al país; destacándose Estados Unidos con un 99% de penetración, Corea del Sur con un 84% y Singapur con un 83% de penetración[16].
- Entre las plataformas digitales más empleadas en Cuba, están Facebook, Twitter, Pinterest e Instagram..[15][16].
- Las redes sociales son una magnífica oportunidad para el aprendizaje, la educación y el desarrollo profesional, de los alumnos así como un lugar para el intercambio de experiencias[17]

En el contexto del Hospital Pediátrico de Cienfuegos a partir del análisis estadístico realizado, agrupamos la información en diferentes tablas, por variables, tales como grupos de edad, sexo, nivel cultural, profesión, preferencias, propósitos de navegación en internet y por qué la selección de Facebook?, apreciando que la mayor cantidad de usuarios prefieren a Google y Facebook, para propósitos de superación y comunicación y en menor cantidad para entretenimiento, la mayoría prefiere al entorno Facebook por su rapidez en la comunicación y chateo, así como por su sencillez. Ver anexos

Conclusiones

1. Las redes sociales es una alternativa de comunicación, de desarrollo social, una opción muy popular.
2. Facebook es la red social más usada en el mundo.
3. Las redes sociales pueden ser utilizadas como estrategia de aprendizaje y de desarrollo profesional.
4. El mayor porcentaje de usuarios que acceden a las redes sociales lo hacen por medio de dispositivos móviles.

5. Entre las plataformas digitales más populares en Cuba, Facebook, Twitter, google, al igual que en el contexto del Hospital Pediátrico de Cienfuegos.
6. Los usuarios del Hospital Pediátrico prefieren las redes sociales, para propósitos de superación y comunicación.
7. Los usuarios del Hospital Pediátrico prefieren a Facebook dentro de las redes sociales por permitir una comunicación rápida, y facilidades de chateo.

Bibliografía

- 1- *Redes Sociales en Internet.* URL disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Redes_sociales_en_Internet
- 2- 2018. Facchin Jose. El blog de José Facchin *Las redes más importantes del mundo.* Enero 2018. URL disponible en <https://josefacchin.com/lista-redes-sociales-mas-importantes-del-planeta/>.
- 3- 2018. *Servicio de red social.* URL disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Servicio_de_red_social.
- 4- Estadísticas de Redes Sociales 2018. Rodrigo HM. Blog de Marketing Digital. URL disponible en <http://rodrigo-hm.com/estadisticas-redes-sociales-2018/>
- 5- Estadísticas de Redes Sociales 2018. Juan Carlos Mejía. Blog de Marketing Digital. URL <http://www.juancmejia.com/marketing-digital/estadisticas-de-redes-sociales-usuarios-de-facebook-instagram-linkedin-twitter-whatsapp-y-otros-infografia/>
- 6- Uso de las redes sociales como estrategias de aprendizaje. ¿Transformación educativa? 2011. Claudia Islas Torres. María del Rocío Carranza Alcántar. Vol.3.Num.2. Universidad de Guadalajara. URL disponible en <http://www.udgvirtual.udg.mx/apertura/index.php/apertura/article/view/198/213>
- 7- Artero, B. N. (2011). www.educaweb.com. Recuperado el 19 de mayo de 2011 de <http://www.educaweb.com/noticia/2011/01/31/interaccion-como-eje-aprendizaje-redes-sociales-14570.html>
- 8- Carranza, A. M. (2011). Estrategias de aprendizaje para los alumnos de nivel superior en modalidades no convencionales del CUA Altos. En C. A. Sociedad, *Investigación educativa en la región Altos sur de Jalisco*. Tepatitlán de Morelos: CUA Altos, pp. 11-25.
- 9- Como influyen las redes sociales en la educación?. Metodología. Jiménez Guerrero Rocío. MEDAC. Url disponible en: <https://medac.es/articulos-educacion-infantil/influyen-las-redes-sociales-la-educacion/>
- 10- Cuba Redes Sociales. URL disponible en <http://www.ipscuba.net/espacios/cuba-20/red-cuba/cuales-redes-sociales-se-prefieren-en-cuba/>.
- 11- Telefonía e Internet en Cuba para 2018. Fernández Gabriela. URL disponible en <https://blog.fonoma.com/etecsa-cifras-telefonía-internet-nauta-cuba-2018-2f840bf823db>.
- 12- Internet llegará a los móviles cubanos 2018. La Habana DIC 2017. 06:15 CET URL disponible en:

https://elpais.com/internacional/2017/12/29/america/1514587905_498662.html

- 13-Internet Cuba. ETECSA. 2016 Empresa de Telecomunicaciones S. A. URL disponible en : http://www.etecsa.cu/internet_conectividad/internet/
- 14-Estadísticas de navegación del Hospital Pediátrico. 2018. Squidreport. URL disponible en: sistemas.hosped.cfg.sld.cu/trazas/
- 15-Marketing Ecommerce. Facebook líder indiscutible. 2018. Febrero. Alberto Glez. URL disponible en: <https://marketing4ecommerce.mx/facebook-lider-indiscutible-de-las-redes-sociales-con-mas-usuarios-del-mundo-2018/>
- 16-Usuarios de Internet y Redes sociales en el mundo. Febrero 2018. Gle. Ivete. URL disponible en: <https://ilifebelt.com/usuarios-internet-redes-sociales-mundo-2018/2018/02/>.
- 17-Importancia de las redes sociales en la Educación actual. Rdguez Sara. Guía de orientación. Agosto 2015. URL disponible en : <https://www.emagister.com/blog/la-importancia-de-las-redes-sociales-en-la-educacion-actual/>

Anexos

Tabla No. 1. Grupos de edad X Navegación en Internet

grupos edad	google	facebook	ftp	twitter	instadram	nacionales
20-25	23	18	1	0	2	2
26-39	7	7	1	0	0	1
40 - 65	8	23	3	1	0	2

Tabla No. 2. Sexo X Navegación en Internet

sexo	google	facebook	ftp	twitter	instadram	nacionales
Masculino	19	18	3	1	0	3
Femenino	5	25	0	2	11	1

Tabla No. 3. Nivel Cultural X Navegación en Internet

nivel cultural	google	facebook	ftp	twitter	instadram	nacionales	otras
Obrero	1	0	0	0	0	0	0
T. medio	7	8	1	0	0	1	0
universitario	35	32	4	1	0	4	1
estudiante	9	0	0	0	2	1	0

Tabla No. 4. Profesión X Navegación en Internet

profesión	google	facebook	ftp	twitter	instadram	nacionales	ot
licenf	5	6	1	1	0	0	0
Medico	18	15	2	0	0	2	1
enfermero	0	1	0	0	0	0	0
inglic	12	11	1	0	0	2	0
obrero técnico	6	6	1	0	0	1	0
estudiante	11	10	0	0	2	0	0

Tabla No. 5. Grupos de edad , X Propósito de navegación

grupos edad	superación	comunicación	entretenimiento	otros
20-25	23	14	10	0
26-39	9	8	1	0
40 – 65	24	17	3	1

Tabla No. 6 Profesión x Propósito de navegación

profesión	superación	comunicación	entretenimiento	otros
licenf	5	6	0	0
Medico	22	13	6	1
enfermero	1	0	0	0
inglic	12	8	0	0
obrero técnico	6	6	2	0
estudiante	10	6	6	0

Tabla No. 7. Preferencia de Facebook x grupos de edad

grupos de edad	sencillez	comunicación rápida	Entorno agradable	enviar ficheros	chateo rapido	otros
20-25	5	11	1	4	8	1
26-39	2	5	0	0	0	0
40 – 65	6	20	1	3	11	0

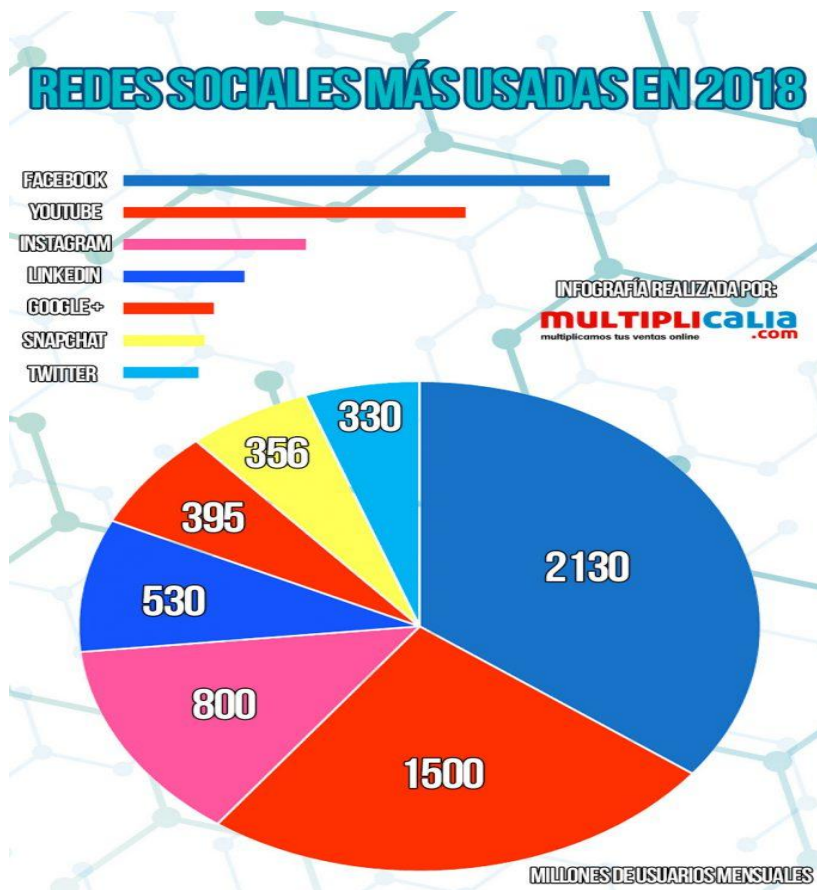
Tabla No. 8 Preferencia de Facebook x grupos de edad

nivel cultural	sencillez	comunicación rápida	Entorno agradable	enviar ficheros	chateo rapido	otros
Obrero	1	0	0	0	0	0
Medio	1	7	0	3	4	0
Universitario	9	26	2	4	11	0
Estudiante	2	3	0	0	4	1

Tabla No 9. Preferencia de Facebook x profesión

profesión	sencillo	comunicación rápida	Entorno agradable	enviar ficheros	chateo rápido	otros
licenf	1	5	0	1	4	0
medico	5	12	1	2	5	0
enfermero	0	1	0	0	0	0
Ing- lic	3	8	1	1	2	0
obrero - técnico	2	6	0	3	4	1
estudiante	2	4	0	0	4	1

Grafico 1



Anexo. Encuesta

1.Edad _____

2.Sexo M _____ F _____

3.Nivel Cultural

Obrero _____ Medio _____ Universitario _____

4.Profesión

LicEnf _____ Medico _____ Enferm _____ Licolng _____ Obrero,
técnico _____ Otra _____

5.Navega en internet

Si _____ No _____

6.Con qué propósito navega

Superación _____ Comunicación _____ Entretenimiento _____ Otros _____ Cual

7.Sitios de preferencia

Google _____ facebook _____ ftp _____ twitter _____ Instadram _____
nacionales _____ Cual _____

{Otros _____ Cual _____

8. Por qué facebook?

Entorno sencillo _____ Comunicación rápida _____ Apariencia agradable _____

Posibilidades de enviar ficheros _____ Chateo rápido _____ Otros _____
Cual _____



II Congreso Internacional y VII Encuentro Hispano Cubano en Ciencias de la Salud

Hospital Docente “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos

Título: Rehabilitación a paciente con Lesión Medular Tetraplejía Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, 2017.

Autora principal: MSc. Maritza Díaz Villazón,

Coautores: Lic. Liliam Delgado Sacerio, Lic. Niurka Ojeda Valdés, Lic. Yanet Arística Padilla, Lic. Elizabeth Manso Díaz de Villegas, Lic. Midelsy Sánchez Nápoles

(1) Máster Educación Especial e Integración Escolar Profesor Asistente, maritza.diaz@hgal.sld.cu Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos. Cuba, (2) Lic. Terapia Física y Rehabilitación, Profesor Instructor, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos. Cuba, (3) Lic. Terapia Física y Rehabilitación, Profesor Instructor, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos. Cuba, (4) Lic. Terapia Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos. Cuba, (5) Lic. Terapia Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos. Cuba, (6) Lic. Rehabilitación Social Ocupacional, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos. Cuba.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, observacional longitudinal, prospectivo de un paciente con Lesión Medular tetrapléjica atendido en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital General en Cienfuegos. El objetivo general describir la lesión medular tetrapléjica, sus complicaciones, examen físico neurológico y tratamiento de rehabilitación. Material y método se trabajó con el análisis de documentos como historia clínica del paciente que nos permitió recopilar los datos para el estudio, entrevista al paciente, permitió conocer los antecedentes y el historial de la patología en el mismo. Como parámetros éticos se convino el consentimiento informado para realizar el estudio. Durante su estadía hospitalaria ha mejorado su estado psicológico, con proyecciones que favorecen a la estimulación de sus potencialidades y proporcionar la calidad de vida.

Palabras claves: Lesión medular tetrapléjica, examen físico neurológico, rehabilitación.

Introducción

Durante los últimos 50 años el conocimiento sobre individuos con lesión medular ha evolucionado y mejorado más que durante los 50 siglos anteriores. No obstante esta lesión continúa siendo una de las lesiones más catastróficas desde el punto de vista físico, económico y social y que le puede ocurrir a un adulto joven. Un gran número de

personas sufre cada año una lesión medular. La epidemiología de las mismas varía en dependencia al nivel de desarrollo y a las características de la vida en los distintos países y regiones. ⁽¹⁾

Podemos decir que la lesión medular se produce como consecuencia de un daño a la médula espinal por diversas causas (traumáticas y no traumáticas) que conllevan a cambios temporales o permanentes de las funciones sensitivas, motoras, reflejas y autonómicas de la médula espinal.

La calidad de vida de estos pacientes se ve afectada cuando se compara con individuos sanos pues significa la aparición de una enfermedad crónica con afectación sobre el estado físico y mental de un individuo que es generalmente joven con ambiciones y propósitos por cumplir. Debido al curso discapacitante de la lesión medular se reduce la productividad de los enfermos en el trabajo, a la vez que se requieren grandes gastos en cuidados básicos y por concepto de medicamentos, lo que afecta la economía de los países, sobre todo en los de alta incidencia de la enfermedad. ⁽²⁾

Numerosos tipos de tratamiento para esta lesión, han surgido a la luz de los conocimientos actuales. La rehabilitación ha contribuido positivamente en el tratamiento de estos pacientes. La misma ayuda a mejorar la fortaleza y flexibilidad al sentarse, pararse y durante la marcha.

La terapia ocupacional promueve técnicas y aditamentos que pueden ayudar a la persona a reincorporarse a las actividades de su vida diaria. ⁽³⁾

En estos pacientes la rehabilitación debe aplicarse lo más precozmente posible y con sistematicidad. Como para cada paciente se plantea un problema distinto, no es posible fijar una conducta rígida sino que cada método debe adaptarse y modificarse según las necesidades de cada individuo. ⁽⁴⁾

La rehabilitación ha demostrado una mejoría significativa en la independencia funcional posible, es por esto que las técnicas de kinesioterapia se han convertido en más dinámicas y más selectivamente relacionadas con las necesidades del paciente para conseguir la actividad funcional. La reeducación de la función requiere la cooperación de todos los que rodean al enfermo. Cada componente del equipo de rehabilitación es un especialista en su propio campo, pero es esencial la suma de todos sus esfuerzos para lograr los máximos resultados. ⁽⁵⁾

Nuestro sistema de salud, con su estrecha interrelación entre los diferentes niveles de atención crea un medio favorable para el seguimiento y reevaluación de pacientes de manera integral. La Atención Secundaria en el comienzo del tratamiento rehabilitador y su relación con la Atención Primaria de Salud como lugar idóneo para continuar el perfeccionamiento de la rehabilitación y lograr el mejoramiento de la calidad de vida del paciente, reinsertándolo a la sociedad con el máximo de su capacidad funcional. Esto ha motivado la realización de este trabajo, del cual podemos plantear el siguiente **problema científico**: ¿Cómo se rehabilita un paciente con una lesión medular tetraplégica en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos?

Objetivo general:

Describir la lesión medular tetraplégica, sus complicaciones y el tratamiento de rehabilitación en el paciente atendido en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos, 2017.

Objetivos específicos:

- Caracterizar al paciente con lesión medular tetraplégica.
- Aplicar el tratamiento rehabilitador al paciente con lesión medular tetraplégica.
- Demostrar la eficacia del tratamiento rehabilitador al paciente con lesión medular tetraplégica.

Material y métodos: Se realizó un Estudio de caso, descriptivo, observacional longitudinal, prospectivo de un paciente con Lesión Medular tetraplégica atendido en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital General en Cienfuegos en el 2017.

Universo y Muestra de estudio: un solo paciente que coincide con la muestra con diagnóstico definido de lesión medular que acudió al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos.

Criterios de Inclusión:

- El paciente con lesión medular que acudió al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”.
- Voluntariedad del paciente y familiares de participar en el estudio expresado a través de un documento de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con otras patologías.

Métodos e instrumentos:

Análisis de documento: historia clínica del paciente que nos permitió recopilar los datos para el estudio.

Entrevista al paciente: nos permitió conocer los antecedentes y el historial de la patología en el mismo.

Observación: permitió constatar los resultados del examen físico, y las técnicas empleadas en la rehabilitación.

Parámetros Éticos: consentimiento informado al paciente del caso objeto del estudio y a la fisiatra de la sala de rehabilitación y los técnicos para realizar el estudio.

Desarrollo

Al desarrollar el trabajo con el lesionado medular hay que tener en cuenta el Estándar para la evaluación neurológica y la clasificación funcional del lesionado medular propuesto por la ASIA (American Spinal Injury Association) y apoyado por la ISCoS (Internacional Spinal Cord Society), ampliamente divulgado y persigue unificación de criterios en la evaluación del lesionado medular.

Clasificamos al lesionado medular según la escala de discapacidad ASIA

Se clasifica en:

A: Completa: no existe función sensitiva ni motora en los segmentos S4-S5.

B: Incompleta: están preservadas las sensaciones por debajo del nivel de la lesión que se extienden a través de los segmentos S4-S5.

C: Incompleta: preservación de la función motora; la mayoría de los músculos claves por debajo del nivel de lesión tienen una valoración muscular menor de 3.

D: Incompleta: preservación de la función motora; la mayoría de los músculos claves por debajo del nivel de lesión tienen una valoración muscular 3 o más.

E: Normal: recuperación de la función motora y sensitiva. ^(6,7)

Cuadro clínico

1. Signos y síntomas discapacitantes.
2. Parálisis.
3. Espasticidad (cuando produce dolor o interfiere en las AVD).
4. Contracturas articulares.
5. Incontinencia de orina y heces.
6. Disfunción sexual.
7. Dolor (neuropático, músculo esquelético).
8. Dependencia en las actividades de la vida diaria.
9. Trastornos psicológicos: Depresión, agresividad, pérdida de la autoestima. ^(6,7)

Complicaciones

Trastornos respiratorios por debilidad de músculos respiratorios. Úlceras por presión. Osificación heterotópica. Hipotensión ortostática. Bradicardia. Disreflexia autónoma. Trastornos tromboembólicos. Infecciones del tractus urinario. Litiasis renal o de vejiga, orquitis, Epididimitis. ^(6,7)

Etapas del programa en lesionados medulares

1. Acondicionamiento físico general.
2. Principal.
3. Perfeccionamiento. ^(6,7)

Niveles de Lesión

Nivel neurológico: Segmento medular más caudal con funciones medulares sensitivas y motoras normales

Nivel sensitivo: Segmento medular más caudal con función sensitiva normal

Nivel motor: Segmento medular con función motora normal

Nivel óseo: Es aquel que desde el punto de vista radiológico muestra mayor daño

Nivel Reflejo: Centros Reflejos con integración refleja normal. ^(6,7)

Evaluación muscular

0 Sin movimiento

1 Contracción palpable o visible

2 Movimiento articular total visible si se elimina el efecto de la gravedad

3 Movimiento articular total en contra de la gravedad

4 Movimiento activo desplazado en contra de una resistencia moderada

5 (normal) Movimiento activo con desplazamiento articular total en contra de una resistencia máxima.

Lesión completa: Ausencia de función motora y sensitiva de los segmentos S4-S5

Lesión incompleta: Persiste algún grado de función sensitiva o motora en los segmentos S4-S5 ^(6,7)

Pronóstico funcional en las lesiones completas

Tetraplejía: (Reemplaza a Cuadruplejía) es debido a una lesión a nivel cervical, con impedimento o pérdida las funciones sensitivas o motoras o ambas de los segmentos

medulares cervicales , existe parálisis caudal al nivel de lesión que afecta las cuatro extremidades , el tronco y órganos de la pelvis. ^(6,7)

Tetraplejía alta C1-C4

No tienen movimiento de las extremidades superiores (ni de las inferiores), las lesiones entre C1y C3 necesitan ventilación mecánica asistida debido a pérdida del control nervioso del diafragma. Los que tengan inervación intacta del diafragma se pueden beneficiar de un electro-estimulador frénico. Presentan una dependencia total para las transferencias y actividades del autocuidado, requieren permanentemente de una persona que los ayude en todo. Necesitan un sillón de rueda eléctrico con control de cabeza o cuello

Las personas que asistan a estos individuos deben ser entrenados para evaluar y prevenir complicaciones pulmonares, así como en tratamiento postural, técnicas de transferencias, movilizaciones pasivas y en uso de tecnología que asista al paciente en las actividades de la vida diaria ^(6,7)

Tetraplejía C5

Logran flexión de codo y con la ayuda de dispositivos especiales pueden obtener independencia en alimentación y autocuidado básico (higiene oral y facial). Necesita la asistencia de otra persona para otras actividades de la vida diaria. Asistencia para el vestido del tren superior, dependiente para el tren inferior. Dependiente para el baño. Dependiente para el cuidado de vejiga e intestinos. Asistencia para transferencias sillón-camas con o sin tabla deslizante. Un sillón de ruedas eléctrico es necesario para una mayor independencia en la locomoción; aunque es capaz de propulsar el sillón de ruedas cortas distancias en superficies a nivel. ^(6,7)

Tetraplejía C6

Con este nivel de lesión logran además la dorsiflexión de muñeca lo que permite un efecto de tenodesis (flexión involuntaria de los dedos con aducción del pulgar, durante la dorsiflexión de muñeca), esto le facilita el agarre de objetos. Independientes para comer solos una vez que le sirven los alimentos. Independientes para vestirse el tren superior aunque suelen necesitar asistencia para el tren inferior. Independientes para el baño de tren superior e inferior con aditamentos. Potencialmente independientes realizar transferencia con o sin tabla deslizante. Independientes para el cuidado de intestino pero pueden necesitar asistencia para los cuidados de vejiga. Se trasladan distancias moderadas en sillón de ruedas. Pueden manejar carros automáticos con adaptación que permita control manual de freno y acelerador. ^(6,7)

Tetraplejía C7

Las transferencias con o sin tabla deslizante, incluyendo al carro. Realizan la propulsión del sillón. Son independientes para el cuidado de vejiga e intestino

Tetraplejía C8-D1. Pueden extender el codo y mejor función prensora en la mano, con lo que aumenta el potencial para la independencia en realizar. Pueden realizar independientemente el autocuidado. Hacen las transferencias con o sin tabla deslizante incluyendo a un carro, o al suelo. ^(6,7)

Tratamiento postural Tetraplejía

Decúbito Supino

Las piernas se colocan en posición neutra, las plantas de los pies se apoyaran en una almohada para evitar el equino(como alternativa se colocaran correctores de equino).Las caderas y las rodillas se mantendran extendidas y para evitar la rotacion

externa de la cadera se debe colocara una almohadilla o toalla enrollada debajo del trocánter (almohadilla trocanterica) .

Las extremidades superiores se colocaran en variadas posiciones para evitar contracturas articulares. Atención particular se le debe dar al hombro que debe adoptar abducción 1-2 horas,3 veces al dia.

Con el fin de lograr un efecto de tenodesis en la mano de individuos que logren dorsiflexión activa de muñeca, se colocara una férula estática en dorsiflexión de muñeca y ligera flexión de las articulaciones metacarpo- falangicas e interfalangicas con oposición del pulgar,como alternativa se puede colocar un paño enrollado en la palma de la mano para mantener la posición anteriormente descrita de la misma. ^(6,7)

Decúbito Lateral El brazo que esta debajo se colocará en rotación externa y separado del tórax y el que se encuentra en posición superior en extensión o en flexión de codo, muñeca y dedos como en decúbito supino.

La pierna que esta en posición superior se flexionará en cadera y rodilla, se colocara una almohada debajo de la rodilla y del tobillo para evitar la compresión de los testículos y la pierna que esta debajo en extensión. ^(6,7)

Decúbito prono: En la etapa aguda de las lesiones cervicales se debe evitar por la bradicardia que ocasiona y el peligro de paro, también debido a la disnea producto de la fatiga del diafragma.

En los periodos posteriores esta posición resulta útil para mantener la extensión de caderas y corregir contracturas en flexión, así como posterior a la operación de úlceras por presión en regiones sacras e isquiáticas. Cuando se adopta el decúbito prono, los miembros superiores paralizados, se coloca en abducción de hombro, flexión de codo, pronación de antebrazos y dedos de la mano flexionados con ligero rodillo entre los dedos o también se puede adoptar la posición de miembro superior paralizado, extendido, con la mano en supino, siempre alineando al cuerpo y protegiendo al hombro de la fuerza de la gravedad. El tobillo debe estar libre, suspendido, con tope equino. ^(6,7)

Equipo de intervención en la rehabilitación del lesionado medular.

La actividad rehabilitadora se desarrolla por un equipo multidisciplinario formado por el paciente y la familia, el fisiatra, los interconsultantes, fisioterapeuta, terapista ocupacional, defectólogos, enfermería y el trabajador social, así como las asociaciones.

Resultados.

El programa específico en un lesionado medular debe modificarse de acuerdo con el nivel lesional. ⁽⁶⁾ La meta rehabilitativa de los pacientes es lograr máxima función física, médica, emocional, educacional, vocacional y social de los pacientes. Conseguir los mayores beneficios posibles depende de la edad del paciente, su estado médico anterior, afectación neurológica, recursos disponibles y su motivación. ⁽⁷⁾

El paciente que presentamos llega al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de la provincia de Cienfuegos por petición familiar., luego de un año de evolución, tetraplejia completa (Anexo 1) La causa, traumática por accidente de tránsito. No hay presencia de movimiento de las extremidades superiores, ni de las inferiores. No requiere de la ventilación mecánica asistida. Es dependiente total para las transferencias y actividades del autocuidado, lo acompaña el cuidador, en ocasiones dos cuidadores para las actividades más

complejas (aseo). (Anexo 2)

Debido a la incidencia de la inmovilidad aparecieron las complicaciones tales como: escaras, afectación circulatoria y respiratoria, osificación heterotrófica y otras.

Se demostró la importancia de la rehabilitación. El tratamiento postural y los ejercicios pasivos le ayudaron al paciente a mejorar y evitar nuevas apariciones de úlceras por presión y las contracturas articulares. La posición del fowler permitió mejorar las funciones digestivas y urinarias, evitar constipaciones y adaptarse a la posición que favorece a la comunicación viso-social. La fisioterapia respiratoria le facilitó disminuir las secreciones y fortalecer los músculos respiratorios.

Durante toda la etapa de rehabilitación, el paciente logró junto a la familia entrenarse en los cuidados y establecer el algoritmo de trabajo rehabilitatorio.

Tratamiento rehabilitador.

Cambios posturales.

- Seguir una rotación determinada respetando la alineación corporal.
- No arrastrar al paciente para evitar las fuerzas de cisallamiento y fricción.
- Repartir el peso del cuerpo por igual para evitar dolores musculares por contracturas de compensación.
- En pacientes acostados cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar presión sobre prominencias óseas.
- En pacientes sentados realizar cambios cada 10- 15 minutos, sosteniéndolo en pie durante 10 minutos para proteger zona sacra.

Almohadillado.

- En las zonas de mayor presión como codo, rodilla, sacro, trocánteres, escápulas, etc.

Higiene.

- Baño adecuado y secado estricto de la piel, insistiendo en los pliegues.
- Mantener cama y/o silla limpias, secas y sin objetos extraños.
- Sábanas suaves y no formar arrugas.
- La habitación bien ventilada y a temperatura adecuada.

Masajes.

- Debe realizarse suavemente, con movimientos circulares amplios sobre la piel y el tejido celular subcutáneo (amasado) o pellizcando y soltando nuevamente el plano muscular con los dedos.

Fisioterapia respiratoria

- Drenaje postural elevando los pies de la cama, aspiración asistida y estimulación (claping o vibración) sobre el tórax del paciente.

Aporte de líquidos y alimentos.

- Evitar déficits proteicos.
- Recomendar una ingesta de 1-1,5 litros de agua al día.
- Conveniente un aporte de vitamina C (1 gr. al día en úlceras ya establecidas) y de Zn (15 mg/día) en la dieta.

Terapia ocupacional

- Entrenamiento en las actividades de la vida diaria (AVD)
- Empleo de timbre de llamada en el hogar.

- Empleo de la manopla.

Rehabilitación defectología.

- Estimulación neurosensorial: Identificaciones de sonidos, voces, instrumentos musicales, olores, temperaturas, texturas (telas, objetos, alimentos)
- Juegos didácticos: marcando el ritmo con la voz.
- Declamar poemas. Caminatas imaginarias descriptivas por lugares conocidos.
- Rememorar hechos y vivencias. Cine debate. (entre otros)
- Tratamiento rehabilitador según período de tiempo. (Anexo 3)

Discusión

Un programa de tratamiento rehabilitador integral aplicado de forma correcta, tiene un efecto positivo en los pacientes con lesión medular (⁸), independientemente de la forma clínica y del tiempo de evolución de la enfermedad e influye positivamente en la calidad de vida de los mismos.

El tratamiento rehabilitador empleado al paciente coincide en sus resultados a lo referido por González Mas cuando plantea que la recuperación motora C4 a C5 pueden ser menos favorables que en niveles cervicales mas distales.

La prevención de las úlceras por decúbito es muy importante en el lesionado medular tetrapléjico, los cambios de decúbito cada 2 horas. (⁸) Requiere el desarrollo de una úlcera cuidados especiales y el seguimiento del todo el equipo multidisciplinario.

La osificación heterotópica se presenta como refiere la literatura revisada, se localiza en las caderas, rodillas, y extremidades superiores, para lo cual se emplea tratamiento medicamentoso.

A todos los niveles de lesión, en el paciente con lesión medular se efectuará la movilización pasiva y estiramientos en todas las articulaciones al menos 2 veces al día. En algunas áreas necesita un estiramiento adicional (estiramiento selectivo) incluyendo extensores de cadera hasta 120°, de forma que el paciente pueda alcanzar sus extremidades inferiores. En el caso presentado dadas las características de hipersensibilidad discrepan estos procedimientos. (⁸)

La posición Fowler empleada, que anteriormente no se aplicaba favoreció a la comunicación visual, a la inclusión de la vida la sala y es entrenada la familia para su continuidad en el hogar mejoró el estado emocional del paciente, a la oportunidad de poder emplear sus potencialidades intelectuales a favor a la educación de sus hijos, de proponer sus condiciones y proyectos en el hogar, reflexionar con familiares, amigos, rehabilitadores. El empleo de medios electrónicos a su alcance para su relajación, instrucción, entretenimiento, esparcimiento. Además el entrenamiento de la cabeza, la boca, el mentón permiten controlar actividades que pueden ser diseñadas en las que su realización estén efectuadas por estas partes del cuerpo.

Conclusiones

Los programas de rehabilitación en las lesiones medulares terapléjicas deben ser diseñadas a partir de las necesidades del paciente partiendo de la observación del cuadro clínico con la intervención del equipo multidisciplinario e interdisciplinar incidiendo también en el entrenamiento familiar.

Se demostró la importancia de la rehabilitación, el tratamiento postural y los ejercicios pasivos que ayudaron al paciente a mejorar y evitar nuevas apariciones de úlceras por

presión y las contracturas articulares.

La posición Fowler en las lesiones medulares tetraplégicas completas favorece a la comunicación visual-social, a la inclusión en las actividades, la estimulación de sus potencialidades a favor a la educación de sus hijos, de proponer sus condiciones y proyectos en el hogar, reflexionar con familiares, amigos, rehabilitadores

Recomendaciones

Aplicar a todos los enfermos con lesión medular el programa de rehabilitación integral, lo más precoz y continuo posible, hasta lograr el perfeccionamiento de la rehabilitación propiciando la oportunidad de ser incluido en la familia, la comunidad, la sociedad.

Referencias bibliográficas

1. Health Topics contact, University of Virginia Health System. Abril 21, 2008. Disponible en www.healthsystem.virginia.edu/sp/hipfract.cfm
2. Puig W.R. , Borjas C.D. , Álvarez I.T. Morfología humana I. Ciudad de la Habana;2002: 179
3. Sinelnikov R.D. Atlas de anatomía humana III. Universidad de la Habana;1996 :236
4. Sinelnikov R.D. Atlas de anatomía humana II. Universidad de la Habana ;1996 :416
5. Prives M., Lisenkov N., Bushkovich V. Anatomía Humana III. La Universidad de la Habana ; 1996 :142-143
6. Kottke, M.D. Frederic J. Krusen Medicina física y rehabilitación. Capítulo 32. Lesiones traumáticas y congénitas de la médula espinal. Editorial Médica Panamericana. Cuarta Edición.
7. González Mas, Rafael. Rehabilitación Médica. Capítulo 17. Rehabilitación del lesionado medular espinal. Editorial Masson, S.A.
8. González Mas, Rafael. Rehabilitación Médica. Capítulo 18. Fisioterapia del lesionado medular espinal. Editorial Masson, S.A.

Anexos

Anexo 1.- Tabla 1: Caracterización del paciente con lesión medular

Caracterización del paciente con lesión medular	
Edad	36 años
Sexo	Masculino
Raza	Blanca
Procedencia	Trabajador
Nivel escolar	Universitario
Ocupación	Profesor de Educación Física
APP	Ninguno
APF	Madre y abuela son hipertensas

Fuente: Historia clínica y entrevista

Anexo 2.- Tabla 2: Afecciones presentada por la lesión medular

Afecciones presentada por la lesión medular	
<u>Síntoma/afección</u>	<u>Presencia</u>

Subjetiva	Dolor y alta sensibilidad al contacto físico
Cicatriz	No presenta significativamente
Escaras	A nivel del sacro (grado 2)
Incontinencias	Urinarias y heces fecales
Sensibilidad superficial y profunda	Hiperestesia
Reflejos osteotendinosos	Hiperreflexia
Tono muscular	Espástico
Fuerza muscular	Nula (Nota 0)
Pleja	Tetrapleja

Fuente: Historia clínica

Anexo 3.- Tabla 3: Tratamiento rehabilitador según período de tiempo

Tratamiento rehabilitador	Función	Periodo de tiempo
Tratamiento postural	Evitar complicaciones por el encamamiento prolongado	Cada 2 horas
Ejercicios pasivos	Evitar complicaciones por el encamamiento	2 veces al día (mañana-tarde)
Rehabilitación vesical	Mantener higiene personal y en el lecho	Cada 2 horas
Adaptación para el órtesis	No tolera	-
Fisioterapia respiratoria	Disminuir secreciones y fortalecer músculos respiratorios	3 veces al día
Apoyo psicológico	Mejorar la funcionabilidad familiar Mejorar estado emocional del paciente y la familia	En las actividades
Estimulación cognitiva	Estimulación neurosensorial. Estimulación cognitiva	En las AVD y las intencionadas.
Ayuda familiar	Adiestrar a la familia en el cuidado y manejo del paciente	En cada actividad rehabilitatoria.
Terapia ocupacional	Entrenar la funcionalidad bucal.	3 veces al día
Ejercicios fortalecedores	Mejorar fuerza muscular en músculo erectores (trapecios)	2 veces al día

Fuente: Historia clínica



II Congreso Internacional y VII Encuentro Hispano Cubano en Ciencias de la Salud Hospital General “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”

Título: Rehabilitación de las personas con discapacidad, un servicio médico que favorece la inclusión social.

Autora principal: MSc. Maritza Díaz Villazón,

Coautores: MSc. Leticia Seoane Monzón, Lic. Dailys García Morales, Lic. Yoan Daniel Pérez Coda, Lic. Anisley Cazañas Hernández, Lic. Midelsy Sánchez Nápoles

(1) Máster en Educación Especial e Integración Escolar Profesor Asistente, maritza.diaz@hgal.sld.cu Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos. Cuba, (2) Máster en Educación Profesor Auxiliar, vddf@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, (3) Lic. Defectología, Profesor Asistente Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, (4) Lic. Terapia Física y Rehabilitación, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, (5) Lic. en Nutrición y Dietética Profesor Asistente Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba, (6) Lic. Rehabilitación Social Ocupacional, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos. Cuba.

Resumen

Reflexionar sobre cómo el mundo ha mirado las diferencias entre los seres humanos, desde lo que supuestamente denominamos “normal”, motiva que tengamos que revisar lo “diverso”, lo “diferente” y entenderlo como fenómeno de una ciencia, o mejor de muchas ciencias que afortunadamente han contribuido a la rehabilitación de las personas que presentan discapacidad. La necesidad del cambio que ponga al ser humano con toda su diversidad, en el centro de las preocupaciones mundiales, la familia necesita apoyo adecuado por parte de los rehabilitadores, la sociedad afrontar los retos por la inclusión sobre la base de la igualdad de oportunidades para todas las personas con discapacidad, sin ningún tipo de discriminación, siendo una de las luchas constantes por lograr una democracia justa y soberana.

Palabras Claves: Discapacidad, diversidad, familia, rehabilitación, inclusión.

Introducción

La concepción histórico-cultural se constituyen en fundamentos de una genuina y verdadera filosofía de la diversidad, tales como, que la evaluación y el diagnóstico no deben tener un carácter clasificatorio y cuantitativo, sino explicativo y descubridor de

las potencialidades del desarrollo y que la labor educativa centrada en la colectividad, permite la adecuada socialización. ⁽¹⁾

En la sociedad, todos nosotros tendremos que concebir la diversidad como una condición real del ser humano y con ello un espacio para cada uno. Pero concebir esto no es solo declarar que se tienen los mismos derechos y posibilidades, sino que será necesario proporcionar los recursos necesarios para que ello se pueda materializar y desarrollar, tomando en cuenta los milenios de atraso y desproporción de las oportunidades de que han sido víctimas las personas. ⁽¹⁾

La discapacidad como tal no es algo nuevo; muy al contrario nos acompaña desde el inicio de la misma historia humana, y peor aún la discriminación hacia las personas que la poseen. ⁽²⁾

La discapacidad es una condición relacional, un producto en el cual una limitación funcional, en cualquier área del funcionamiento humano, queda sancionada por la sociedad, como una desviación de escaso valor social. ⁽³⁾

Gracias al desarrollo social, tecnológico y capitalista, entre otros, las sociedades y diferentes culturas mundiales fueron descubriendo que una discapacidad no es más que una simple limitación en alguna área específica del cuerpo, se han descubierto sus capacidades e inteligencia son en algunos casos, son superiores a los que llaman "normales". ⁽²⁾

La Declaración Universal de los Derechos Humanos considera "que todos los seres humanos nacen libres y en igualdad de condiciones. También piensa que es un ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben de esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades y que se esfuercen para que su aplicación sea universal y efectiva". ⁽²⁾

La aparición del "discapacitado" en la familia y de la "discapacidad" como "la enemiga" significa la aparición de un dolor que afecta normalmente a todos los miembros. Por ello ninguno debe ser marginado del apoyo profesional. Todos deben ser incorporados como unidad psicosocial en el proceso del tratamiento. ⁽³⁾⁽⁴⁾

Es importante subrayar que la persona discapacitada no debe constituir un «peso» para sus padres o para sus hermanos y hermanas. Cuando esta persona es acogida como hijo o hermano, dentro de su familia, el mismo amor hace que las dificultades resulten ligeras, soportables e incluso fuente de esperanza y de alegría espiritual. ⁽⁴⁾

La familia da sentido de seguridad al hijo, le enseña las nociones del bien y del mal, le presenta el valor de su existencia en el mundo, le comunica la alegría que deriva del amor dado y recibido. Corresponde también a la familia enseñar al hijo el significado del dolor, del sufrimiento, de las limitaciones físicas y de la pobreza. Este es el «código» antropológico de la familia. ⁽⁵⁾

El papel de los médicos, especialistas, psicopedagogos, consiste en ayudar a la familia a encontrar la actitud correcta frente al hijo discapacitado. Por esto, tienen el deber de comunicar a los padres los conocimientos y adquisiciones relativos a la discapacidad de sus hijos. Deben hacerlo con espíritu de servicio y solidaridad, de modo humano, usando un lenguaje accesible e inteligible, con paciencia y comprensión, y con plena honradez profesional. Los padres necesitan esa permanente comunicación del saber científico para afrontar la realidad de la situación.

Hoy el papel rehabilitador esta en incluir a partir de las posibilidades mismas que presenta la persona y ver entonces a la inclusión como un proceso, una interminable búsqueda de la comprensión y respuesta a la diversidad en la sociedad. Prepararlos a aceptarse en su nueva realidad, en qué hacer a partir del nuevo reto de la vida.

Al favorecer la inclusión hay que en su análisis mismo verlo, primero, es una “actitud”, un sistema de valores, no una acción ni un conjunto de acciones. Se trata de un enfoque basado en la valoración de la diversidad como elemento enriquecedor y favorecedor del desarrollo humano. ⁽⁶⁾

Dentro de las acciones del rehabilitador está el evaluar, diagnosticar **y** aplicar el tratamiento, fomentar la práctica correcta del ejercicio físico como elemento de promoción y prevención de discapacidades, evaluar y entrenar a la persona con discapacidad en actividades de auto cuidado y otras de la vida diaria. Entrenar para compensar déficit sensoriales, preceptuales y cognoscitivos, promover aprendizajes de habilidades y capacidades físicas pérdidas o no desarrolladas previamente. Identificar fuentes de ocupación, promover, eliminar o modificar las barreras arquitectónicas del hogar, instituciones y la comunidad para alcanzar un entorno seguro. Orientar a la familia y a la propia persona discapacitada sobre medidas de prevención de nuevas discapacidades y de complicaciones, capacitando a la familia y a la persona con discapacidad en el proceso de su rehabilitación. Educar a la familia en lograr la independencia del paciente y reducir la sobreprotección, facilitando la adaptación de los objetos de uso cotidiano y el empleo de ayudas técnicas.

Es la práctica cotidiana lo que permite analizar cuanto se puede hacer desde los servicios de rehabilitación primario y secundario de salud para contribuir a la atención de enfermedades que generan discapacidad y como junto a la familia ayudar a la inclusión de las mismas, por ello nos planteamos como **problema científico** cómo contribuye el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” a la rehabilitación de las personas con discapacidad, favoreciendo a la inclusión social.

Objetivo: Analizar como contribuye el servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos a la rehabilitación de las personas con discapacidad y su inclusión social.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el 2017.

El universo de estudio. Todos los pacientes que asistieron al servicio de rehabilitación en el 2017. Y los trabajadores que integran en Servicio de Medicina Física Y Rehabilitación: 4 médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, 1 médico especialista en Logopedia y Foniatría, 25 licenciados en Terapia Física y Rehabilitación, 1 Licenciado de Logopedia y Foniatría, 1 Licenciado en Podología, 1 Licenciado en Defectología.

Se emplearon los métodos teóricos como el **histórico lógico** para el análisis del comportamiento estadístico de los pacientes que acudieron al servicio, el **analítico – sintético**: en su unidad dialéctica permitió considerar los elementos básicos a tener en cuenta al abordar el objeto de estudio, la descomposición de las concepciones que

conforman la situación problemática, cohesionados entre sí, y vincularlos al problema como un todo. El **análisis de documentos**: constituyen fuentes teóricas de la investigación registros estadísticos del 2017.

Empíricos: la observación, encuesta

Observación: se observó la intervención de los médicos y técnicos en los diferentes escenarios y la fluencia de pacientes al servicio.

Encuesta: se realiza a los 33 trabajadores que integran el servicio de Medicina Física y Rehabilitación con el objetivo de constatar la integración de los pacientes a la comunidad como parte de la inclusión social.

Se tuvo en cuenta para la realización del estudio el consentimiento informado de los pacientes, médicos y técnicos.

Desarrollo

Cuba es un país donde, como fenómeno social, la integración en su concepción más amplia, es una realidad para todos, independientemente de posturas filosóficas, religiosas, sexo, raza, con desviaciones o dificultades en su desarrollo o no, pues a todos se nos asegura, en la ley y en la vida, igualdad plena de derechos. Si queremos hablar con rigor y seriedad de integración, de igualdad de derechos, en una región donde a más de 60 de cada mil niños nacidos vivos no se les garantiza el más sagrado de los derechos, el derecho a la vida, donde la pobreza afecta ya a casi 200 millones de personas, donde casi el 50% de los niños que inician la escuela primaria no llega hasta el 5to. grado, donde menos del 2% de los 16 millones de niños discapacitados tienen algún nivel de educación o preparación, en un mundo donde prácticamente cada 6 segundos muere un niño por desnutrición, asociada ésta a infecciones, nuestras prioridades, más que de carácter pedagógico, son de carácter social; pues para que haya atención de los niños con necesidades educativas especiales, para que exista, allí donde sea estrictamente necesario educación especial, tiene que existir primero "educación para todos".⁽¹⁾

Hay que respetar al sujeto con discapacidades, sus vivencias y sus valores. Asumir que cada persona tiene un desarrollo personalógico peculiar, único, y respetarlo como condición para propiciar su avance. Todo el proceso de su atención médica, hospitalaria, su educación su incorporación socio laboral, etc., en fin, la transformación de sus personalidades, su ajuste e integración debe realizarse tomándolo como un sujeto protagónico. La necesidad de tener una postura optimista, potenciadora de las posibilidades del ser humano en su medio sociocultural.

El profesional debe hablar claro a las personas con discapacidades, es decir, explicarle en los términos que le sean comprensibles, para que adquiera la mayor información de sus condiciones de salud, de las posibilidades de su cuerpo, sus órganos sensoriales, su intelecto, sus capacidades conservadas, etc. Es necesario mantenerlo informado a él y a sus familiares sobre las valoraciones diagnósticas que se realicen, y sobre las proposiciones de tratamiento correctivo compensatorio, que se les proponen como viables.

Un propósito general de la atención profesional a la persona con discapacidad es contribuir al desarrollo de una personalidad independiente, que pueda valerse por sí mismo, que reporte felicidad a su persona y a sus seres queridos, y también que aporte al bienestar de los que le rodean.

La práctica tradicional de las instituciones hospitalarias, con sus barreras, prejuicios, e incomprendimientos, aísla a la familia de los sujetos que presentan discapacidades, en algunas ocasiones pudiera decirse que “la abandona a su propia suerte” en el plano emocional. En consecuencia, no es de extrañar que muchos padres se sientan ansiosos o desorientados ante sus realidades. Los reclamos de un familiar hacia el profesional a veces pueden parecer excesivos, tanto si se trata de padres de niños con discapacidades o del cónyuge de un adulto que recientemente haya sido víctima de una situación discapacitante (enfermedad, accidente u otra causa).

El prestigio de la profesión en la sociedad, la imagen que tienen las personas de ella, consolida de alguna manera el conjunto de normas éticas de la profesión, especialmente en sus relaciones con los sujetos de su atención. En las relaciones sociales que se manifiestan durante el proceso de consulta o evaluación, las personas que tenemos frente a nosotros esperan un determinado comportamiento del profesional, y asimismo reaccionan a su desempeño profesional con un complejo proceso mutuo de adjudicación - asunción de roles. Encontramos diversos estereotipos actitudinales tanto en la población, las familias de las personas con discapacidades, como en los propios profesionales, que se expresan en estas relaciones intersubjetivas, en esos interjuegos de roles. El especialista debe estar consciente de ellas y proceder de forma tal que dimensione el respeto por la persona del sujeto que atiende, su papel activo, etc.

Resultados y Discusión.

El servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” presta sus servicios a todas las salas de la institución en un trabajo multidisciplinario en el cual se convenian con los especialistas de otros servicios las acciones a realizar en los tratamientos que requieren los pacientes. En ello participan los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, médicos en Logopedia y Foniatría, licenciados en Terapia Física y Rehabilitación, Podología, Terapeuta ocupacional y los perfiles como Logopedia y Defectología. Una vez evaluado y discutido el caso se definen los objetivos de tratamiento, las pautas a seguir con un sentido humanista, de responsabilidad, profesionalidad, honestidad, desinterés, modestia, solidaridad que contribuya a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Una vez concluido la intervención sistemática del tratamiento el paciente es reevaluado y reincorporado a su comunidad con un seguimiento en las interconsultas y en el nivel primario de salud en las salas de rehabilitación. En algunos de los casos cuando se requiera a partir del diagnóstico de la enfermedad es valorado por el grupo multidisciplinario y es trasladado al servicio de rehabilitación del Centro Especializado Ambulatorio (CEA).

Comportamiento estadístico en grupo de enfermedades atendidas en el 2017 como lo refleja el (Anexo 1, Tabla 1) muestra que los porcentajes más elevados en las edades comprendidas entre los 19 a 59 años se encuentran los tumores de mama, la hipertensión arterial, las enfermedades cerebro vasculares, la obesidad, la diabetes mellitus.

En las enfermedades ortopédicas, traumatológicas y dermatológicas, (Anexo 2, Tabla 2) expone con mayor incidencias las enfermedades traumáticas del SOMA, los quemados y en las enfermedades neurológicas (Anexo 3, Tabla 3), declara en este grupo de edades la ataxia, lesiones raquímedulares. La esclerosis múltiple y lesiones

del nervio periférico con igual comportamiento de incidencia en los grupos etáreos de 19 a 59 y 60 y + edad.

Las enfermedades que reflejan mayor incidencia en los grupos etáreos comprendidas entre los 60 y + son los tumores, las enfermedades cerebro vasculares, el asma bronquial y el EPOC. (Anexo 1, Tabla1). En las enfermedades ortopédicas, traumatológicas y dermatológicas con mayor por ciento son las enfermedades no traumáticas del SOMA, la fractura de cadera y la amputación.

Las enfermedades neurológicas y otras (Anexo 3, Tabla 3) refleja mayor incidencia en el grupo etáreo de 0 a 18 años la parálisis cerebral.

Los agentes físicos con mayor demanda (anexo 4, Tabla 4) son el masaje occidental, seguido por la magnetoterapia, la corriente excitomotriz, la corriente analgésica, la lámpara infrarrojo, la láser terapia y el ultrasonido.

Un agente físico actúa mediante uno o más tipos de energía que aporta al organismo y de esta manera influye sobre los procesos biológicos. Puede contribuir a disminuir el tiempo de evolución, desinflamar, estimular la regeneración del tejido o disminuir el dolor.⁽⁷⁾

Los tratamientos de kinesiología (Anexo 5, Tabla 5) con un comportamiento recurrente en las aplicaciones en las aplicaciones convencionales, los métodos especiales y las embarazadas en ese orden.

La terapia ocupacional (Tabla 6, Anexo 6) refiere la realización de las actividades diarias como la aplicada en mayor demanda, seguidas por la relajación, las actividades funcionales y las de coordinación. Cumpliendo así con la cumplimentación de los objetivos de la terapia ocupacional teniendo en cuenta que; nos interesa la satisfacción personal del sujeto al realizar el mayor número de actividades, con el mayor nivel de autonomía y validismo que le permita sus capacidades y sus limitaciones. Nos interesa el mayor grado de adaptación posible que pueda lograr según la situación del individuo y/o el grado de exigencia del contexto donde tenga que realizar las ocupaciones.⁽⁸⁾

En las encuestas realizadas a los trabajadores del departamento, médicos especialistas, licenciados y otros perfiles se pudo constatar que se realiza convenios con los pacientes al explicar el tratamiento indicado según su diagnóstico y formas clínicas presentadas. Son aplicados los agentes físicos según lo requieren cumpliendo la metodología para cada uno de ellos en las diversas patologías.

Ante la agudeza del dolor, tensión alta, fiebre, cefalea se toman las conductas adecuadas donde se evitan daños al paciente. Se explica los procedimientos a seguir para la continuidad del tratamiento en el hogar, son demostrados y se sugieren las sustituciones de algunos medios para garantizar en el hogar el tratamiento por la familia.

Es muy importante la explicación que se realiza según la evolución del paciente ante las posibilidades reales teniendo en cuenta sus potencialidades, limitaciones para su reinserción socio laboral.

Es evidente por las manifestaciones realizadas por los pacientes que se respira un clima agradable, humano, respetuoso, igualitario para todos los pacientes, sin ninguna distinción. Es una lucha constante el silencio, la disciplina garantizando el disfrute de cada tratamiento.

Se ha logrado mejorar por la incidencia del servicio de rehabilitación la calidad de vida de los pacientes, visto desde la potencialización, la independencia lograda en la mayoría de los casos, el entrenamiento a las nuevas formas que esperan para la vida socio-laboral, o socio familiar y comunitaria lo que contribuye a la inserción o reinserción de forma útil.

Conclusiones

El potencial científico técnico con el que cuenta el servicio de medicina física y rehabilitación revertida en una adecuada recepción, difusión, extensión, transformación y aplicación de los conocimientos sobre la discapacidad, la diversidad y la familia hacen posible ver la integración, inserción y reinserción psicosocial de las personas con discapacidad visto desde el análisis estadístico realizado que refleja un complejo desarrollo de acciones en función de mejorar la salud de las personas y elevar la calidad de vida.

La rehabilitación de las personas con discapacidad requiere de un servicio médico que favorece la inclusión social que inicia su proceso en la evaluación, seguido por el diagnóstico, tratamiento aplicado por el equipo multidisciplinario unido a la familia.

El logro de la igualdad de oportunidades para todas las personas con discapacidad, sin ningún tipo de discriminación, el objetivo no es el de garantizar derechos especiales para las personas solo con base en su discapacidad, sino más bien asegurar que todos, sin importar su discapacidad o cualquier otro factor, puedan ejercer plenamente sus derechos humanos.

Recomendaciones

Continuar enriqueciendo el caudal de conocimientos de todos los integrantes del servicio de rehabilitación médicos especialistas, licenciados y los diferentes perfiles que forman el equipo multidisciplinario.

Continuar trabajando en el entrenamiento de la familia para el apoyo y continuidad del tratamiento de rehabilitación.

Referencia bibliográfica

- 1.- Bell Rodríguez, Rafael. Prevención, corrección-compensación e integración: Actualidad y perspectiva de la atención de los niños con necesidades educativas especiales en Cuba. Dirección Nacional de Educación Especial. Ministerio de Educación Cuba. Pdf Adobe Reader
- 2.- Incocr [Internet]. Chinchilla Fallas C. Discapacidad y familia. [Citado 10 Dic 2015]. Disponible en: www.incocr.org/biblioteca/0027.PDF
- 3.- Topía [Internet]. González Castañón D. Déficit, diferencia y discapacidad. Mar 2001 [citado 19 May 2015]. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/d%C3%A9ficit-diferencia-y-discapacidad>
- 4.- Asociación Argentina de Neurofibromatosis [Internet]. Buenos Aires: AANF; 2007. La familia frente a la enfermedad crónica y la discapacidad. Cuadernillo N°. 13. [Citado 18 Nov 2015]. Disponible en: www.cobaires.com.ar/download/documentos/13.pdf
- 5.- Slideshare [Internet]. Chiappello MB, Sigal D. La familia frente a la discapacidad “IV Jornadas Nacionales Universidad y Discapacidad”. 2013 [citado 9 Ene 2016]. Disponible en:

http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiswKfs5ODKAhVCFR4KHRoADp8QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fes.slideshare.net%2Fdanielasanmartincona%2Ff-amilia-frentealadis capacidad&usq=AFQjCNHz2VfxjlamYI_6PmAW5VDqLDWN5w&bvm=bv.113370389,d.dmo

6.- Massani Enríquez, Jorge F. El trabajo en equipos cooperativos: Una alternativa para la atención a la diversidad de estudiantes”.Taller de Inclusión. Universidad de Cienfuegos. Facultad de Ciencias Pedagógicas. Centro de Estudios de la Didáctica y Dirección de la Educación Superior (CEDDES) 2016

7.- Martín Cordero, Jorge Enrique. Agentes Físicos Terapéuticos. Capítulo 1 Generalidades de agentes físicos. Editorial de Ciencias Médicas. ECIMED, 2008

8.- Arteman Cremen I, Gómez AM. Terapia Ocupacional. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

Anexos

Anexo1. Tabla 1. Comportamiento estadístico en grupo de enfermedades atendidas 2017

Enfermedades	Grupos etáreos						Total
	0 a18		19 a 59		60+		
	C	%	C	%	C	%	
Tumores	0	0	917	46.3	1066	53.7	1983
Tumores de mama	0	0	7	54	6	46	13
Hipertensión arterial	0	0	76	64	43	36	119
Enfermedad cerebro vascular	0	0	379	37	643	63	1022
Obesidad	0	0	1	100	0	0	1
Diabetes Mellitus	0	0	141	55	114	45	255
Asma bronquial	0	0	83	49	85	51	168
EPOC	0	0	203	38	329	62	532

Anexo 2. Tabla 2. Comportamiento estadístico en grupo de enfermedades ortopédicas, traumatológicas y dermatológicas atendidas 2017

Enfermedades	Grupo etáreo						Total
	0 a18		19 a 59		60+		
	C	%	C	%	C	%	
Enfermedades traumáticas del SOMA	1	1	240	58	172	41	413
Enfermedades traumáticas no del SOMA	1	1	250	46	294	53	545
Fractura de cadera	0	0	42	10,5	358	89,5	400
Quemado	1	1	30	54,5	24	44,5	55
Amputado	0	0	25	29	62	71	87

Anexo 3. Tabla 3. Comportamiento estadístico en grupo de enfermedades neurológicas y otras atendidas 2017

Enfermedades	Grupo etéreo						Total
	0 a18		19 a 59		60+		
	C	%	C	%	C	%	
Parálisis cerebral	3	100	0	0	0	0	3
Ataxia	0	0	7	87,5	1	12,5	8
Esclerosis múltiple	0	0	6	50	6	50	12
Lesiones de nervios periféricos	0	0	23	50	23	50	46
Lesiones raqui-medulares	1	2	28	62	16	36	45
Otros	1	1	4279	51	4018	48	8298

Anexo 4. Tabla 4. Tratamientos realizados con agentes físicos en 2017.

Tratamientos realizados agentes físicos	Cantidad
Infrarrojo	2438
Hibamat	3002198
Láserterapia	
Magnetoterapia	6429
Corriente exitomotriz	5502
Corriente analgésica	3270
Ultrasonido	2161
Alta frecuencia	48
Terapia combinada	6
Mecanoterapia	4214
Masaje occidental	25961

Anexo 5. Tabla 5 . Tratamientos realizados de kinesioterapia en 2017

Tratamientos realizados kinesioterapia	Cantidad
Convencional	284971
Preparación psicofísica de la embarazada	4272
Métodos especiales	6846

Anexo 6. Tabla 6. Tratamientos realizados de terapia ocupacional en 2017

Terapia ocupacional	Cantidad
Actividades de la vida diaria (AVD)	26547
Coordinación	9139
Relajación	19916
Funcionales	9657

Anexo 7. Tabla 7. Otros Tratamientos brindados en 2017

Otros tratamientos	Cantidad
--------------------	----------

Defectología	8035
Logopedia y Foniatría	8483
Podología	3527
Consejería nutricional	88

REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CEREBRO VASCULAR EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA, UTILIZANDO UN ADECUADO ENTRENAMIENTO FAMILIAR.

Autora principal: Lic. Bárbara Rodríguez Guardiola.

Coautores: Dra. Nirelys Valdés Hidalgo, Dra. MSc. Yanín Fernández Rodríguez Lic. Dayamí Robaina Pérez, Lic. Alberto Pérez de Alejo, Lic. Yanier Cristo Puerto

RESUMEN

Los pacientes portadores de Síndrome Hemipléjico en su gran mayoría se convierten en pacientes crónicos, cuya evolución es lenta y necesita de gran dedicación para su tratamiento, donde se utiliza un número considerable de recursos humanos y materiales que lo hace costoso.

Nosotros con la sana explotación de recursos humanos que constituye el familiar, intentaremos abaratar el tratamiento y a su vez humanizarlo al máximo. Con este trabajo nos propusimos como objetivo general determinar el comportamiento de la rehabilitación aplicando un tratamiento precoz, integral y educativo. El universo de estudio fue de 130 pacientes atendidos en el servicio de Neurología en el 1er trimestre del 2013, tomándose como muestra 23 atendidos en un mes.

Se realizó la entrevista la encuesta y la observación para lograr los resultados propuestos. Después de aplicar las variables antes mencionadas hemos llegado a la siguiente conclusión:

Nuestro trabajo, cuya base estuvo dada por el comienzo precoz multidisciplinario y educativo del tratamiento rehabilitador, ha demostrado su positividad en este corte que presentamos al recogerse resultados como:

- Buena cooperación, comprensión y entrenamiento del familiar.
- Adecuada respuesta del paciente ante el tratamiento, tanto cuando se realiza por el licenciado como por el familiar, con una buena evolución tanto psicológica como motora.
- Egreso hospitalario precoz sin afectar la buena evolución del paciente.
- Buena respuesta del validismo.

Con este tratamiento se contribuye a la disminución de la estadía hospitalaria y con ello a los efectos desagradables de la hospitalización, teniendo esto un gran efecto económico positivo, tanto para el hospital como para el familiar.

INTRODUCCIÓN

La tendencia actual de la medicina mundial tiene dentro de sus vertientes principales la atención de urgencia con el objetivo de salvaguardar la vida y la continuidad de la atención medica encaminada a mantener y mejorar la calidad de este, el paciente que sufre un Ictus o cualquier otra patología de urgencia que afecte el SNC, siempre es tributario de este tipo de atención medica además son frecuentes en nuestros centros siendo este uno de los móviles para intentar integralizar el tratamiento rehabilitador del paciente portador de las secuelas propias de estas afecciones, donde con frecuencia encontramos el Síndrome Hemipléjico, el cual por sus características propias y propia implantación constituye un cuadro invalidante que afecta bruscamente las esferas Psicológica, Biológica y Social del ser humano.

Desde el mismo surgimiento de la humanidad la aparición de este cuadro en uno de sus miembros, no solo afectaba al individuo que lo presentaba el cual automáticamente quedaba en desventaja con relación a los demás, sino que aunque la expectativa de vida de un Hemipléjico era corta, con el desarrollo de la rehabilitación se han utilizado una amplia gama de métodos terapéuticos, intentando mejorar las capacidades y las funciones que han sido deterioradas en estos pacientes, para de esta forma mejorar su calidad de vida.

Dentro de las novedades de la atención médica se encuentra la disminución de la estadía hospitalaria encaminada a mejorar la calidad de la atención y su economización. Nuestro servicio deseoso de mantenerse en la primera línea del desarrollo científico y la atención integral del paciente, toma esta como otra motivación para investigar y realizar la adecuación y utilización de las buenas prácticas clínicas en los pacientes hemipléjicos. Siendo esto el motivo de esta investigación con el objetivo de valorar y validar esta forma de intervención terapéutica caracterizada por ser precoz, multidisciplinaria y educativa.

OBJETIVOS GENERALES

- Determinar el comportamiento de la rehabilitación en pacientes con síndromes hemipléjicos aplicando un tratamiento precoz, integral y educativo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el comportamiento de algunos parámetros en la evolución de los pacientes bajo este régimen de tratamiento.
- Mostrar resultado económico con la aplicación de esta metodología.
- Evaluación del adiestramiento familiar en este tratamiento.
- Comparar la influencia del adiestramiento familiar con los resultados obtenidos.

METODOLOGIA

Para la confección de este trabajo tomamos los pacientes con Síndrome Hemipléjico que ingresaron en el período de Enero a Marzo del 2013 en el servicio de Neurología del Hospital GAL. Se tomó un universo al azar de 23 de ellos y se les realizó una encuesta así como a sus familiares, donde se recogieron un conjunto de variables que se exponen en los anexos y se realiza un examen físico aplicándose el índice acumulado motor de Bobath modificado para estos pacientes. El mismo se le ajusto para miembros superiores e inferiores, el examen se realiza al ingreso en la unidad de Ictus y el otro al egreso, además se aplica la Escala de validismo de Katz, adjunta en los anexos, la cual se evoluciona de igual forma, luego de la realización de la encuesta y el examen físico se comienza un programa de rehabilitación acorde con las normas establecidas en las buenas prácticas clínicas para esta patología y particularizada a cada paciente según los datos físicos encontrados.

Desde el ingreso del paciente en unidad de Ictus, se inicia el adiestramiento de los familiares, en el tratamiento rehabilitador en la fase aguda de la enfermedad, con el objetivo de realizarlo, con la frecuencia indicada durante la mayor parte del día e ir preparando al familiar para el tratamiento posterior en el hogar, ajustándose un programa de fácil aprendizaje para este, que se convirtió por si en un curso de educación sanitaria a la población, con una adecuada evaluación que nos permitió conocer hasta donde este fue asimilado por las personas que lo recibieron y sus posibilidades reales para aplicarlos a sus familiares hemipléjicos. Luego cuando el

paciente pasa a la sala de Neurología, se continúa con el mismo método y tratamiento; entrenamiento al familiar-paciente agregándosele las etapas sucesivas según evolución el paciente e indicación del especialista. Al concluir la estadía en este servicio y ser valorado nuevamente por el especialista en Medicina Física y Rehabilitación se tomaron varias conductas que estuvieron en dependencia de la capacidad física del paciente en ese momento, y de las características socio-culturales del medio familiar egresándose para continuar el tratamiento en el CEA y posteriormente en la comunidad con el adecuado adiestramiento familiar-paciente, o se realizó el traslado al Servicio de Rehabilitación de su Policlínico en la Atención Primaria de Salud, donde se continuo mejorando las características física y el adiestramiento familiar-paciente dando el egreso de un periodo no mayor de 10 días en la mayoría de los casos. Desde su ingreso en la unidad de Ictus, se comienza a trabajar con gran énfasis en el desarrollo de un adecuado validismo para una pronta reinserción familiar y social de este paciente, disminuyendo en estos los efectos negativos de la hospitalización prolongada desde el punto de vista psicológico y físico entre otros aspectos.

Durante la evolución en la sala de Neurología del hospital según la necesidad, estos pacientes fueron valorados por otros especialistas como el logopeda, el psicólogo y el neurólogo entre otros llevando un adecuado tratamiento según la cuantía de la toma y se da un turno para seguimiento luego del egreso hospitalario dentro de 1 mes.

En el análisis de los resultados para la valoración de las respuestas económicas solo tomamos en cuenta el costo promedio de los pacientes con este cuadro y la analizamos con la relación a la estadía del paciente con este tratamiento y con la forma terapéutica tradicional cuya estadía fluctuados entre 6 y 8 semanas.

Para el análisis de los resultados se utilizó el método de computación y el método de significación estadística.

RESULTADOS. DISCUSION

En el corte correspondiente a este trabajo fueron evaluados 23 pacientes en su mayoría geriátricos con un predominio de sexo femenino (Anexo I y II)

En estos pacientes los antecedentes patológicos personales más significativos fueron, Hipertensión arterial, AVE anterior, Diabetes mellitus y Cardiopatías entre otros (Anexo III).

El Ictus isquémico y el Hemicuerpo izquierdo tuvieron predominio en estos eventos (Anexo IV y V).

De los 23 pacientes 15 poseían una buena capacidad motora previa (Anexo VI).

Al recibirse estos pacientes en nuestro menos de la mitad se encontraban consientes y de estos el mayor por – ciento poseía el mayor grado de desorientación (Anexo VII).

Aproximadamente la mitad de estos pacientes tuvieron toma facial (Anexo VIII).

Al analizar su evolución en el servicio de neurología de este centro con un adecuado programa de rehabilitación y entrenamiento familiar ha obtenido diferentes datos de interés. Ej. En cuanto a las alteraciones de la comunicación siete pacientes en nuestro servicio eran portadores de esto, cuatro con trastorno del lenguaje y tres con trastorno del habla, el resto de los pacientes no pudieron ser analizados por la toma de conciencia que poseían. Posteriormente con el mejoramiento del estado de conciencia se pudo precisar un número mayor de pacientes con alteraciones de la comunicación predominando la afasia (Anexo IX).

La evolución del IAM de estos pacientes se comportó como expone el (Anexo X), donde observamos que a estos pacientes que son evaluados desde la unidad de ictus mediante un test que agrupa movimientos funcionales de MS e inferiores su evolución fue progresiva al llegar a sala de neurología, considerando este proceso evaluador inicial de gran importancia tanto para una pauta adecuada de forma precoz que conlleva al resultado del posterior tratamiento rehabilitador.

Es importante aplicar estándares de validismo como refleja el (Anexo XI) desde el comienzo y previo al tratamiento rehabilitador porque este aspecto es imprescindible desarrollarlo dentro de la pauta rehabilitadora a seguir en estos casos, estas habilidades desarrolladas tempranamente van aparejadas de objetivos esenciales a lograr en la misma.

El (Anexo XII) refleja la cooperación del paciente, aquí corroboramos estudios realizados por otros autores que afirman que la misma es primordial en la evolución de estos pacientes, estando también en correspondencia con aspectos técnicos desarrollados en la terapéutica a seguir en el protocolo en estos casos.

El entrenamiento familiar es primordial en el desarrollo exitoso del tratamiento rehabilitador, eso contribuye el primer objetivo de nuestro trabajo, mediante el Anexo XIII pudimos ver que el mayor número de familiares de los pacientes encuestados fueron entrenados en el mismo, pero además este entrenamiento fue evaluado por la familia de forma positiva (Anexo XIV y XV).

CONCLUSIONES

- La comprensión y cooperación de los familiares de los pacientes con síndrome hemipléjico que fueron entrenados en el tratamiento rehabilitador de forma precoz y educativa fue adecuada.
- Los pacientes con AVE y síndrome hemipléjico tienen una buena evolución cuando el tratamiento se realiza de forma precoz, integral y con la adecuada cooperación y adecuación familiar en este sentido.
- Existió una correspondencia proporcional y positiva del acumulado motor y validismo en relación con el entrenamiento familiar.
- Con este tratamiento se contribuye a la disminución de la estadía hospitalaria y con ello a los efectos desagradables de la hospitalización prolongada, teniendo esto un gran efecto económico positivo tanto para el hospital como para el familiar.

RECOMENDACIONES

El grupo Multidisciplinario que interviene en la rehabilitación del paciente con síndrome hemipléjico, debe prestar un apoyo precoz y mantenido a estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Jonh V. Basmatiam, M. D, F. A. C. A, F. R. C. P Professor of Medicine, Mc Master University School of Medicine. And Director, Chedoke rehabilitation center, Chedoker Mc Master Hospitals, Hamilton, Canada.

James D. Harris, D. O, F. O. C. R. M, Borad Centefied, P. M. S. R. Chaiman, Departament of rehabilitative Medicine, Osteopathic Rehabilitation Medice, I. N. C. Tulsa, Oklahoma.

Jame H. Consultant in Ortopeadic Medicine S. T. Thomas Hospital, London visiting professor Ortopeadic Medicine University of Rochester Medical center, New Yrk.

Catherine Hinterbuchver, M. D Professor and Chaivman Departament of Rehabilitation Medicine Aristant. Professor of Rehabilitation Medicine Aristan. Professor of clinical rehabilitation medicine of New York University Medical Center, New York.

Herman L Kamenezt, M. D Director Professor of Medicine, Division of Rehabilitation Medicine, George Washinton University school o medicine and Health sciences Profesorial Lectural in pfical Medicine and rehabilitation, georgetown University School of medicine, formeti clienf and now consultant rehabilitation Medicine Vertenan Administration of hospital Whashington, D. C.

Jack M. Hofkosh, R. P. T. Director, physica Terapy, Institute of rehabilitation medicine assistant professor of clinical rehabilitation medicine, New York University Medical center New York.

Sidnei Licht, M. D. Formeli assistent clinical professor of medicine (physical medicine) University school of medicine New Haven, converticut.

Robert Maigne, M. D. Directive enseignement clinique a la facute Broussais hotel deieu, Paris, France.

Richard Nyber, R. P. T. B. S, M. M. E. D. S. C. Physical terapy clinical, instructor, division pf Physical. Terapy Emovy University and Instutute of Health. Scyences. Atlanta, Georgia.

Joseph B. Rogoff. M. D. Formerly professor, New York medical callege, Departament of rehabilitation medicine, Hospital, Poosevelt Island. New York.

Khalil G. Wakin. N. D. P. H. D. Professor of Phycology. Mayo foundation. Research consultan, Mayo clinic (retived), Tirre Haute, Indiana.

Anexos

Anexo # I

Distribución de los pacientes con Síndrome Hemipléjico tratados por edades.

EDADES	0– 20	21 – 40	41 – 60	61 – 90	91 ó más
Cantidad	0	0	7	16	0
%	-	-	30,4	69,6	-

Anexo # II

Distribución por sexo.

SEXO	F	M
Cantidad	15	8
%	65,2	34,8

Anexos # III

Antecedentes Patológicos.

PATOLOGIAS	H + A	Cardiopatías	AVE y ATI	DM	Otras	No
Cantidad	12	2	5	3	9	9
%	52,1	8,7	21,7	13	39,1	39,1

Anexos # IV**Clasificación Etiológica.**

Clasificación	Ictus Isquémico	Ictus Hemorrágico
Cantidad	21	2
%	91,3	8,7

Anexo # V**Localización de la Toma Motora.**

Localización	Hemicuerpo Derecho	Hemicuerpo Izquierdo
Cantidad	7	16
%	30,4	69,6

Anexo # VI**Capacidad Física y Psíquica Previa.**

CAPACIDAD MOTORA	Bueno	Regular y Malo
Cantidad	15	8
%	65,2	34,8

Anexo # VII**Estado de la concentración y la orientación al inicio.**

ASPECTOS	Consientes	Orientados	Desorientados
Cantidad	11	8	4
%	47,8	34,8	17,4

Anexo # VIII**Afectación Facial.**

TOMA FACIAL	Afectados	No Afectados
Cantidad	11	12
%	47,8	52,2

Anexo # IX**Trastornos de la comunicación.**

ALTERACIONES DE LA COMUNICACION	ICTUS 7%		NEUROLOGIA 13%	
Trast. Lenguaje	4	57,1	8	61,5
Afasia Sensorial	2	28,6	3	23,1
Afasia Motora	1	14,3	3	23,1
Afasia Mixta	1	14,3	2	15,4
Trast. Del Habla	3	42,8	5	38,5
Disaltria	3	42,8	5	38,5

Anexo # X**Examen Físico. Índice Acumulado Motor (Evolución).**

TIEMPO DE EVOLUCION	Bueno		Regular		Malo	
	ICTUS	2	8,7%	5	21,7%	16
NEUROLOGIA	11	21,7%	7	30,4%	5	47,9%

Anexo # XI**Evolución del Validismo.**

VALIDISMO TIEMPO DE EVOLUCION	Dependientes		Semi-dependientes		Independientes	
	ICTUS	23	100%	-	-	-
Egreso	5	21,7%	4	17,395	14	60,8%

Anexo # XII**Cooperación del Paciente.**

COOPERACION DEL PACIENTE	ICTUS		NEURLOGIA	
	Bueno	4	17,39%	9
Regular	2	8,7%	5	21,7%
Malo	17	73,9%	9	39,1%
%		100%		100%

Anexo XIII**Entrenamiento Familiar.**

ENTRENAMIENTO FAMILIAR	SÍ	NO
Cantidad	21	2
%	91,3	8,7

Anexo # XIV**Comprensión Adecuada.**

Comprensión Adecuada	SÍ	NO
Cantidad	21	2
%	91,3	8,7

Anexo # XV**Evaluación al Familiar.**

Evaluación Familiar	BUENO	REGULAR	MALO
Cantidad	20	3	0
%	86,9	13,1	-

REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN UN PACIENTE BRUXÓPATA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

PROSTHETIC REHABILITATION IN A BRUXOPATH PATIENT. PRESENTATION OF A CASE.

Lisamary López Ortega ¹, Arlette Fernández Valero ², Dianamarys Valladares Urquiza ³, Lilliam Morales Rosell ⁴

¹ E-mail:sahilyom661017@jagua.cfg.sld.cu , Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrado”, Cuba, estudiante de 4to año Estomatología.

² E-mail:estafv960616@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrado”, Cuba, estudiante de 4to año Estomatología.

³ E-mai: dvu961229@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrado”, Cuba, estudiante de 4to año Estomatología.

⁴E-mail: limoro@nauta.cu, Policlínico “José Luis Chaviano”, Área I, Cuba, Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Salud Bucal Comunitaria.

RESUMEN.

Introducción: El Bruxismo es uno de los trastornos orofaciales más complejos, de difícil tratamiento y pronóstico reservado, que se caracteriza por signos y síntomas dentarios, musculares y articulares de origen multifactorial y de alta incidencia que deben ser tratados con un enfoque multidisciplinario. **Objetivo:** Explicar una opción terapéutica efectiva en un paciente bruxópata. **Datos principales del caso:** Paciente de 55 años de edad, raza blanca, sexo masculino, con antecedentes de salud aparente, refiere realizar un rechinar dentario nocturno desde hace más menos 20 años. A la inspección se observa desdentamiento parcial superior e inferior, brechas desdentadas maxilares cortas, poco reabsorbidas, regulares y de grosor medio. En la mandíbula son largas, grandemente reabsorbidas, regulares y finas, marcada abrasión y atrición de los dientes remanentes. Ambas articulaciones temporomandibulares presentaron chasquidos a la palpación y los músculos maseteros se mostraron con hipertonicidad. Se detecta, además, pérdida de la dimensión vertical oclusiva. Se diagnostica como Bruxismo excéntrico nocturno y para ello se confeccionó una prótesis parcial removible metálica con onlays. **Conclusiones:** La pérdida de la dimensión vertical oclusiva se puede restituir por medio de prótesis parcial fija o removible o se tratan con aparatos de ortopedia funcional. La prótesis parcial metálica con onlays permitió controlar el hábito parafuncional, devolver la funcionabilidad y la integridad de los dientes remanentes, restaurando la dimensión vertical oclusiva y el contorno facial.

Palabras claves: BRUXISMO, ABRASIÓN, ATRICIÓN, PRÓTESIS.

ABSTRACT

Introduction: Bruxism is one of the most complex orofacial disorders, of difficult treatment and reserved prognosis, characterized by dental, muscular and joint signs and symptoms of multifactorial origin and high incidence that must be treated with a multidisciplinary approach. **Objective:** To explain an effective therapeutic option in a bruxópata patient. **Main data of the case:** Patient of 55 years of age, white race, masculine sex, with antecedents of apparent health, refers to carry out a nocturnal dental grinding for more less than 20 years. Inspection shows superior and inferior partial tooth detachment, edentulous short maxillary gaps, little reabsorbed, regular and of medium thickness. In the jaw they are long, greatly reabsorbed, regular and fine, marked abrasion and attrition of the remaining teeth. Both temporomandibular joints had clicks on palpation and the masseter muscles showed hypertonicity. In addition, loss of the vertical occlusive dimension is detected. It is diagnosed as nocturnal eccentric bruxism and for this a partial removable metal prosthesis with onlays was made. **Conclusions:** The loss of the vertical occlusive dimension can be restored by means of a fixed or removable partial prosthesis or treated with functional orthopedic appliances. The metallic partial prosthesis with onlays allowed controlling the parafunctional habit, returning the functionality and integrity of the remaining teeth, restoring the vertical occlusive dimension and the facial contour.

Key words: BRUXISM, ABRASION, ATTRITION, PROSTHESIS.

INTRODUCCIÓN.

El bruxismo ha sido definido de múltiples formas por diferentes autores, parece muy acertado el criterio de Grinspon, quien lo definió como: La hipertonicidad no fisiológica de la musculatura masticatoria que se traduce clínicamente por el contacto oclusal repetido, constante e intermitente, que se manifiesta por apretamiento, rechinar o golpeteo dentario. Es un hábito masticatorio destructivo que genera abrasiones mayores al desgaste normal dentario. Sus repercusiones clínicas pueden afectar estructuras de soporte dentario, la musculatura cervicocraneal y la articulación temporomandibular (ATM).¹

A través de la historia de la humanidad, se ha hecho referencia a dicho acto, el cual se ha incrementado con el correr del tiempo debido a los diferentes estímulos a los cuales el hombre es sometido durante su desarrollo psicosocial. Tal vez la primera referencia se encuentra en los textos del Antiguo Testamento cuando se habla del crujir y rechinar de dientes en relación con los castigos eternos.²

Sin embargo, fue hasta 1902 cuando uno de los pioneros en Gnatología, Karoly por primera vez menciona que los seres humanos en algún período de la vida ejercen fuerzas anormales en su sistema masticatorio. Desde estas primeras publicaciones se ha investigado el hábito del bruxismo en humanos. El término "Bruxomanie" aparece por primera vez en 1907, derivado del francés y es sugerido por Marie y Pietkiewicz. Desde entonces se han utilizado variedad de terminología para designar el rechinar o golpeteo dentario no funcional como: "Hábitos Oclusales Neuróticos" propuesto en 1928 por Thishler.²

Tradicionalmente, el bruxismo ha sido conceptualizado como una parafunción manifestada por apretamiento o bruxismo céntrico, o por rechinar o bruxismo excéntrico, otorgándole a la desarmonía en la posición dental la razón causal. Actualmente la parafunción se concibe como una disfunción neuromuscular, subdividida en consciente (bruxismo diurno o en vigilia) e inconsciente (bruxismo nocturno o del sueño). Al bruxismo diurno se le asocia con estímulos externos psicosociales y ambientales, mientras que al nocturno con una disfunción central neuromotora.³

En la actualidad, los clínicos han ampliado la búsqueda de factores causales del bruxismo, extendiéndose hacia áreas como la psicosocial, relacionándolo con ansiedad, depresión y otros estados psicológicos, así como con condiciones psicopatológicas como pudieran ser el abuso de alcohol y tabaco, medicamentos y drogas.^{4,5}

A escala mundial es un problema médico que afecta del 15 al 23 % de la población adulta, aunque otros autores aseguran que el 80 % de la población en general tiene al menos un signo clínico de parafunción. En Cuba, representa un problema de salud por su alta prevalencia y repercusión en el bienestar físico y psicológico del organismo.⁶

Estudios realizados en nuestro país, refieren que la edad más crítica para esta enfermedad, es la comprendida entre los 7 y 10 años de edad, correspondiendo con el período de dentición mixta, y que tiende a disminuir a medida que aumenta la edad, después que erupcionan los molares e incisivos permanentes, donde se establecen patrones de oclusión más estables y armónicos.⁷

De la Torre Rodríguez *et al* describe una prevalencia del 79 % en la Ciudad de la Habana y Silva Contreras del 75 % en la población pesquisada en el municipio Consolación del Sur, en Pinar del Río.⁶

Teniendo en cuenta las múltiples consecuencias clínicas que ocasiona el bruxismo, se le considera uno de los trastornos orofaciales más complejos, de difícil tratamiento y pronóstico reservado que deben ser tratados con un enfoque multidisciplinario. Atendiendo a ello el presente trabajo contempla como objetivo explicar una opción terapéutica efectiva en un paciente bruxópata, de manera que quede a disposición del estudiante de las ciencias médicas, y de todo profesional interesado, contribuyendo a la vinculación básico-clínica del estudiante de Estomatología y a la formación integral del profesional de la salud.

DESARROLLO.

Caso clínico:

1- Paciente EGP, masculino, de raza blanca, de 55 años de edad con antecedentes de salud aparente, refiere realizar un rechinar dentario nocturno desde hace más o menos 20 años y haber perdido los dientes por caries dental, señalando estar sometido a situaciones estresantes con frecuencia por su responsabilidad en el ámbito laboral, el mismo no tiene experiencia anterior de prótesis y acude al servicio del Policlínico "José Luis Chaviano", Área I de Cienfuegos preocupado por detener la pérdida de tejido dentario ocasionada por

el hábito del bruxismo y recuperar su función masticatoria. Refiere una historia previa de tratamientos medicamentosos para combatir síntomas propios de fases agudas de la enfermedad indicados en la consulta multidisciplinaria para tratar este síndrome.

2- El examen clínico extraoral incluyó la exploración de la musculatura masticatoria y del cuello, así como de la articulación temporomandibular. Aunque no se evidenció aumento de la sensibilidad muscular, ni dolor a la palpación, ni durante la actividad funcional, los músculos maseteros se mostraron con hipertonicidad. La dimensión vertical oclusiva (DVO) fue de 46 mm y la dimensión vertical en reposo (DVR) fue de 53mm, lo que indicaba la presencia de un espacio libre de 7mm. Ambas articulaciones temporomandibulares presentaron chasquidos a la palpación. A los rayos x se observó un reforzamiento del trabeculado óseo y engrosamiento del espacio periodontal. Las raíces eran gruesas y tenían un largo que sugería ser proporcionalmente mayor al de las coronas cuando estas estaban intactas. Aunque los dientes remanentes no presentaron movilidad ni migraciones, existió una gran pérdida de la estructura dentaria en algunos de ellos, que junto a la hipertrofia maseterina y el reforzamiento óseo, sugerían una hiperactividad muscular asociada con un bruxismo nocturno.

3- Al examen clínico intraoral observamos arco dentario superior e inferior de forma ovoide, dientes remanentes superiores e inferiores de tonalidad blanco-amarillenta, con marcada abrasión y atrición como consecuencia del bruxismo y obturaciones funcionales. Brechas desdentadas maxilares cortas, poco reabsorbidas, regulares y de grosor medio. En la mandíbula son largas, grandemente reabsorbidas, regulares y finas. Inserciones frénicas y musculares de localización intermedia en ambos maxilares, bóveda palatina ovoidea, de profundidad media, glándulas salivales sublinguales hipertrofiadas que cabalgan sobre la cima de las brechas desdentadas, lengua de gran tamaño y móvil, labios largos y gruesos, mucosa húmeda y normocoloreada, carrillos hipertónicos, saliva abundante y fluida, no se observó movilidad en los dientes presentes y al relacionar ambas arcadas se observó aumento del espacio libre interoclusal (**Figura 1, 2**).

4- Se realizó un profundo estudio del caso apoyándonos en la anamnesis, los modelos de estudio, los exámenes clínicos y radiográficos, llegando de esta forma al diagnóstico de Bruxismo Excéntrico Nocturno.

5- Se decidió la confección de una prótesis parcial removible metálica siguiendo los procedimientos habituales para la confección de dicha prótesis. Se tomaron impresiones primarias con alginato y cubetas comerciales individualizadas, luego se realizó en el laboratorio el vaciado de las impresiones con yeso París a partir del cual se obtuvieron modelos de estudio (**Figura 3, 4**) sobre los cuales se confeccionaron cubetas individuales de acrílico para la toma de impresión definitiva. Se montaron en un analizador para poder realizar el diseño y planeamiento de la prótesis (**Figura 5**).

Para devolverle al paciente la dimensión vertical oclusiva (DVO) perdida se decidió colocar apoyos extensivos u onlays, que no son más que suplementos oclusales que se ubican en las caras oclusales o bordes incisales para que los dientes lleguen a la oclusión restituyendo la dimensión vertical y el plano oclusal.

6- Se realizó las preparaciones biostáticas de los dientes remanentes que consistieron en poner los dientes en plano (paralelizar), hacer planos guías y descansos oclusales que son pequeños desgastes que se prepararon en los rebordes marginales proximales o bordes incisales de los dientes posteriores y anteriores respectivamente. El piso del descanso se preparó cóncavo en toda su extensión y con una dirección inclinada hacia el centro del diente, el desgaste fue mínimo y fue tallado a nivel del esmalte dentario evitándose preparaciones profundas o con retención. Con la preparación de dichos descansos se logró que la prótesis no se instruyese en los tejidos de la cavidad bucal y que el apoyo tuviese el grosor suficiente y de esa manera se evitó interferencias en la oclusión o fracturas del mismo.

7- Luego de realizar las preparaciones biostáticas se tomaron impresiones definitivas con alginato y cubetas individuales de acrílico, corridas en el laboratorio con yeso Piedra, a partir del cual se obtienen modelos de trabajo los cuales fueron duplicados (**Figura 6**).

8- Se realizó la prueba de la estructura metálica (**Figura 7**) verificando que la misma asentara bien sobre los tejidos y dientes.

La estructura metálica vaciada que llega para ser probada debe estar colocada sobre el modelo testigo (duplicado del modelo definitivo), donde ya se han efectuado los retoques requeridos para su correcto asentamiento en dicho modelo. Esto destaca la importancia de la duplicación del modelo definitivo, ya que se pudiera deteriorar en algunas maniobras y crear situaciones difíciles.

Ya con la estructura correctamente colocada en el modelo, se retira para realizar la prueba en la arcada dentaria del paciente y se observó en ese momento la vía de remoción del modelo y la vía de inserción en la boca del paciente, la cual es inversa a la primera. Se tuvo en cuenta además lo siguiente:

- ✓ La adaptación y ajuste de todas sus partes una vez colocada.
- ✓ La retención.
- ✓ La estabilidad.
- ✓ Las interferencias.
- ✓ Función de todos los elementos.

Toda la estructura metálica llegó a su posición, siguiendo el eje de inserción establecido con esfuerzo limitado, y su definitiva colocación estuvo dada por los apoyos oclusales, los cuales se alojaron en sus correspondientes descansos. El brazo retentivo de los retenedores directos el cual impedirá el desalojo de la prótesis en sentido vertical fue colocado de forma tal que no ejerciese tensión alguna ni permitiese ser removido con la lengua u otro órgano vecino. Se observó la relación de adaptación de las barras o placas con la mucosa bucal de manera

que se logró un contacto íntimo en el maxilar superior y una ligera separación entre la cara interna de la barra y la mucosa en la mandíbula. Se comprobó la estabilidad haciendo presión de un lado de la superficie oclusal; después en el otro y por último los dos a la vez, de manera que no existió desequilibrio alguno. En cuanto a las interferencias se probó primero una estructura y después la otra eliminando las mismas, después colocamos las dos y las analizamos hasta que se logró el correcto asentamiento sin interferencias, tanto en la posición de oclusión céntrica como en la excursiones de lateralidad o movimientos propulsivos, utilizando para identificarlas papel articulador y se rebajaron los apoyos oclusales hasta lograr el cierre fisiológico. Una vez lograda la prueba de la estructuras se procedió al pulido de las partes rebajadas y se colocaron en el modelo duplicado.

9- Se realizó en consulta la relación cráneo mandibular (**Figura 8**) donde se logró restituir la dimensión vertical oclusiva perdida por el bruxismo.

Se determinó la dimensión vertical en reposo (53mm), para a partir de la misma definir la dimensión vertical oclusiva (50mm).

Se reblandecieron los rollos de oclusión, y se colocaron nuevamente en su posición. Se indicó al paciente que ocluyera a la altura determinada previamente en relación céntrica, hasta que se fijasen en esa posición.

Se retiraron de la boca y se colocaron sobre los modelos para realizar el montaje en el articulador.

10- Una vez fijada la relación cráneo mandibular en el articulador Free Plane, se realizó el montaje y la prueba de dientes en cera donde se comprobó las condiciones estéticas, oclusoarticulares y fonéticas de la futura prótesis.

11- Finalmente se cocinó la prótesis parcial removible metálica superior e inferior y se procedió a la instalación dándole indicaciones de uso, cuidado e higiene al paciente y se orientó turno de control para realizar los ajustes pertinentes en próximas consultas (**Figura 9**).

Discusión del caso clínico:

El bruxismo es una afección que tiende a la cronicidad, que produce facetas de desgaste dentario que dan al traste con la oclusión, creándose patrones parafuncionales que requieren de tratamientos ferulizantes y otras técnicas para poder controlar el hábito. Entre las opciones terapéuticas para este tipo de pacientes tenemos tratamientos rehabilitadores, por medio de prótesis parcial fijas de coronas u otros medios de este tipo o por prótesis parcial removible o se tratan con aparatos de ortopedia funcional, si la condición individual lo permite.

En nuestro servicio nos hemos visto limitados de aplicar las técnicas ideales requeridas y, ante esta problemática concebimos la posibilidad de rehabilitación a través de una prótesis parcial removible metálica con onlays. Dicha prótesis constituye el método más sencillo y rápido para solucionar la problemática del

paciente, la misma permitió controlar el hábito parafuncional y lograr la rehabilitación en un mismo tratamiento. Además, se logró devolver la funcionabilidad y la integridad de los dientes remanentes, restaurando la dimensión vertical oclusiva y el contorno facial. Una de las mayores desventajas que ofreció este tipo de prótesis parciales fue la necesidad de emplear apoyos extensivos u onlays y ganchos como elementos de retención. Generalmente, estos ganchos son visibles y, a pesar del cuidado con que se diseñan, resultan antiestéticos. Además si el diseño del gancho no está correctamente concebido, los dientes pilares correrán el riesgo de caries dental.

En el caso presentado se demuestra lo confirmado por muchos autores, que plantean que las prótesis removibles que utilizan medios de conexión, donde se quiebran las fuerzas que son transmitidas con mayor intensidad a los dientes pilares, los protegen, ya que amortiguan las diferencias de resiliencia entre los tejidos donde van a incidir las fuerzas provocadas por los aparatos protésicos en sus funciones y, por tanto, son eficaces para resolver los problemas de retención, soporte y estabilidad en los pacientes desdentados parciales, acción no lograda por técnicas convencionales de mayor uso.⁸

En este caso la posibilidad de prótesis fija no es posible, debido a la edad del paciente (55 años), la presencia de bruxismo, dientes remanentes con obturaciones metálicas y brechas no rehabilitadas por prótesis en el sector posterior.

Es muy importante la instrucción y motivación del paciente y sus familiares en lo que se refiere a hábitos higiénicos y al riguroso programa de revisiones periódicas. Cualquier variante de tratamiento que se utilice tendrá como objetivo final restablecer la función (masticación y fonación) y la estética, además de mantener y preservar las estructuras dentarias en un correcto estado de salud, posibilitando una vida lo más normal posible al paciente, sin lesionar su autoestima y su desarrollo psicológico, lográndose con esta opción terapéutica efectiva mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES.

En los pacientes bruxópatas aunque hay una posición de oclusión segura, hay pérdida de la dimensión vertical oclusiva, y existe una diferencia en el espacio interoclusal de varios milímetros. Se pueden adoptar dos tipos de procedimientos para restituir la dimensión vertical oclusiva en el paciente bruxópata como son: por medio de prótesis parcial fijas de coronas u otros medios de este tipo o por prótesis parcial removible o se tratan con aparatos de ortopedia funcional, si la condición individual lo permite. La prótesis parcial metálica con onlays permitió en este caso, controlar el hábito parafuncional y lograr la rehabilitación en un mismo tratamiento. Se logró además, devolver la funcionabilidad y la integridad de los dientes remanentes, restaurando la dimensión vertical oclusiva y el contorno facial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Guerrero Ricardo I, Cutiño García M, González Arévalo E, Moreno Pupo J. El bruxismo y sus características como padecimiento del sistema estomatognático. CCM [revista en Internet]. 2013 [citado 23 de marzo de 2018]; 17 (1): [aprox. 6p]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1237/278>.
2. Acevedo Álvarez EV, Alvarado Sánchez WL, Rivas Orellana JJ. Bruxismo: Investigación Documental. Universidad de El Salvador [Internet]. 2004 [citado 23 de marzo de 2018]; [aprox. 119 p.]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/7978/1/17100235.pdf>
3. González Soto EM, Midobuche Pozos EO, Castellanos JL. Bruxismo y desgaste dental. Revista ADM [Internet]. 2015 [citado 23 de marzo de 2018]; 72(2):[aprox. 1-7 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57878>
4. Guevara Gómez SA, Ongay Sánchez E, Castellanos JL. Avances y limitaciones en el tratamiento del paciente con bruxismo. Revista ADM [Internet]. 2015 [citado 23 de marzo de 2018]; 72(2):[aprox. 106-114 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od152i.pdf>
5. Alcolea Rodríguez JO, Herrero Escobar P, Ramón Jorge M, Labrada Sol ET, Pérez Téllez M, Garcés Llauger D. Asociación del bruxismo con factores biosociales. CCM [revista en Internet]. 2014 [citado 15 de Marzo de 2018] ; 18 (2): [aprox. 14p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000200003&script=sci_arttext
6. Pieri-Silva K, Mora-Pérez C, Álvarez-Rosa I, González-Arocha B, García Alpízar B, Morales-Rosell L. Resultados de tratamiento estomatológico en niños con bruxismo. Medisur [revista en Internet]. 2015 [citado 15 de marzo de 2018]; 13(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2933>
7. Hernández Reyes B; Díaz Gómez SM; Hidalgo Hidalgo S; López Lamezón S; García Vitar L; Noy JE. Factores de riesgo de bruxismo en pacientes adultos. Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2017 [citado 23 de marzo de 2018]; 21(3):[aprox. 1-5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000300002
8. García Alguacil CM, de la Paz Suárez T . Sobredentadura metálica en paciente bruxópata. Revista Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas [Internet]. 2014 [citado 15 de Marzo de 2018]; 39(11): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/139/245>

ANEXOS.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9

RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DEFORMANTES DE LA OCLUSIÓN DENTARIA Y LOS DESÓRDENES EMOCIONALES.

AUTOR: Perla Margarita Pacheco Morffi. E-mail: estpmpm960310@ucm.cgf.sld.cu.
Estudiante de segundo año de la carrera de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

RESUMEN

El desarrollo de la personalidad conlleva un aumento progresivo -a la par de la edad- de las exigencias sociales y de la necesidad del control emocional; las deficiencias de este último aspecto provocan la aparición de "válvulas de escape" diversas para suplir deficiencias en este campo. Describir la relación de algunas de ellas: los hábitos bucales deformantes y los desórdenes en el plano emocional y psicológico, fue el objetivo de la presente revisión, contándose un total de 38 referencias. Se obtuvo como resultado que los hábitos en los cuales influían con mayor fuerza los desórdenes referidos fueron los citados: hábitos de interposición, succión digital, respiración bucal, los hábitos posturales y el bruxismo. Se concluyó que la comprensión de la relación en estudio en sus aspectos generales específicos, permite al odontólogo actuar preventivamente en la Atención Primaria de Salud para disminuir la incidencia y prevalencia de las maloclusiones.

Palabras clave: Hábitos bucales deformantes, Desórdenes emocionales y psicológicos.

INTRODUCCIÓN

El proceso de control de los estados emocionales comienza desde épocas muy tempranas de la vida, y es influido por la familia, la escuela y la sociedad. Dichos estados se relacionan, fundamentalmente, con las necesidades biológicas y son sumamente complejos, dependientes en gran medida del equilibrio de la vida social y psíquica del individuo. [1]

Un incorrecto manejo de los mismos puede afectar la salud física y mental, por lo que se hacen imprescindibles herramientas psicológicas que se forman paulatinamente con la personalidad. La niñez y la adolescencia señalan las pautas de este proceso, que se hace más difícil en la medida que el contexto social se torna desfavorable. [1-5]

Todo esto condiciona la aparición de "válvulas de escape", cuando la regulación de la actividad emocional no se encuentra lo suficientemente desarrollada y aparecen distintos tipos de desórdenes o desequilibrios ya sea en el plano emocional, psicológico o conductual, los cuales se interrelacionan estrechamente. [1, 2]

Los hábitos como formas de actividad pueden ser una de estas válvulas, para calmar una determinada necesidad emocional. [6]

Estos se definen como acciones y movimientos que responden a un fin determinado, ya sea proporcionar placer o sentimientos de seguridad y estabilidad, entre otros. Estos actos son la automatización parcial de la ejecución y regulación de los movimientos dirigidos a un fin, y tienen un componente motor, sensorial y central. [1]

Dentro de esta categoría, se emplazan los hábitos deformantes de la oclusión dentaria, que son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden por actos de repetición frecuente, de forma voluntaria, consciente o instintiva en sus inicios y que al fijarse por el entrenamiento llegan a convertirse en inconscientes. [7-13]

De manera general, estos hábitos producen interferencias, actuando como obstáculos en el proceso de crecimiento y desarrollo de las estructuras del aparato estomatognático (los componentes dentario, muscular y esquelético) y a consecuencia de ello, pueden ocasionar anomalías en la morfofisiología bucal. A su vez, estos hábitos al producir afectaciones a las

posiciones dentarias óptimamente funcionales (oclusión), se consideran como uno de los factores etiológicos más comunes de las maloclusiones desde el siglo XIX. En fin, la presencia de los mismos suele considerarse como un factor de riesgo que confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad a desarrollar maloclusiones en dependencia de la duración, intensidad y frecuencia de su práctica, pudiendo ser considerados incluso como fenómenos de naturaleza física, biológica y psicosocial. [1, 6, 8, 10, 11, 12, 14-19]

Las maloclusiones constituyen una de las principales afecciones de la cavidad bucal ocupando el tercer lugar en escala de problemas de salud según la OMS. Se ha clasificado a las maloclusiones como estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla, el equilibrio físico y psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de comportarse socialmente, tornándose una persona tímida, retraída y hasta agresiva si su estética no coincide con los patrones imperantes o socialmente aceptados. [1, 5, 10, 12, 15, 20-22]

Por todos estos elementos podemos suponer entonces que los desórdenes emocionales tienen amplia relación con los hábitos bucales deformantes, tanto en la aparición como en la permanencia de estos; y a su vez, la práctica estos mismos hábitos y la aparición de maloclusiones trae aparejada la afectación psicológica del individuo. [6]

En 1915 Ceroy introdujo las consideraciones psicológicas y biológicas de los hábitos y sus orígenes. [23] Actualmente a nivel mundial se ha registrado una gran variedad de estudios que demuestran que la causa de maloclusión más importante, la constituyen los hábitos orales de larga duración. [15]

Los hábitos bucales deformantes tienen un alto grado de prevalencia en niños, en dependencia de la edad y del tipo de hábito. Según el estudio de Pipa, no se muestra diferencia significativa entre ambos sexos. [11] De manera general, en edades entre 2-4 años el chupete está más extendido, mientras que en los niños mayores de 4 años lo está la respiración oral. [10]

Según Pipa, Bishara concluye en su estudio que a finales del primer año de vida el 40% de los niños/as usan chupete y el 31% presentan el hábito de la succión digital. A los cuatro años ya se invierten las cifras. [11]

La edad de mayor prevalencia, según estudios referenciados por Morales, oscila entre los 7 u 8 años. [9]

Algunos autores afirman que en la provincia de Cienfuegos los resultados son similares a los recogidos de forma general a nivel de país en cuanto a predominio de los hábitos deformantes bucales. [10, 21]

Según un estudio realizado hace 10 años atrás en la provincia, Acevedo plantea encontrar un elevado porcentaje de niños portadores de hábitos deformantes con anomalías de la oclusión bajo predominio del sexo femenino. [24]

Posteriormente, en el estudio de Díaz realizado en el 2015, se encontró que el 64,8 % de los pacientes con maloclusión eran portadores de hábitos deformantes, coincidiendo según su opinión con estudios de prevalencia realizados dentro y fuera de Cuba. [15]

Los hábitos bucales deformantes son considerados como factores de riesgo locales de la mordida abierta anterior según Morales en su tesis en Ecuador, lo que concuerda con numerosos autores cienfuegueros citados por Veliz, como son Rodríguez, Artese, Álvarez y Barrios. [9, 10]

El estudio de Hernández en la provincia de Pinar del Río, en el período de 2011 a 2013; arrojó ese mismo resultado [16], lo cual coincide con investigaciones realizadas por González en la misma provincia. [11]

¿Existe relación entre los hábitos bucales deformantes y los desórdenes en el plano emocional y psicológico?

No se constatan en la bibliografía consultada estudios o revisiones referidas a la relación existente entre los hábitos bucales deformantes y los desórdenes en estos planos, aunque en la mayoría de los estudios se señalen aspectos relativos al tema.

Con el fin de brindar un aporte práctico y de llenar un vacío en relación al conocimiento de este tema, se propone como objetivo de la presente revisión bibliográfica describir la relación establecida entre los hábitos bucales deformantes y los desórdenes en el plano emocional y psicológico.

La identificación de dichos hábitos y de su componente psicosomático y emocional de grado variable, a través de las características individuales, permite la actuación preventiva del profesional en la Atención Primaria de Salud para disminuir la incidencia y prevalencia de las maloclusiones y poder brindar una adecuada atención al paciente.

DESARROLLO

1. Características generales de los hábitos bucales deformantes relacionados con desórdenes emocionales y psicológicos

Causa: Los hábitos deformantes presentan una etiología multifactorial. Los que persisten en el tiempo o se presentan en etapas tardías del desarrollo, se deben con mayor probabilidad a problemas psíquicos o frustraciones como estrés, aburrimiento, falta de atención, ansiedad, fatiga, conflictos emocionales (celos, inseguridad, estrés), cansancio y problemas en el entorno con familiares o amigos, con lo que se evidencia un fuerte componente psicológico y neurológico. [9, 10, 11, 26, 27]

Muchos niños frente a las perturbaciones emocionales toman el hábito como medio de liberación de tensiones y llegan a convertirse en una clara defensa contra los sentimientos de inseguridad, falta de amor y angustias. Según Moyers, [28] todos los hábitos de presión anormal deben ser estudiado por sus repercusiones psicológicas, debido a su posible relación con deseos de llamar la atención o hambre.

Clasificación: Los hábitos bucales deformantes pueden clasificarse de diversas formas. Son instintivos ya que en su comienzo la mayoría son funcionales pero pueden volverse perjudiciales, si se realizan de forma persistente. Son placenteros gracias a que brindan una sensación agradable y de bienestar. Además, son imitativos debido a que también se pueden aprender al observar las actitudes de una persona como gestos, muecas, formas de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares fundamentalmente. [9, 10] En el estudio de Herrero, son citados como factores ambientales. [21]

Según su función, muchos de estos hábitos en sus inicios son clasificados como fisiológicos, beneficiosos o funcionales, debido a que cumplen con una función determinada, en un rango de tiempo que puede o no estar establecido, según las características con las que nacemos. Su práctica normal realizada correctamente beneficia al individuo. Con el tiempo, se pueden tornar no fisiológicos, perjudiciales o deletéreos, o su acción les condiciona en esta categoría desde los inicios de su práctica debido a que ejercen fuerzas perniciosas sobre los tejidos blandos y los arcos dentarios en la cavidad bucal. [6, 13, 26]

Según la frecuencia e intensidad, si se presentan ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia, se les clasifica como hábitos no compulsivos y ya cuando el niño ha hecho una fijación morbosa con los mismos, al extremo que acude a su

práctica, ante alguna situación de amenaza o inseguridad, entonces se les considera como hábitos compulsivos. [18]

Género: Según datos referenciados por numerosos estudios incluyendo realizados en Cienfuegos, se evidencia que en la práctica de estos hábitos, los mayores porcentajes corresponden a las féminas. Hay autores que plantean que se debe a que estas tratan de llamar más la atención, afirmando además que por ser las niñas el sexo más delicado, ellas son más tranquilas y aprenden juegos pasivos. [6, 8-10, 12, 16, 24]

Morales refiere que Páez afirma en cuanto a lo observado en el sexo femenino, la posible asociación a la sobreprotección que ejercen los padres sobre las niñas, que en vez de corregirles los malos hábitos, los estimulan o elogian, pudiendo incluso parecer como un acto agradable y tierno ante sus ojos. [9]

En relación a este resultado, Montiel [27] tiene un planteamiento diferente. Él afirma que la vida moderna está sometida a un alto grado de estrés, donde el desarrollo de las enfermedades relacionadas con emociones y tensiones es muy común, por lo que su estudio le permitió comprobar que los hábitos afectaron más al sexo femenino gracias a las diferentes educaciones sexistas que se imponen como norma y necesidad, de manera que a las mujeres se les somete a más indicadores de presión y supresión psicosocial, pudiendo aumentar el grado de desequilibrio emocional de las mismas. En otro estudio, realizado por León Caballero [29], se aprecia el mismo resultado en cuanto al sexo femenino.

2. Características específicas de hábitos bucales deformantes relacionados con desórdenes emocionales y psicológicos

2.1. Hábitos de interposición

2.1.1. De objetos y onicofagia: [12]

Causa: Los niños con alta tensión nerviosa adquieren a menudo este hábito, y es frecuente que ocurra en ellos un desajuste social psicológico que tiene mayor importancia clínica que el hábito en sí mismo, constituyendo este un síntoma del verdadero problema. Al volverse un hábito compulsivo e incontrolado puede ser visto como una muestra de inmadurez emocional. [28, 29]

Características: En el niño pequeño es normal explorar el ambiente en el que se encuentra a través de la introducción de objetos variados en su boca, analizando todas sus características a través de los órganos de los sentidos. Algunos autores plantean que como hábitos deformantes propiamente dichos, aparecen con la instalación de la oclusión temporaria, después de la lactancia. [18, 28]

Avanzando en el tiempo, esta situación puede devenir perjudicial, ya que no cumple función, y puede ser continuidad del hábito de succión apreciado en edades tempranas, o sea, la succión se mantiene incluso en etapa adulta bajo una forma diferente, ya sea al colocar algo en la boca por satisfacción como un lápiz, chicle, o morderse las uñas. [9]

Tratamiento: Se utilizan terapias diversas entre las que se encuentran las referidas a la modificación de la conducta, psicoterapia, sugestión e hipnosis. [7]

2.1.2 Lingual [12]

Causa: Las personas asociadas a este hábito por lo general son nerviosas, tensas, con desajuste social y psicológico, siendo esto de mayor importancia clínica que el hábito que sólo es un síntoma en su problema básico. [10]

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual, entre ellas se cita que la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con un componente emocional y dificultad en la adaptación. [30]

2.2. Hábito de succión digital

Causa: La succión digital inicialmente es causada por disminución o discontinuidad de la leche materna hacia el infante, lo que provoca que este al ver la forma del pezón materno reflejada en el dedo por su consistencia, olor y sabor se succione por satisfacción [10]. Si se presenta tardíamente y persiste en el tiempo, se debe con mayor probabilidad a frustraciones o problemas mantenidos de corte psicológico como son: estrés, aburrimiento, ansiedad, cansancio, sueño, retraimiento, miedo o inseguridad ante un ambiente desconocido, necesidad de consuelo o protección por regaños u otros motivos y problemas en el entorno con familiares o amigos, entre otros. [9, 11]. Según Veliz [10], ese último aspecto relacionado con la disfunción familiar constituye un factor importante en la etiología y persistencia de este hábito. Muchos niños presentan dificultad para dormir y necesitan del chupeteo de los dedos o de acariciar un juguete de tela suave para poder hacerlo [28].

Este hábito desaparece en niños normales de forma rápida. Pero cuando persiste incluso en la etapa escolar lo hace gracias a la falta de seguridad y afecto, siendo más difícil la anulación del mismo, por el mantenimiento continuo de estos estados emocionales. [9]

Existen diversas teorías que tratan de explicar su etiología. La primera de estas le relaciona con el deseo de alimentarse, en las primeras semanas de vida, típicamente relacionado con problemas de lactancia e insatisfacción alimentaria. La segunda, le explica desde la tensión o los conflictos emocionales insuperables, la inseguridad, falta de atención y calor materno, celos y deseos de llamar la atención, de los cuales trata de liberarse o escapar, siendo expresión de un patrón de conducta infantil. La tercera la relaciona con la erotogénesis de la boca, organización pregenital y actividad sexual en primera semana de vida según Freud. Se plantea además por la prolongación de lactancia sin restricción ya que el impulso oral es reforzado, coincidiendo esta última teoría con la anterior. [31]

Clasificación: Los hábitos de succión fueron clasificados según Turgeon en 1996 como hábito de succión nutritivo y hábitos de succión no nutritivos [32].

El primero, conocido como amamantamiento, es primordial para el neonato, debido a la función tan importante que realiza para mantener la vida y es un factor protector con grandes beneficios inmunológicos y psicológicos para el niño, además de efectos variados sobre el desarrollo armónico del crecimiento del maxilar y los arcos dentales. [9].

Los segundos no son funcionales, son adquiridos con rapidez y se realiza para sentir un contacto y eliminar frustraciones. La mayoría de los estudios muestran que estos hábitos están asociados a la corta duración de lactancia materna aunque no se establece propiamente una relación causal. [9, 31].

Se consideran normales hasta los 2 años según Veliz, lo que no coincide con otros estudios que afirman que hasta los 4 años de edad. De manera general, juegan un papel importante en el desarrollo emocional del niño, pero son aconsejables después de los 6 años, en donde el niño empieza la etapa de socialización y se encuentra en tránsito hacia la dentición permanente, de manera que ya pasan a considerarse propiamente como hábitos bucales deformantes. [9, 11, 17, 32].

Características: Responde a un acto reflejo innato y adaptativo, común en los mamíferos (específicamente se ha estudiado en monos *Rhesus*). [11, 17]

Es el pulgar el dedo más utilizado para la realización del hábito de succión digital (50% en el caso del estudio de Pipa) [9,13], aunque en el estudio de Veliz se afirma que aproximadamente de 50 al 87% de los niños se chupan este dedo. [10]

Es uno de los hábitos más frecuentes según referencias diversas [7, 8, 16, 25]

Edad: Se presenta de manera temprana y es considerado uno de los más comunes hábitos de la infancia, comenzando en las primeras horas de vida debido a que según cifras de estudios, el 90 % de los recién nacidos muestra alguna forma de chuparse la mano. [9, 10, 17, 25, 33]

Comienza en la vida fetal (29ª semana de la gestación) y es considerado esencial para el desarrollo fetal y neonatal posteriormente, y por su condición refleja, como afirmamos anteriormente, es considerado normal hasta los 3 o 4 años según varios investigadores, aunque Morales afirma que hasta los 2 años no producirá cambios en la cavidad oral y tampoco lo hará en el rango de 3 a 5 años, si es detectada a tiempo y corregida. A partir de este rango de edades se le puede clasificar como deformante, requiriendo tratamientos de tipo psicológicos, fonoauditivos u odontológicos. [9, 10, 17]

Género: La succión digital es más evidente en las niñas, que de acuerdo varios elementos como son la educación que ellas reciben, el rol que la sociedad estipula correcto para ellas y el consentimiento y reforzamiento del hábito por los padres, todo lo que influye indirectamente en su padecimiento. [6, 8, 12, 16, 31]

Fases o etapas: [34, 35]

I. Succión del pulgar normal y clínicamente no significativa: Esta fase del hábito se extiende del nacimiento hasta la edad de 3 a 4 años, abandonando espontáneamente esta práctica cuando arriban a este rango de edades. Los psicólogos consideran contraproducente tratar de que el niño en esta fase abandone el hábito, pues esto podría provocar que lo sustituya con otro hábito. [6]

II. Succión del pulgar clínicamente significativa: Esta fase se extiende desde los 3 a los 6 y 7 años. El acto practicado en esta época requiere atención cuidadosa por el estomatólogo, porque es un indicador de posible ansiedad clínicamente significativa y porque es el momento más propicio para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión. Se requiere conocimientos de psicología por parte del estomatólogo, que le permiten tratar adecuadamente al niño, y ganarse su confianza y amistad, para lograr mejor colaboración.

III. Succión del pulgar complicada o no tratada: Prolongada después del rango de los 3-7 años, la succión es un problema clínico difícil, por lo que la misma evidencia que el niño tiene conflictos o problemas complejos que no es capaz de resolver por sí solo y en la succión encuentra el escape a los mismos. Estos aspectos, son más graves y complejos que la anomalía producida por el hábito. Esta fase clínica requiere muchas veces la colaboración más estrecha entre el estomatólogo, el pediatra y el psicólogo.

Consecuencia: En caso de ser criticados y ridiculizados por sus padres o seres queridos, su salud psicológica y emocional se verá afectada, ocasionando un daño en su autoestima y comportamiento ante la sociedad. [31]

2.3 Respiración bucal

Concepto y causa: Puede ser considerado como un trastorno respiratorio del sueño (SDB) debido a que en algunos estudios se ha encontrado un patrón cefalométrico característico en individuos con apnea obstructiva del sueño y este hábito. La respiración bucal constituye un síndrome que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas,

anatómicas o hábitos. También pueden deberse a problemas del sueño, la mayoría de los respiradores nasales han reportado roncar por la noche de manera habitual. [10, 36]

Características: El respirador bucal tiene algunas características básicas que permiten su diagnóstico tanto por profesionales, como por familiares. Muchos de los pacientes plantean comúnmente problemas al dormir y sentirse adormecidos durante el día. [10, 36]

En la población pediátrica se distinguen características diversas citando: trastorno hiperactivo del déficit de atención (ADHD, por sus siglas en inglés), problemas del aprendizaje, problemas posturales y otras alteraciones. [36]

Consecuencia: En el plano psicológico el paciente experimenta somnolencia o puede cansarse fácilmente durante el día, despertarse con dolor de cabeza, y como resultado puede tener dificultad en concentrarse en la escuela o en las actividades diarias de manera general, resultando apreciado por algunos autores en el hecho de que aparecen sentimientos de frustración y disminuyen las notas académicas. Puede producir problemas de aprendizaje donde la deficiente oxigenación le impide al niño prestar atención en clase durante mucho rato, adoptando incluso una típica cara de niño distraído. Este niño no aprende con la rapidez de otros, debido a la falta de concentración durante clases. [27, 36]

2.4 Bruxismo:

Causa: Este hábito bucal resulta ser uno de los hábitos más estudiados y del que menos se conoce, por la cantidad de teorías que tratan de sustentar su etiología. Algunos autores coinciden en darle una etiología idiopática, que se le atribuye a un componente psicogénico y neuromuscular o ambiental, influyendo decisivamente en esto los estados de ansiedad y estrés incontrolados. Otros afirman que los factores genéticos y alérgicos deben considerarse, así como el déficit de factores nutricionales. [18]

Características: El dolor mañanero o después de un episodio, puede perdurar de forma continua en dependencia de factores psicológicos y de la capacidad adaptativa del paciente. [37]

Tratamiento: El enfoque del tratamiento debe dirigirse a reducir el dolor y prevenir el daño dental permanente. Se procede a evaluar la conducta por medio de un equipo multidisciplinario de salud, en el que podemos incluir a psicólogos, protesistas, ortodoncistas y otros. Los tratamientos psicológicos deben enfocarse hacia la disminución del nivel de estrés, como son la terapia ocupacional, educación conductual con cambio en los estilos de vida, autosugestión, relajación psicofísica, psicoterapia e hipnosis. [7]

2.5 Hábitos posturales:

Causas: Durante la niñez y adolescencia es común que la autoestima de estos individuos sea susceptible a la valoración de los demás en la construcción de opinión del individuo acerca de sí mismo. Cuando estas opiniones son negativas, el individuo tiende a retraerse, a mantener una baja autoestima, patrones emocionales negativos y una posición encorvada y retraída. [1, 2, 38]

Consecuencias: El paciente refiere el mantenimiento de alteraciones del sueño y alteraciones comportamentales (retraso de aprendizaje, dislexia, déficit de atención, ansiedad, etc.) [1, 2, 38]

Los hábitos posturales incorrectos pueden influir en el desarrollo de anomalías de la posición mandibular, desviándola a esta junto con los dientes, pudiendo ser expresión de una condición de salud precaria y falta de cuidado personal y amor propio. [7, 28]

CONCLUSIONES

Los hábitos bucales deformantes de la oclusión dentaria tienen un componente psicosomático que les proporciona una amplia relación con el campo de las emociones humanas. El conocimiento de este último aspecto tanto en sus generalidades como en sus particularidades, es una herramienta clave al estomatólogo para poder brindar una atención eficaz, personalizada y holística al paciente.

A partir de la descripción de la relación de los desórdenes emocionales con hábitos como los de interposición y los posturales, la succión digital, la respiración bucal y el bruxismo; se podrá actuar con rapidez para disminuir, con acciones preventivas, la incidencia y prevalencia de las maloclusiones causadas por los hábitos referidos, al trazar estrategias de intervención y programas educativos desde la atención primaria de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nuñez F. et al. Psicología y salud. La Habana: ECIMED; 2001. 293p.
2. Berdasco A. et al. Pediatría. Tomo I. Cuba: Editorial Pueblo y Educación; 1996. 154 p.
3. Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolesc. salud [Internet]. 1999 Jan [citado 2018 Ene 16]; 1(2): 23-31. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en.
4. Pérez M.V., Díaz A.; Vinet E. Características psicológicas de adolescentes pertenecientes a comunidades educativas vulnerables. Psicothema, vol. 17, núm. 1, 2005, pp. 37-42 Universidad de Oviedo. Oviedo, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72717106>
5. Mora C, Gil M, Álvarez I, Cardoso M, Álvarez P, Oliva C. Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. Área VII, Cienfuegos. Medisur [revista en Internet]. 2014 [citado 2018 Ene 29]; 12 (6) [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2617>
6. Álvarez I, Lescaille Y, Mora C, Pieri K, González B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 2018 Mar 10]; 11(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543>
7. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. 564 p.
8. Núñez ME, González O, González Y, Madam M. Determinar los hábitos bucales deformantes en estudiantes de la Escuela Primaria “Raúl Gómez”, municipio Güines. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 Mar 3]; 21 (2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
9. Morales NE. Prevalencia de mordida abierta anterior en pacientes con succión digital; Escuela Apóstol Santiago, Guayaquil 2015. [Tesis]. Guayaquil: Universidad católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
10. Veliz Z. Factores de riesgo de maloclusiones presentes en niños de 5 -11 años, área V. Municipio de Cienfuegos. [Tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrado”; 2010. Disponible en: <http://repobvs.cfg.sld.cu/verinterno.php?fichero=repositorio/1286441664.pdf>
11. Pipa A., Cuerpo P., López E., González M., Pipa I., Acevedo A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Av. Odontoestomatol 2011; 27 (3): pp. 137-145.

12. Herrero C. Anomalías dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonarticulatorias en la población endogámica del archipiélago de Juan Fernández. [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2003.
13. Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2011 [citado 2018 Abr 29]: [aprox. 27p.]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/#>
14. Toledo G. Fundamentos de Salud Pública. ECIMED: La Habana; 2005.
15. Díaz H, Ochoa B, Paz L, Casanova K, Coca Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. Medisur [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 Abr 12]; 13(4): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2848>
16. Hernández E, Rodríguez MI, Silva A, García E. Las mordidas abiertas anteriores en pacientes de 9 a 14 años de edad. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 Abr 12];19 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942015000500007&script=sci_arttext&tlng=pt
17. Ramírez L. Posiciones e inclinaciones de estructuras dentoalveolares en pacientes con mordida abierta y profunda según el biotipo facial. [Tesis]. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2015
18. Valdés R, et al. Manual de Odontopediatría. La Habana-Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2014. Cap. Ortodoncia en Odontopediatría. 210-269
19. Díaz JE, Pellitero BL, Rodríguez EM, Ayala Y, Segura N, Carmona E. Maloclusiones, signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en adolescentes de la Parroquia Jusepín. Monagas. Venezuela. Correo Científico Médico [revista en Internet]. 2012 [citado 2018 Abr 15]; 16 (4): [aprox. 7p.] Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/315>
20. Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. Medisur [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Abr 15]; 14 (2): [aprox.10p .]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3000>
21. García V.J, Ustrell J.M, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av Odontoestomatol [Internet]. 2011 [citado 2018 Abr 15]; 27 (2):[aprox.13 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021312852011000200003&script=sci_arttext
22. Leon K, Maya B, Vega G, Mora C. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 [citado 2018 Abr 25]; 44 (4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400003&script=sci_arttext&tlng=pt
23. Graber TM, Swain BF. Ortodoncia. Conceptos y técnicas. Tomo I. La Habana Editorial Científico Técnica; 1984. pp. 11-16.
24. Acevedo O., Rosell CR., Mora C., Padilla EM. MEDISUR [revista en Internet]. 2008 [citado 2018 Abr 28]; 6(2): [aprox. 14p.]. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciLarttext&pid>
25. González YA. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Rev Ciencias Médicas (internet). 2015 [citado 2018 Abr18]; 19 (1): Pinar del Río. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942015000100010

26. Cepero Z., Hidalgo I., Duque J., Pérez J. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2007 [citado 2018 May 3]; 44 (4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci_arttext&tlng=pt
27. Montiel J.M. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 4 a 6 años. Rev ADM. 2004; LXI (6): 209-14.
28. Moyers R. Tratado de Ortodoncia. La Habana: Edición revolucionaria; 1996.
29. León K., Maya B. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2014 [citado 2018 May 2]; 44(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est03407.htm
30. Martín L., García S., Expósito I. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Revista Cubana de Estomatología [revista en Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>
31. Martínez C. Salud y Familia. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.
32. Moreno D.C. Prevalencia de la mordida abierta en niños de 6-12 años de edad que acuden a la clínica de la Universidad de las Américas. [Tesis]. Oviedo: universidad de Oviedo; 2016.
33. Cenci VS, Mara S, Essuane M, Mitugui F, Fernando CL, Corrêa R, Fujimaki M. Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. Braz. oral res [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 May 3]; 29 (1): São Paulo. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180683242015000100211&lng=en&nrm=iso&tlng=en
34. González MF, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría [revista en Internet]. 2012 [citado 2018 May 3]; [aprox.20p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/#>
35. Nápoles A. Succión Digital y funcionamiento familiar en niños de 4 a 6 años en el municipio Cienfuegos [Tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas; 2005.
36. Thomé MC, Ferreira C, Pacheco L, Silveira N, Martins MT. Guidelines proposal for clinical recognition of mouth breathing children. Dental Press Journal of Orthodontics. [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 May 3]; 20(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2176-9451.20.4.039-044.oar>
37. González EJ, Gutiérrez M, Pellitero B. Manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en bruxópatas. Correo Científ Méd Holguín [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 Abr 17]; 15(4):[aprox. 9 p.] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no154/no154ori08.htm>.
38. Bobes J. Odontoposturología: un nuevo campo de actuación para los dentistas. Gaceta Dental [Internet]. 2013 [citado 2018 Abr 13]; (251): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.sekmo.es/imagenes/autor_1/galeria_13/251_dossier_odontoposturologia.pdf

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
CIENFUEGOS.CUBA.**

**REPERCUSION DE LA INFERTILIDAD EN LA SALUD FAMILIAR. AREA VI
CIENFUEGOS.2017.**

Autor (a) Dra Marlene del Valle Pérez.
vdg@ucm.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas Dr Raúl Dórticos
Torrado, Cuba, Vicedecana General, Master en Atencion Integral a la Mujer.

Coautores: Lic. Estela de la Caridad del Sol Liriano.
bclinico7414@ucm.cfg.sld.cu, Facultad de Ciencias Médicas Dr Raúl

Lic. David Cuesta de las Casas.
ceprobio@jagua.cfg.sld.cu, Vicerrector General Univ. Ciencias
Médicas, Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

En los últimos años ha existido gran interés en relacionar el rol de las familias con sus integrantes, ya que las condiciones del proceso salud-enfermedad de cada uno de sus miembros influye sobre la familia y viceversa. Con esta investigación perseguimos entre los objetivos determinar la repercusión de la infertilidad en la salud familiar, se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con un universo de 129 parejas infértiles. Se aplicaron tres instrumentos validados en Cuba que establecen la metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales en la salud familiar. Los resultados se muestran en tablas de distribución de frecuencias, expresados en números y porcentos. Entre los resultados se evidencia repercusión sobre la salud familiar en el 85,3% siendo en sentido desfavorable esta repercusión tanto en la infertilidad primaria como la secundaria. El área socio psicológica fue la más afectada con 69%, existió ausencia de recursos adaptativos en el 77% y menos de la mitad no percibe haber recibido algún tipo de apoyo social. Las parejas incluidas en esta investigación no son beneficiadas con la función protectora y amortiguadora de la familia como fuente de apoyo ante eventos estresantes

Palabras claves: Infertilidad, familia, salud familiar.

INTRODUCCION

La familia recorre un proceso de desarrollo en el cual se distinguen etapas o fases marcadas por la ocurrencia de acontecimientos significativos de la vida. Al proceso de desarrollo, como un todo, se le ha denominado ciclo vital familiar. El ciclo vital es un proceso que la familia atraviesa desde la unión de la pareja para una vida en común hasta la muerte de ambos progenitores. Una serie de acontecimientos denominados normativos marcan el paso de una etapa a otra del ciclo vital.¹

Hay una gran variedad de familias que se escapan a los casos típicos y requieren valoraciones integrales, entre ellas las que sufren el problema de infertilidad.

Aún en nuestros tiempos múltiples autores coinciden que la infertilidad no ha sido reconocida como incapacidad médica pues otros no la ven como una enfermedad sino una condición, a pesar de que su diagnóstico tiene una connotación semejante a un estado patológico frente al cual hay que asumir actitudes, sostener procedimientos, todo lo cual causa presiones en el individuo.²⁻⁵ Por tanto viendo la infertilidad desde esta óptica se considera un problema de salud individual que como cualquier otro puede llegar a crear un problema de salud familiar, tanto en orden psicosocial como biológico, implicando el reajuste familiar que puede llevar a la disfunción familiar si la familia no es capaz de reorientarse.

Estadísticas en el mundo reportan cifras que ponen de manifiesto el problema de la infertilidad, en Chile afecta al 15% de las parejas en edad fértil, en Inglaterra afecta el (10%). En Estados Unidos desde la década de los 90 se viene reportando un incremento de la infertilidad en mujeres de 35 a 44 años de edad (4 millones más en tan solo 6 años de este período) además de una proporción mayor de parejas infértiles en busca de tratamiento.^{6,7}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima a nivel mundial entre 60 y 80 millones de parejas infértiles. La prevalencia promedio en naciones desarrolladas sería de 10,2%, y de 8,1 % en las naciones menos desarrolladas.⁸

El caso particular de Cuba en la actualidad donde el crecimiento de la población es muy bajo y en los últimos diez años ha oscilado en tasas inferiores al 1 % anual, unido a la mantención de muy bajos niveles de fecundidad, se presentará un descenso y envejecimiento de la población en edad fértil, fundamentalmente la femenina, la que procrea, que de alrededor de un 27,0 % del total en la actualidad, descenderá a un 20,4 hacia el 2025. En términos absolutos significa un descenso de más de 600,0 miles de mujeres en edades reproductivas (15-49 años) y un desplazamiento etéreo interno hacia las de mayor edad y por tanto menos fecunda dentro de este período.⁹

En nuestro país cada área de salud ha implementado la consulta de Planificación Familiar en la cual queda establecido que entre sus objetivos se incluye el asesoramiento y estudio inicial de parejas infértiles, todo esto atendido por equipo multidisciplinario. Llama la atención el creciente número de parejas y sobre todo mujeres que acuden en busca de asesoramiento para el inicio del estudio y

tratamiento de infertilidad. No cabe dudas que la infertilidad afecta desde el punto de vista psicológico a las parejas y la familia, lo que no conocemos cuales son las áreas y dentro de éstas, cuales variables repercuten en la salud familiar de las parejas infértiles. Su conocimiento nos posibilitará, realizar intervención precoz en las parejas y sus familiares, actuar de forma preventiva, promocionar y proporcionar a las familias los recursos necesarios para afrontar este evento.

Ante esta situación nos planteamos el siguiente Problema Científico: ¿Cuál es la repercusión de la infertilidad en la salud familiar?

Con la finalidad de responder al problema planteado, se trazaron los objetivos siguientes:

General

Determinar la repercusión de la infertilidad en la salud familiar.

Específicos:

1. Relacionar la repercusión global sobre la salud familiar así como el sentido de repercusión con el tipo de infertilidad.
2. Identificar las áreas de mayor repercusión sobre la salud familiar.
3. Precisar los recursos adaptativos en la familia de las parejas infértiles.
4. Determinar el tipo de apoyo recibido, frecuencia y principales fuentes de ayuda recibida por la familia y parejas infértiles.

Metodología

Para dar salida a cada uno de los objetivos se realizó una investigación descriptiva de corte transversal en el periodo enero diciembre de 2017. El universo y muestra quedó constituida por la totalidad de las familias con parejas infértiles 129 en el Consejo Popular Castillo-Cen del área VI de salud en Cienfuegos

Los datos del universo a estudiar fueron obtenidos de las Historias de Salud Familiar de cada uno de los consultorios médicos de familia del Área VI de Salud, corroborado por las Historias de Salud Individual. Se aplicaron 3 instrumentos validados con anterioridad como parte de la investigación realizada por Herrera P, mediante el cual quedo establecido en nuestro país la metodología para evaluar el impacto de acontecimientos vitales en la salud familiar.¹⁰ Las partes o conjuntos que conforman la metodología de evaluación son el instrumento de repercusión familiar (IRFA), los recursos adaptativos familiares y la prueba de apoyo social. Para el tratamiento computacional los datos obtenidos fueron transferidos al sistema Excel de Windows y los resultados se muestran en tablas con números y porcentajes.

RESULTADOS Y DISCUSION:

En nuestro estudio la repercusión global de la infertilidad sobre la salud familiar fue de tipo leve y moderada 31 % cada una, en el caso de la infertilidad secundaria predominó la repercusión leve, mientras que para la infertilidad primaria predominó la repercusión moderada. (Anexos Tabla1)

Estos resultados pueden estar relacionados con los antecedentes de las parejas con infertilidad secundaria donde existe al menos el logro de un embarazo a término, quedando en ellas mayor esperanza en el logro de nuevos embarazos o el consuelo de haber logrado al menos 1 hijo, sin embargo en el caso de la infertilidad primaria quizás las esperanzas y el consuelo sean menores, además hay variables dentro de las diferentes áreas a través de las cuales estamos estudiando la salud familiar que no se afectan como, recursos económicos, espacio habitacional, responsabilidades y funciones de los miembros de la familia, el tiempo dedicado a las tareas del hogar y los hábitos y costumbres familiares, y ello trae como consecuencia que en la calificación global la puntuación corresponda a repercusión leve o moderada en la mayoría de los casos, todo esto coincide con la literatura revisada al respecto ^{2,4,5,6}

De igual forma para ambos tipos de infertilidad el sentido de la repercusión fue desfavorable, lo que coincide con la mayoría de estudios realizados acerca de la repercusión sobre la salud familiar, independientemente que la mayoría de los estudios sobre el tema han investigado esta repercusión en el caso de otras patologías y eventos.

En nuestro trabajo el área de mayor repercusión sobre la salud familiar lo constituye la socio psicológica con 69% de repercusión moderada, en esta área los planes y proyectos familiares o sea los proyectos de vida futuros que se ha planteado la familia es el elemento que más repercute según los encuestados en nuestro trabajo. (Tabla2)

Otras de las áreas que se evalúa es el funcionamiento familiar la cual es la categoría que sintetiza los procesos psicológicos que ocurren en las familias toda vez que actúa como fortaleza y posibilita un desarrollo saludable en sus miembros como muro de contención frente a la adversidad y el estrés ¹¹.

Al estudiar la variable estado de salud nos referimos a la presencia de afecciones, procesos patológicos esto es importante tener en cuenta pues nos referimos a los miembros de la familia, en nuestro trabajo el 71,3 % presenta afectación con repercusión de forma leve, lo cual no es despreciable, sirve de guía al médico para su actuar precoz con la familia en este aspecto, reiteramos que al no considerarse por muchos la infertilidad como incapacidad médica, no la ven como una enfermedad sino una condición, a pesar de que su diagnóstico tiene una connotación semejante a un estado patológico.

Estudios similares reportan que el mayor porcentaje de parejas con infertilidad presentaba alteraciones en la salud familiar y entre los principales síntomas encontraron la depresión con un porcentaje de 24,9%, en comparación con un 6,8% en un grupo control ^{4,12,13}.

La adaptabilidad familiar o los recursos adaptativos con que cuenta la familia no es más que la capacidad de flexibilidad familiar para enfrentar circunstancias factor en el cual son de suma importancia los cambios para adaptarse a las nuevas situaciones, es decir, la habilidad para cambiar los límites, los sistemas jerárquicos, los roles, las reglas, las formas de comunicación y los proyectos de vida en dependencia de las nuevas circunstancias¹¹. En nuestra investigación 77% de parejas y familiares tienen ausencia de recursos adaptativos, ninguno coincidió en tener suficientes recursos adaptativos lo cual evidencia la necesidad de apoyar, orientar, brindar información, a estas parejas y familiares para lograr un adecuado afrontamiento por parte de ellos. (Grafico 1 Anexo.)

En nuestra investigación el 48 % corresponde con el apoyo de tipo espiritual el cual se refiere a la ayuda que pueden obtener o recibir para fortalecer su espiritualidad y se manifiesta fundamentalmente a través de los cultos, prácticas religiosas, rezos, meditaciones, ayuda fraternal u otros actos religiosos, según los ítems que evalúa el instrumento aplicado. El 30 % para el apoyo de tipo informativo el cual se refiere a los nuevos conocimientos y valoraciones, consejos y orientaciones, que perciben haber recibido los incluidos en nuestro estudio. El apoyo instrumental y emocional con 2% y 5 % respectivamente, lo que expone que a pesar de tomarse en cuenta las categorías de a veces, casi siempre y siempre. (Grafico 2 Anexo) Como hemos señalado en anteriores análisis la infertilidad en nuestro país no genera grandes gastos que afecten de manera particular la economía familiar, tampoco causa invalidez prolongada como otras patologías, a pesar de ser considerada un acontecimiento estresante hay quienes no la ven como una enfermedad, por todas estas cuestiones quizás los resultados tan bajos de apoyo instrumental y emocional que refieren tener los incluidos en nuestro estudio. Por otra parte se debe tener presente los resultados obtenidos en cuanto al apoyo de tipo espiritual pues en la infertilidad un grupo de parejas alberga esperanzas y otros llegan a la desesperanza y quizás acuden o son blanco de este tipo de apoyo, además de características culturales, de idiosincrasia en cada región, país, del cual nuestra población no es ajena.

En nuestro estudio entre las fuentes proveedoras de apoyo así como su frecuencia se destacan las asociaciones religiosas 47,5 % en la categoría de A Veces, 24 % las instituciones sociales en la categoría de casi siempre y los compañeros de trabajo en la categoría de a veces con 24 %, todo esto en estrecha relación con los resultados anteriores acerca de los tipos de apoyo. (Grafico 3 Anexo) Llama la atención el hecho de que en esta investigación el apoyo proveniente de la familia en el hogar, de la familia fuera del hogar, de la propia pareja, de las amistades, no sean percibidas por los incluidos en el estudio y predomine para estas fuentes de apoyo la categoría de nunca.

En estrecha relación con lo antes expuesto se encuentra la satisfacción con el apoyo recibido, donde la mayoría se sienten insatisfechos según su percepción. 53% en la categoría de poco satisfecho, 29 % ninguna satisfacción, solamente 2% con mucha satisfacción. (Grafico 4 Anexo) Independientemente de que otros investigadores plantean que no siempre el Apoyo Social tiene una connotación

positiva a pesar de lo que semánticamente nos sugiera el término “apoyo”, es nuestro criterio que la familia ha de protagonizar aún más su accionar en el apoyo a quienes sufren infertilidad, aunque reiteramos aún muchos no relacionan la infertilidad con una incapacidad.^{14,15}

La valoración del apoyo social y los recursos adaptativos son elementos a tener presentes a la hora de analizar la repercusión de los eventos en la salud familiar. Son múltiples los estudios que atestiguan que a mayor capacidad adaptativa de la familia y más apoyo social recibido, menos impacto tienen los eventos en la salud familiar. El apoyo social que recibe la familia, mejora la capacidad para adaptarse al evento y este repercute en menor medida en la salud familiar. Hacer un tratamiento de la salud familiar teniendo en cuenta todas las áreas que lo integran y los factores protectores descritos anteriormente, son la clave para el diagnóstico adecuado y la intervención eficaz en la familia.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio se evidencia que la infertilidad no solo produce repercusión individual sino en el ámbito familiar evidenciado en la repercusión desfavorable sobre la salud familiar, sin embargo el funcionamiento familiar y la salud de sus miembros aunque repercute de forma leve es importante prestarle atención y tenerlos en cuenta para la prevención precoz de repercusiones mayores. La escasez de recursos adaptativos y apoyo social hace que en estas familias y parejas no exista flexibilidad familiar para enfrentar circunstancias y no se beneficien con una evolución mejor de la patología que presentan. No son beneficiadas las parejas infértiles incluidas en nuestro estudio con la función protectora y amortiguadora de la familia como fuente de apoyo ante eventos estresantes

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Louro Bernal I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. 3ed. La Habana: ECIMED; 2014 .p. 533-540.
2. Fernández Borbón H, Valle Rivera T, Fernández Ramos I, Ramírez Pérez N. Caracterización de la infertilidad en el municipio Pinar del Río. Rev de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2013 [citado 6 Jun 2016]; 17(5):[aprox. 47 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>. ISSN 1561-3194
3. Rach LM, Luchetti G. Abordajes de la pareja estéril. Guía de Práctica Clínica 2011. Disponible en: http://www4.neuquen.gov.ar/salud/images/archivo/Programas_prov/guias_de_practicas_clinicas/2-Gua_Esterilidad_finy_2011.pdf
4. Cracco C, Blanco ML. Estrés y estrategias de afrontamiento en familias en las primeras etapas del ciclo vital y contexto socioeconómico. Ciencias Psicológicas. 2015;9(Nº especial):129-40. Palacios E. Aspectos emocionales en la infertilidad. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 40(2): 94-103

5. Díaz Bernal Z, García Jordá D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. Rev Cubana Salud Pública.[Internet] 2011 Mar [Citado 15 abril 2016]; 37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100009&lng=es
6. García Bermúdez I. Crisis familiar por diagnóstico de infertilidad en parejas de un área de salud [tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana: Facultad Calixto García Iñiguez; 2014.
7. World Health Organization. Mother or nothing: the agony of infertility. Bull World Health Organ. 2010;88:881
8. Mondragón Cedeño A L. Infertilidad. Rev Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2008;2(14):17-25.
9. Cuba. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana, abril, 2013. [citado 16 Jun 2016]; Disponible en:http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf.
10. Herrera P. Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia. Tesis en opción al grado científico de doctora en ciencias de la salud. LaHabana. 2010. [Citado el día 28 Jun del 2016]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/286/>.
11. Louro Bernal I. Campo de la salud familiar. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. 3ed. La Habana: ECIMED; 2014 .p.555-567.
12. Martínez-Montilla JM, Amador-Marín MD. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar. Enf Global [Internet]. 2017 [citado 6 Dic 2017]; (47):[aprox. 39 p.]. Disponible en: www.um.es/eglobal
13. Herrera PM, Lorenzo A. *Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia*. Tesis doctoral. Universidad de la Habana; 2010.
14. Macías MA, Madariaga C, Valle M. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicol. Caribe. 2013; 30(1): 123-145.
15. Lima JS, Lima M, Jiménez N. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. Rev. Esp. Salud Pública. 2012; 86: 509-521.

Anexos

Tabla 1. Repercusión Salud Familiar Global según tipo de infertilidad. (RFG)

Repercusión Familiar Global	Infertilidad Primaria		Infertilidad Secundaria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
No repercusión	5	11.6	14	16.3	19	14.7
Repercusión leve	6	14.0	34	39.5	40	31.0
Repercusión moderada	19	44.2	21	24.4	40	31.0
Repercusión elevada	9	20.9	12	14.0	21	16.3
Repercusión severa	4	9.3	5	5.8	9	7.0

Total	43	100	86	100	129	100
--------------	----	-----	----	-----	-----	-----

Fuente: Instrumento de repercusión familiar.

Tabla 2. Sentido de la repercusión para la salud familiar según tipo de infertilidad.

Sentido de la repercusión familiar	Infertilidad Primaria		Infertilidad Secundaria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Favorable	1	2.6	4	5.6	5	4.5
Desfavorable	37	97.4	68	94.4	105	95.5
Total	38	100	72	100	110	100

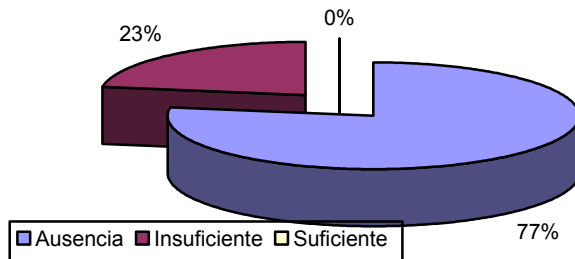
Fuente: Instrumento de repercusión familiar.

Tabla 3. Repercusión salud familiar según las áreas más afectadas

Áreas de repercusión familiar	No Repercusión		Repercusión leve		Repercusión moderada		Repercusión elevada		Repercusión severa	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Socio-económica	102	79.1	26	20.2	1	0.8	0	0	0	0
Socio-Psicológica	4	3.1	35	27.1	89	69.0	1	0.8	0	0
Funcionamiento familiar	24	18.6	89	69.0	11	8.5	3	2.3	2	1.5
Estado de salud	29	22.5	92	71.3	3	2.3	3	2.3	2	1.5

Fuente: Instrumento de repercusión familiar.

Gráfico 1. Recursos adaptativos de la familia



Fuente: Instrumento de evaluación de recursos adaptativos

Gráfico 2. Tipo de apoyo recibido

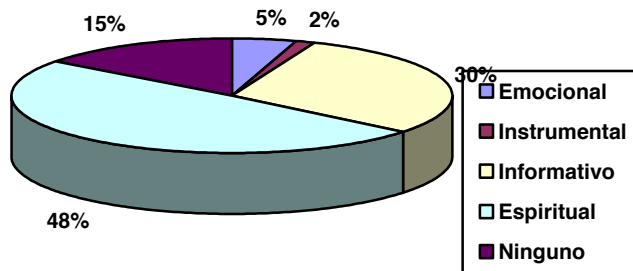


Gráfico 3. Fuentes y frecuencia de ayuda recibida por la familia

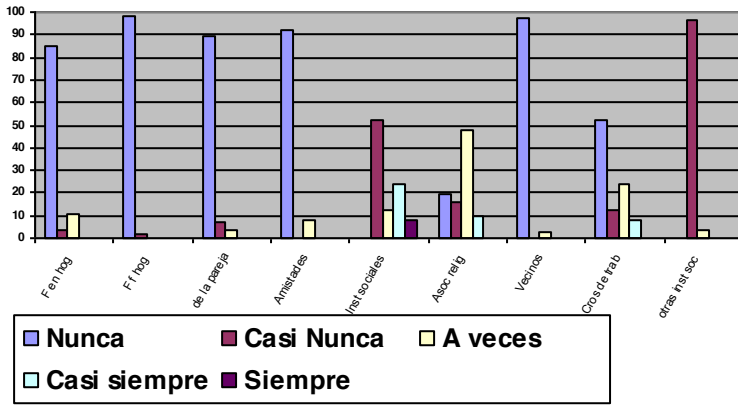
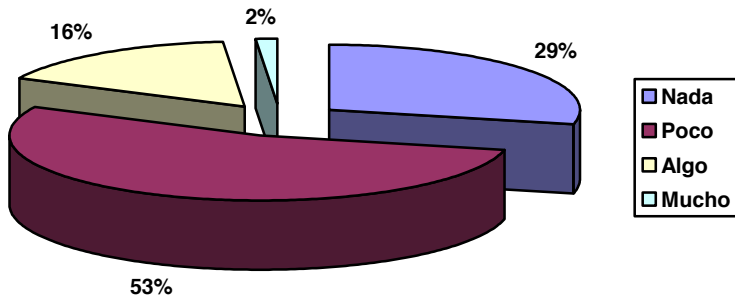


Gráfico 4. Satisfacción con el apoyo.



TÍTULO: REPERCUSIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LAS FAMILIAS Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. ÁREA VII. 2016- 2017

TITLE: IMPACT OF TEENAGE PREGNANCY ON FAMILIES AND FAMILY FUNCTIONING. AREA VII. 2016- 2017

Dra. Julia Megrís Hernández Mompíe, juliahm720926@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Área VII, Cuba.

Dra. Vivian Lima Navarro, vivianln741011@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Área VII, Cuba.

Dra. Sandy Marcela Obando Jerez, sandyobandoj@hotmail.com, Policlínico Área VII, Ecuador

Lic. Miriam González García, miriamgg620703@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Área VII, Cuba.

Resumen

El embarazo en la adolescencia es un acontecimiento potencialmente estresante para la familia, que la coloca en una situación en la que varía su ritmo habitual de funcionamiento. Se deben reestructurar las funciones de los miembros, cambiar los roles y las responsabilidades para asegurar el bienestar y buen desarrollo tanto de la adolescente como del futuro bebé. Objetivo: Evaluar el funcionamiento familiar y la repercusión del embarazo en la adolescencia en familias del Policlínico Área VII. Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal en el período 2016-2017 Universo: 31 adolescentes embarazadas y sus familias. Procedimientos: Se aplicó a las familias los instrumentos de Percepción de Funcionamiento Familiar y de Repercusión Familiar. Principales Resultados: Predominio del grupo de 14-16 años (74,2 %) el 61,3 % eran amas de casa, conviviendo en familias según tamaño y ontogénesis: medianas 77,4% y extensas 93,5 %, preponderancia de familias moderadamente funcional en el 74.2 %, con una repercusión desfavorable en el 64.5%, que consideraron como áreas más afectadas: funcionamiento familiar, la socioeconómica y estado de salud. Conclusiones: La familia disfuncional es un riesgo para el normal desarrollo de la adolescente, en este estudio las familias presentaron en su mayoría disfuncionalidad, percibiendo una repercusión desfavorable ante este evento, siendo las áreas del funcionamiento familiar y socioeconómico las más afectadas

Palabras claves: Familia, Embarazo, Adolescente, Salud.

Summary

Pregnancy in adolescence is a potentially stressful event for the family, which places it in a situation in which its habitual rhythm of functioning varies. The functions of the members must be restructured, roles and responsibilities changed to ensure the welfare and good development of both the adolescent and the future baby. Objective: To evaluate the family functioning and the repercussion of adolescent pregnancy in families of the Area VII Polyclinic. Methods: Descriptive cross-sectional study in the period 2016-2017 Universe: 31 pregnant adolescents and their families. Procedures: The Family Perception and Family Repercussion Perception instruments were applied to families. Main results: Predominance of the group of 14-16 years (74.2%) 61.3% were

housewives, living in families according to size and ontogenesis: medium 77.4% and extensive 93.5%, preponderance of families moderately functional in 74.2%, with an unfavorable impact in 64.5%, which they considered as the most affected areas: family functioning, socioeconomic status and health status. Conclusions: The dysfunctional family is a risk for the normal development of the adolescent, in this study the families presented in their majority dysfunctionality, perceiving an unfavorable repercussion before this event, being the areas of family and socioeconomic functioning the most affected

Keywords: Family, Pregnancy, Adolescent, Health.

Introducción

El embarazo y maternidad de adolescentes es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto. Esta es una problemática de impacto no solo clínico, sino también social. Las consecuencias de un embarazo a temprana edad son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo de un país; propicia el aumento de las tasas de morbimortalidad materno-infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.¹

En la adolescencia la familia se ve enfrentada a una serie de situaciones complejas, donde cada uno de sus miembros contribuye al funcionamiento a través del ejercicio de roles. Se reacomodan los estilos de crianza para otorgar al adolescente un entorno adecuado y saludable para su desarrollo.² Ante la aparición del embarazo se ve obligada a la reestructuración de las funciones de los miembros, trayendo consigo el cambio de roles y las responsabilidades pertinentes para asegurar el bienestar y buen desarrollo tanto de la adolescente durante su embarazo y maternidad, como del nuevo integrante que llegará al hogar.³

Los cambios en las familias suelen ser difíciles, el impacto que genera que un adolescente ha iniciado su actividad sexual, y terminó en un embarazo no deseado, pone a prueba al sistema familiar, que debe cambiar los proyectos y expectativas y aceptar o no la realidad de un evento no esperado en el entorno. El proyecto de vida de la pareja adolescente o de la adolescente embarazada dependerá en gran medida de la respuesta que la familia ofrezca a lo que está ocurriendo.^{1,4}

Un acontecimiento potencialmente estresante coloca a la familia en una situación de vulnerabilidad a padecer alteraciones de su ritmo habitual del funcionamiento. Si la familia posee determinadas características como afecto, apoyo emocional, existencia de un orden familiar de límites claros y razonables constituyen una fortaleza y ejercen una función protectora de su salud y la de sus integrantes.⁵ El funcionamiento y los recursos de afrontamiento que posee la familia permite una adecuada reestructuración o no de la situación problemática.⁶

Conocer el resultado que ha tenido un embarazo en la adolescencia en el funcionamiento de las familias y su repercusión familiar permitirá diseñar planes de cuidados integrales, que involucren a la familia, de tal manera que contribuya al crecimiento personal de las adolescentes y al fortalecimiento del funcionamiento familiar.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el período 2016-2017 en el policlínico Área VII. En el que se incluyeron 31 embarazadas adolescentes de 12 a 19 años de edad que decidieron llegar a término con su gestación y sus familias. Se recogieron datos generales de la historia clínica de la paciente y para determinar el funcionamiento familiar así como la repercusión de este evento en el ambiente familiar se le aplicó a la familia los instrumentos de Percepción del Funcionamiento Familiar (FFSIL) y Repercusión Familiar (IRFA).^{7,8}

El objetivo principal de la investigación fue evaluar la relación existente entre funcionamiento familiar y la repercusión del embarazo en la adolescencia en la familia. Los resultados se presentan en función de los objetivos de investigación inicialmente con un apartado descriptivo de cada variable y posteriormente las correlaciones entre las mismas.

Discusión y análisis de los resultados

Dentro de las características sociodemográficas en el estudio se encontró la mayor frecuencia de adolescentes participantes en el estudio corresponden a los grupos de edades de 14-16 años representativo del 74.2 % (Tabla 1). Diferentes estudios internacionales y nacionales han mostrado interés por esta problemática, en los resultados de las investigaciones de los autores Rodríguez Aquino⁹ y Muñoz Martínez¹⁰ la edad promedio de las investigadas fue de 17 años, no coincidiendo con estos resultados.

El Anuario Estadístico de Cuba en su edición 46 del año 2018 reporta una disminución de las tasas de fecundidad para cada grupo de edad de la mujer en período fértil, a excepción de las tasas de los grupos de 15 a 19 lo que guarda relación con lo observado en este estudio.¹¹

En cuanto a la labor que realizaban se observó mayor porcentaje de las amas de casa (61.3%), se encontraban vinculadas al estudio el 22.6 % y el 3.2 % estaba vinculada al estudio y trabajo. Estos resultados se deben a que algunas adolescentes embarazadas se vieron en la necesidad de abandonar sus estudios por su maternidad, mientras que otras ya los habían abandonado antes del embarazo. Los resultados de este estudio coinciden con diferentes investigaciones, Blanco Gómez¹² señala en su trabajo que se desempeñaban como ama de casa (54 %). Guridi¹³ en Villa Clara, observó un predominio de adolescentes desocupadas, el 84,9% del total no estudiaban ni trabajaban.

Cuando se realizó el estudio de las familias, se identificó un mayor porcentaje de medianas (77.4 %), existiendo una diferencia marcada entre las familias grandes (19.4%) y pequeñas (3.2 %), predominando según la ontogénesis las familias extensas (93.5 %) (Tabla 2). Existe similitud en los resultados de este estudio con lo reportado por Calderón Morales, donde se evidenció un mayor número de familias extensas, con 28 de estas, para 48,3%¹⁴ Otro estudio realizado en Villa Clara por Guridi¹³ donde analizó la ontogénesis, encontró la mayoría de familias extensas (62.3 %) coincidiendo con los resultados de este estudio.

Funcionamiento familiar

Luego de aplicar el FFSIL se observó que la mayoría de las adolescentes provenían de familias moderadamente funcionales (74.2%) mientras que fueron familias funcionales solo el (19.4%). (Tabla 3) Cuando exploramos las dimensiones afectadas del

funcionamiento familiar encontramos dificultades en la cohesión al enfrentar la situación y para la toma de decisiones; Una comunicación inadecuada e incumplimiento de los roles, además de dificultades en la adaptabilidad. Todos estos aspectos importantes y necesarios en la situación social del desarrollo del adolescente.

Diferentes resultados obtuvo en su investigación Calderón Morales, donde se refirió que 38 familias (65,5 %) eran disfuncionales y 20 familias funcionales, para un 34,5 %.¹⁴

La adolescencia tiene características propias y se describe por un continuo crecimiento, pues es la transición entre la infancia y edad escolar a la edad adulta; los cambios de cuerpo y mente provienen no solamente del individuo mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es importante y trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen hagan que llegue a la edad adulta. Estos cambios son desarrollados y favorecidos gracias a la buena comunicación y cohesión familiar, la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros y estableciendo y manteniendo un equilibrio permite y prepara a la familia y su entorno para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.

Una familia disfuncional es un riesgo para el normal desarrollo de la adolescente y puede convertirse en una fuente de obstáculos en la adaptabilidad del o la adolescente, este grupo poblacional presenta una gran inestabilidad personal, emocional, por los cambios físicos, psicológicos y sociales que atraviesa, estos cambios pueden llegar a originar problemas sociales y familiares que a menudo se observa cuando aparece en el ámbito familiar la adolescente embarazada

La funcionabilidad de la familia es el proceso resultante del conjunto de interacciones internas intrafamiliar no aislado de las relaciones extrafamiliares.⁵ El problema del embarazo en la adolescencia no tiene una causa específica, sino que es multifactorial. Diferentes autores destacan en este grupo, factores de riesgo biológicos y psicosociales. Lo primero se refiere a que las adolescentes con menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazo, hay un aumento de las relaciones sexuales precoces y el empleo de los métodos anticonceptivos son bajos. El segundo aspecto plantea, que un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura, o que el funcionamiento familiar se afecte ante la presencia inesperada de una maternidad temprana en su núcleo. La familia es la instancia de intermediación entre el individuo y a sociedad.^{10,-16}

Repercusión familiar

El embarazo en la adolescencia tubo una repercusión familiar en la mayoría de las familias estudiadas, se observo el mayor porcentaje con una repercusión moderada (41.9 %) siguiéndole la repercusión elevada con un 25.8%. De manera general la mayoría de las familias estudiadas evaluó este evento como desfavorable 64.5 %, mientras que el 35.5 % refirió que el evento fue favorable para el ámbito familiar. (Tabla 4).Resultados similares se observaron en estudio realizado en Calabazar por la autora Guridi¹³ reportándose el mayor porcentaje con una repercusión moderada (32,2%), siguiéndole la repercusión elevada con un 22,6%. Sin embargo describió que el embarazo en la adolescente tuvo una repercusión favorable en más de la mitad de las familias estudiadas (64,2%).lo cual no guarda relación con nuestros resultados.

Cuando analizamos las áreas después de aplicado el IRFA, observamos que el área del funcionamiento familiar fue el que mayor afectación refirieron 58.1%, seguida de la socioeconómica con el 52%. (Tabla 5) Es evidente que hay un aumento de las

exigencias económicas dadas por el embarazo y el incremento familiar por recibir un nuevo miembro en el seno familiar. Además la existencia de limitaciones en las actividades propias de esta edad por el propio hecho que trae un embarazo. Estos resultados no son aislados pues al aplicar el FFSIL se pudo apreciar que de una forma u otra las familias tienen disfuncionabilidad lo cual permite relacionar las variables FFSIL y repercusión en el embarazo de una adolescente en el ámbito de las familias y adolescentes estudiadas

En el ámbito familiar, aparece el conflicto entre los integrantes de la familia, la desmoralización ante la sociedad por el evento imprevisto, así como cambios económicos desfavorables, por lo que afecta también la calidad de vida de la familia y la comunidad.

El embarazo durante la adolescencia trae aparejados altos costos emocionales, sociales, económicos y para la salud de las madres adolescentes y sus hijos, de ahí, la importancia de atender adecuadamente a la adolescente, por lo que se hace necesario comenzar las acciones relacionadas con la prevención de este problema de salud, a partir de la célula básica de la sociedad, que es la familia, donde juega un importante papel el equipo básico de la Atención Primaria de Salud, en trabajar con las familias para propiciar hábitos y estilos de vida saludables, mediante acciones de salud que permitan contribuir al desarrollo más sano de la adolescencia, y así evitar el embarazo en esta etapa de la vida y sus consecuencias tan dañinas para la salud de la madre y su hijo(a).¹⁶

Conclusiones

La familia disfuncional es un riesgo para el normal desarrollo de la adolescente, en este estudio, las familias presentaron en su mayoría disfuncionabilidad favoreciendo una repercusión desfavorable de este evento, siendo las áreas del funcionamiento familiar y socioeconómico las más afectadas.

Bibliografía

1-Gil Hernández A, Rodríguez García Y, Rivero Sánchez M. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. Arch. Med. Camagüey [Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Oct 31]; 16(1): 45-52. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552012000100006&lng=es

2-Cortes Orozco LJ. Efectividad de la funcionabilidad familiar en familias con adolescentes gestantes en el municipio Puerto Asis departamento del Putumayo. [Internet] Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014 [citado 23 Ago. 2017] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40151/1/1130661582.2014.pdf>

3-Zambrano Plata G E, Vera León SF, Flórez Ortega LY. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazada. Rev. Ciencia y Cuidado [Internet] Dic 2012 [citado 12 Abr 2018]; 9 (2):9-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4114484.pdf>

4-Domínguez Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 Abr 14]; 37(3): 387-98. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000300011&lng=es

5-Louro Bernal I. Campo de la salud familiar. En Álvarez Sintés R. Medicina general Integral. II. 3ed. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2014. P 555-68.

6-Louro Bernal I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. En Álvarez Sintés R. Medicina general Integral. II. 3ed. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2014. p 533-54.

7-Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 Mar [citado 2018 Abr 11]; 29(1): 48-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662003000100007&lng=es

8-Herrera Santí P M, González Benítez I, Soler Cárdenas S. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 Abr [citado 2018 Abr 12]; 18(2): 169-172. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000200013&lng=es.

9-Rodríguez Aquino VJ. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús” de Septiembre 2012 a Febrero del 2013. Guayaquil [Internet] Ecuador: Universidad Autónoma de Guayaquil; 2013 [citado 13 Abr 2018] 56 p Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>.

10-Muñoz Martínez A, Zamarreño Nerey W. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en 87 pacientes. Rev. 16 de Abril. [Internet] Oct 2014 [citado 20 Abr 2018]; [aprox. 9 p]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/223/articulo2.html>

11-Cuba .Ministerio de Salud Publica. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico 2017 [Internet] La Habana: Ministerio de Salud Pública; Abr 2018 [citado 18 Abr 2018] 191 p Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>

12-Blanco Gómez A, Latorre Latorre F. Prevalencia de partos en la adolescencia y factores asociados: estudio de corte transversal. Rev. Colomb Obstet Ginecol. [Internet] 2010 [citado 19 Abr 2018]; 61(2): 113-20. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n2/v61n2a03.pdf

13-Guridi González MZ, Franco Pedraza V, Guridi Luegas Y A. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. Rev Psic Científica [Internet] Jun 2012 [citado 12 Abr. 2018]; 14 (5):1-77. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicología>

14-Calderón Morales IC, del Río Aguirre CI, Rodríguez Zamora O, Guisandes Zayas AA. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. Medisan [Internet] 2014 [citado 19 Abr 2018]; 18(11):1523-30 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_11_14/san091811.

15-Favier Torres MA, Samón Leyva M, Ruiz Juan Y, Franco Bonal A. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia Rev Inf Cient [Internet] 2018 Ene.-Feb [citado 12 Abr 2018]; 97(1):205-14. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1805/3517>

16-Acevedo Matos MM. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke " MEDISAN. [Internet] 2010 [citado 12 Abr 2018]; 14(7):976. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700012

Anexos

Tabla # 1: Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas. Policlínico Área VII: 2016-2017

Grupos de edades N = 31		
Grupo de edades	Número	Porcentaje
10 -13	5	16,2
14-16	23	74,2
17-19	3	9,6
Ocupación		
Estudiante	7	22,6
Trabajadora	4	12,9
Estudia y trabaja	1	3,2
Ama de casa	19	61,3

Fuente: Entrevista

Tabla # 2: Clasificación de las familias de las adolescentes embarazadas según tamaño y ontogénesis. Área VII. 2016-2017

Clasificación familia según tamaño		
Tamaño	Frecuencia	Porcentaje
Pequeña	1	3,2
Mediana	24	77,4
Grande	6	19,4
Clasificación familia según ontogénesis		
Extensa	29	93,5
Ampliada	2	6,5
Total	31	100,0

Fuente Entrevista

Tabla #3: Clasificación de las familias de adolescentes embarazadas según funcionamiento familiar. Área VII. 2016-2017

Clasificación Familia según FFSIL		
Familias	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	6	19,4
Moderadamente Funcional	23	74,2
Disfuncional	2	6,5
Total	31	100,0

Fuente: FFSIL

Tabla # 4: Evaluación de la repercusión familiar del embarazo en la adolescencia. Área VII. 2016-2017

Repercusión Familiar	Favorable		Desfavorable		Total	
	No	%	No	%	No	%
No repercusión	3	9,7	0	-	3	9,7
Repercusión Leve	3	9,7	1	3,2	4	12,9
Repercusión moderada	5	16,1	8	25,8	13	41,9
Repercusión elevada	0	-	8	25,8	8	25,8
Repercusión severa	0	-	3	9,7	3	9,7
Total	11	35,5	20	64,5	31	100,0

Fuente IRFA

Tabla # 5 Evaluación de la repercusión familiar del embarazo en la adolescencia según áreas: Socio psicológica, Salud, Socio económica y funcionamiento familiar. Área VII. 2016-2017

Forma de repercusión	Socio económica		Socio psicológica		Funcionamiento familiar		Estado de salud	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
No repercusión	3	9,7	2	6,5	6	19,4	2	6,5
Repercusión Leve	3	9,7	10	32,3	5	16,1	2	6,5
Repercusión moderada	16	52	13	41,9	18	58,1	14	45,2
Repercusión elevada	7	23	6	19,4	1	3,2	8	25,8
Repercusión severa	2	6,5	2	6,5	1	3,2	5	16,1

REPERCUSIÓN SOCIAL DEL ENTRENAMIENTO PARA DIAGNÓSTICO DE MALARIA

SOCIAL REPERCUSSION OF TRAINING IN DIAGNOSIS OF MALARIA

Castro Bruzón, Yoelvis¹, Ortega Medina, Sahily de la Caridad², Fuentes Soto, José Andrés³, Reyes Rodríguez, Idalmis⁴.

1 E-mail: joseafs@jagua.cfg.sld.cu Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba .Licenciada en laboratorio clínicoI.

2E-mail:sahilyom661017@jagua.cfg.sld.cu Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cienfuegos, Cuba. Master en Parasitología.

3 E-mail: joseafs@jagua.cfg.sld.cuPoliclínico Área VII. Pastorita, Cienfuegos, Cuba. Especialista primer grado MGII.

4 E-mail: Idalmis.reyes@gal.sld.cu Hospital Provincial Gustavo Aldereguia Lima. Cienfuegos, Cuba Master en Enfermedades infecciosas.

ABSTRACTS:

Malaria, is the most important parasitic disease in humans. It is one of the priority problems in our health program due to its wide distribution in Latin America, its prevalence and the possibility of being imported into our country.

Therefore demonstrating in the non-health population, the need for knowledge of this parasitic disease eradicated in Cuba since November 1973, makes us achieve our objective, assess the social impact of training for the diagnosis of malaria as one of the most important parasitic diseases in humans, taking into account the social and economic repercussions of this disease in the province and in the country, considering man as a bio psychosocial being in the light of techno-scientific development.

It is our duty as trainers of health professionals, to promote information to achieve an expert capable of accompanying Higher Medical Education with solidarity and affection; trained to perform any task in any part of the world and even within the country, if it merits it at the time of making an effective diagnosis.

Key words: DIAGNOSIS, SOCIETY, TRAINING, MALARIA.

Resumen:

La malaria o paludismo, es la enfermedad parasitaria más importante en humanos. Produce más de 400 millones de casos clínicos y entre 1 y 3 millones de muertes anuales. Es endémica en 103 países donde reside más de la mitad de la población mundial. Constituye uno de los problemas prioritarios en nuestro programa de salud debido a su amplia distribución, en América Latina a su prevalencia y la posibilidad de poder ser importada en nuestro país, demostrar en la población no propia de salud, la necesidad del conocimiento de esta parasitosis erradicada en Cuba desde noviembre de 1973, es por lo que pretendemos lograr nuestro objetivo, describir la repercusión social del entrenamiento para el diagnóstico de paludismo como una de las enfermedades parasitarias más importantes en humanos teniendo en cuenta la repercusión social y económica que pueda existir de esta enfermedad en la provincia y su vez en el país, considerando al hombre como ser biopsicosocial a la luz del desarrollo tecnocientífico. Es nuestro deber como formadores de profesionales de la salud, potenciar la información para lograr no solo un experto capaz de acompañar la Educación Médica Superior, con solidaridad y afecto; capacitado de cumplir cualquier tarea en cualquier parte del mundo e incluso dentro del país si es que lo amerita a la hora de hacer un diagnóstico eficaz.

Palabras claves: DIAGNÓSTICO, SOCIEDAD, ENTRENAMIENTO, PALUDISMO.

INTRODUCCION

La malaria o paludismo, es la enfermedad parasitaria más importante en humanos. Produce más de 400 millones de casos clínicos y entre 1 y 3 millones de muertes anuales. Es transmitida al hombre de forma natural a través de la picadura del mosquito hembra del género anópheles. Accidentalmente pueden ocurrir infecciones provocadas por transfusión sanguínea o por la contaminación de jeringuillas o de otros instrumentos médicos. También se ha planteado la transmisión por vía congénita y en el momento del nacimiento por infección del feto con sangre materna. El género Plasmodium incluye más de 100 especies de las cuales 22 infectan a monos y 82 son agentes patógenos para reptiles y aves. Cuatro especies parasitan al hombre: Plasmodium vivax, Plasmodium falciparum, Plasmodium malariae, Plasmodium ovale,¹ aunque en los últimos años también se han reportado brotes por la especie zoonótica Plasmodium knowlesi.²

La malaria en el mundo

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), Esta enfermedad que había sido eliminada en muchas partes del mundo está experimentando ahora un resurgimiento, al punto de que hoy en día es un problema de salud pública en más de 90 países habitados por alrededor de 2'400 millones de personas, es decir, el 40 por ciento de la población mundial.³

En Cuba la notificación del último caso autóctono de malaria data de octubre de 1967, cuando se logró interrumpir la transmisión de la enfermedad el país fue oficialmente registrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como área de malaria erradicada desde noviembre de 1973.

En Cuba, se redujo la transmisión por la eliminación del parásito no del vector. (agotamiento de susceptibles).

Debido a la acumulación del conocimiento y los avances tecnológicos ocurridos en el sector de la salud, la asistencia médica ha cambiado profundamente en los últimos años, siendo el individuo responsable de su salud, por lo que se necesita preparar para asumir el proceso tecnológico de muestras obtenidas de gota gruesa con el objetivo de diagnosticar el paludismo mediante la microscopia, aplicando la técnica para su diagnóstico lo que permite su desempeño también en instituciones científicas del sector de la salud y siendo esta nuestra proyección de trabajo. Nos toca a nosotros este importante reto mediante la incorporación y ampliación constante del conocimiento en la solución de los problemas de salud-enfermedad, que cada vez adquieren más necesidad e importancia.

Nos toca a nosotros este importante reto mediante la incorporación y ampliación constante del conocimiento en la solución de los problemas de salud-enfermedad, que cada vez adquieren más necesidad e importancia. Lograr en nuestro sistema de salud que el personal de diagnóstico realice un dictamen rápido de la parasitosis (paludismo) constituye una estrategia para evitar la posible transmisión en la provincia o el país de cualquier enfermedad endémica.

OBJETIVO: Describir la repercusión social del entrenamiento para el diagnóstico de paludismo.

DESARROLLO

El Paludismo o Malaria es la enfermedad parasitaria más importante en los trópicos, constituye en la actualidad una preocupante para salud pública en nuestro país, por el número de colaboradores que se encuentran prestando asistencia en numerosos países del mundo donde la enfermedad es endémica, además que ha aumentado el número de viajeros al extranjero en calidad de turismo, este hecho unido a la presencia del vector y la receptividad de nuestro territorio convierten al Paludismo en una de las enfermedades, de más riesgo de ser reintroducida.

En los últimos años, la situación epidemiológica del Paludismo se ha hecho más compleja, y como es lógico, esto impone la elevación constante de los niveles de vigilancia. Estas condiciones exigen que se refuercen las coberturas de preparación y superación de diagnóstico de todo el personal de salud, quienes enfrentan un alto nivel de responsabilidad por lo que se requiere de una excelente disposición y dedicación.⁴

Esta estrategia es fruto de una amplia consulta realizada durante años, en la que han participado expertos técnicos. Se basa en los tres pilares siguientes:

- Asegurar el acceso universal a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del paludismo.
- Agilizar las actividades destinadas a la eliminación y lograr la certificación de ausencia de paludismo.
- conseguir que la vigilancia de esta enfermedad se considere una intervención básica.

El Programa Mundial sobre Paludismo, de la OMS (Organización Mundial de la Salud) coordina las actividades que la Organización desarrolla para luchar contra esta enfermedad y lograr eliminarla. A este respecto: define, comunica y difunde normas, criterios, políticas, estrategias técnicas y directrices basadas en datos científicos, y promueve su adopción.⁵

Este Programa Mundial sobre Paludismo recibe el apoyo y el asesoramiento del Comité Asesor en Políticas sobre Malaria, un grupo de 15 expertos mundiales en esta enfermedad nombrados tras un proceso de candidatura abierto. El Comité se reúne dos veces al año y brinda asesoramiento independiente a la OMS para que elabore recomendaciones acerca del control y la eliminación del paludismo. El mandato del Comité consiste en proporcionar asesoramiento estratégico y técnico, y abarca todos los aspectos del control y la eliminación de la enfermedad, como parte de un proceso transparente, sensible y creíble de formulación de políticas.⁵

Clasificación de los casos de Paludismo

- Importado: caso de paludismo que adquirió la enfermedad en un país o área endémica.

- Introducido: caso de paludismo que adquiere la enfermedad en un área o país libre de esta como producto de transmisión local a expensas de uno o varios casos importados.

- Inducido: caso de paludismo que adquiere la enfermedad de la madre antes del parto (transmisión placentaria).

- Autóctono: todo caso de paludismo que ocurre en un área o localidad donde la transmisión es endémica. Para que un área donde se declaró la erradicación de la enfermedad pierda esta condición, se debe establecer la transmisión de forma ininterrumpida por espacio de 2 más años.

Algunas estrategias de prevención para el paludismo son:

- Rellenar y canalizar los estancamientos de agua
- Eliminar algas filamentosas en cuerpos de agua en criaderos de mosquitos
- Cortar la vegetación alrededor de la vivienda para evitar el refugio y reposo del mosquito
- Dormir protegido con mosquiteros impregnados con insecticidas de acción residual para protegerse del contacto con el mosquito
- Aplicar insecticidas de acción residual en las paredes interiores de las viviendas
- Utilizar prendas que protejan cuerpo, brazos y piernas y repelentes de insectos sobre la piel expuesta.

SINTOMATOLOGIA DEL PALUDISMO:

Los síntomas predominantes de la enfermedad son: cefalea, escalofrío, fiebre, sudoración y malestar general. Una vez instalado el cuadro clínico, se presentan como accesos separados por períodos cortos relativamente libres de molestias. El cuadro clínico está en dependencia de la especie parasitaria. Se ha planteado que *Plasmodium falciparum* es el responsable de los cuadros clínicos más severos, además de la carga parasitaria y del estado inmune del huésped.

La sospecha diagnóstica debe plantearse frente a todo paciente con un proceso febril de causa indeterminada y que provenga o haya estado en zonas de endémica palúdica. El diagnóstico de certeza se realiza mediante la técnica de gota gruesa o frotis y consiste en la demostración de la presencia en la sangre, de cualquiera de los estadios morfológicos de las diferentes especies de *Plasmodium* que producen la malaria humana. Estos procedimientos tienen su mayor eficiencia si las muestras son obtenidas en pleno acceso febril.

El paludismo o Malaria es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes y uno de los principales problemas de salud para el viajero. El riesgo de infección varía en función del itinerario, la duración del viaje, la época del año (época de lluvias o la temperatura), la inmunidad de la población, la distribución de lugares donde se crían los mosquitos y la prevalencia de las distintas especies.

Los continentes más afectados son África, Asia y las Américas; se estima que cada año la malaria le cuesta a África 12 billones de dólares del producto nacional bruto, partiendo de que la enfermedad ha reducido el crecimiento

económico en 1,3 % cada año, y como resultado de esto la pérdida de vidas y una menor productividad. Este evento, denominado por la economía penalización en el crecimiento, se repite año tras año produciendo una coacción al desarrollo económico de los países.⁶

Diagnostico

El diagnóstico de esta enfermedad se realiza fundamentalmente mediante la observación de las distintas formas del parásito en el examen microscópico de extensiones de sangre periférica teñidas con diversos colorantes, lo que sigue siendo el método de referencia. La gota gruesa (GG) permite analizar una mayor cantidad de sangre, facilitando la detección de parasitemias bajas y un ahorro de tiempo en el examen. Aunque son muchas las tinciones que se aplican para el diagnóstico del paludismo, la tinción de Giemsa es el modo de coloración de referencia.

Diagnosticar a tiempo la presencia de malaria puede ser vital para el enfermo, ya que la aparición de complicaciones está muy relacionada con la demora de la instauración del tratamiento.⁷

La microscopía, sigue siendo el método diagnóstico de elección en el que se basan los programas de control de la malaria debido entre otras cosas a su sensibilidad, efectividad y bajo costo, de ahí la importancia de que los microscopistas que trabajan en los laboratorios de los diferentes niveles de la red nacional de salud, tengan los conocimientos teóricos y habilidades prácticas necesarias para cumplimentar y enfrentar el diagnóstico a través de este método.

En cuanto a el diagnóstico de Gota gruesa existe el estudio Inmunocromatográfico es de diagnóstico rápido, pero al ser altamente costoso suele ser reservado para prescripción Institucional como el (IPK) Instituto Pedro Kourí.

Los retos del futuro que nos falta conocer de la Malaria?

Interacción hospedador-parásito, mecanismos de generación de enfermedad, genética, bioquímica y metabolismo, cambios ambientales y su impacto en la transmisión, conocimientos, actitudes y prácticas hacia la enfermedad.

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó en mayo de 2015 la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030, que proporciona un nuevo marco de 15 años de duración para aplicar medidas de control en todos los países endémicos. La estrategia establece una serie de objetivos ambiciosos pero alcanzables para el año 2030, consistentes, entre otras cosas, en reducir las tasas mundiales de incidencia y mortalidad en al menos un 90%; eliminar el paludismo en 35 países como mínimo; y prevenir posibles rebrotes en todos los países libres de paludismo.⁸

México y Cuba se destacan entre los países latinoamericanos que han realizado un número considerable de estudios de laboratorio, con especies de nematodos parásitos, evidenciado su capacidad de reducir altas densidades

poblacionales de larvas de mosquitos de los géneros Anopheles, Culex y Aedes.⁹

Cuando comenzó el control de foco en el municipio de Rodas, se realizaron diferentes actividades en el municipio así como en la cabecera provincial, con el objetivo primeramente de concientizar a la población del problema.

Se dieron charlas educativas a la población en general, en escuelas, al personal de salud que no trabaja directamente con él diagnóstico, refiriéndonos no solamente a análisis sino al trabajo directo con la población. Se realizaron actividades de saneamiento ambiental, tratamiento químico con fumigación, abatización de la toda la comunidad. Se establecieron en diferentes zonas de nuestro municipio la siembra de peces larvífagos en embalses naturales o artificiales, se realizaron actividades de saneamiento en lugares proclives para el vector.

Se realizaron otras actividades como, ferias de lanzamiento de productos de Labiofam para combatir el mosquito. Lográndose en conjunto, que la población se concientizara con las orientaciones establecidas y prepararlos en cuanto a conocimiento a cerca de una enfermedad parasitaria no conocida habitualmente y de hecho erradicada en nuestro país.

En los países donde se han realizado este tipo de aplicaciones, como Nicaragua, la prevalencia de la malaria se redujo notablemente, en las observaciones indican que se redujo, según datos suministrados por las enfermedades de transmisión vectorial, en los municipios donde se introdujo el nematodo.⁹

El costo directo de la malaria incluye un alto gasto público al mantener infraestructuras en salud; realizar su control efectivo y campañas de educación pública. En países con un alto índice de malaria, alcanza 40 % del gasto público en salud y 50 % de las visitas ambulatorias. El sufrimiento humano y la pérdida de vidas causadas por la malaria a menudo están marcados por la carga económica de las familias, que asumen altos costos personales por pagos en redes impregnadas con insecticidas, piretroides para fumigar las casas, honorarios médicos, medicinas anti-malaria, transporte e instalaciones de salud, y apoyo al paciente.¹⁰

Los métodos preventivos disponibles actualmente se basan en el control vectorial, e incluyen el uso de mosquiteros impregnados de insecticida de larga duración, el rociamiento intradomiciliario con insecticidas, el uso de larvicidas y otras medidas medioambientales para evitar la proliferación de mosquitos en aguas estancadas.¹¹

Es nuestro deber como formadores de profesionales de la salud, potenciar la información para lograr un experto capaz de acompañar la Educación Médica Superior, con solidaridad y afecto; capacitado de cumplir cualquier tarea en cualquier parte del mundo e incluso dentro del país si es que lo amerita.

En el diseño de nuestro entrenamiento preparamos láminas diagnosticadas por expertos en la provincia y luego analizadas como control de calidad por (IPK), obtenidas en pacientes con diagnóstico de malaria importada en viajeros de Guyana. Residentes en el municipio Rodas. Provincia Cienfuegos.

Nuestra disertación se proyecta dando gran importancia a la necesidad que el personal que se dedique al diagnóstico de esta parasitosis debe de estar bien preparado en la identificación de este género Plasmodium.

Apoyados en la preocupación de nuestro país y especialmente la provincia de Cienfuegos, de mantener la erradicación de este esporozario del orden Eucoccidia. Nuestro Departamento Provincial de Parasitología del Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología nos dimos a la tarea de elaborar un entrenamiento para mantener en nuestra región un diagnóstico con calidad de la malaria y de esta manera contribuir a apoyar las actividades del Programa de Control Sanitario Internacional.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alerta a los Estados Miembros sobre el riesgo de ocurrencia de brotes, aumento de casos y defunciones en áreas endémicas, así como sobre la posible re introducción de la enfermedad en áreas en las que se ha interrumpido la transmisión. Los logros alcanzados en el camino hacia la eliminación de la enfermedad en la Región, pueden verse comprometidos si no se mantienen o fortalecen las acciones de vigilancia y control de la enfermedad.

La OPS/OMS insta a fortalecer las acciones relacionadas con la detección temprana e inicio inmediato del tratamiento con base al diagnóstico parasitológico. La intervención principal radica en acortar los tiempos entre el inicio de síntomas, el tratamiento del caso y la acción de investigación-respuesta.¹²

En nuestra provincia Cienfuegos se han realizado diferentes propuestas para lograr evitar la reintroducción del Paludismo al país y por supuesto a la provincia. De esa manera logramos orientar a la población desde los más pequeños de nuestras casas hasta los más adultos.

EL CONTROL DEL PALUDISMO ES TAREA DE TODOS Y TODOS DEBEN CONTRIBUIR.

Se necesita la colaboración de los miembros de la comunidad y la participación de quienes se ocupan de la educación y del medio ambiente en general, del abastecimiento de agua, del saneamiento y del desarrollo comunitario.

CONCLUSIONES

- La Malaria, constituye uno de los problemas prioritarios en nuestro programa de salud pública debido a su amplia distribución, en América Latina a su prevalencia y a la posibilidad de poder ser importada en nuestro país.
- El contenido de nuestro entrenamiento está determinado por la necesidad individual, y las exigencias del desarrollo científico técnico en el mundo, el país, el territorio y el puesto de trabajo.
- Continúa siendo la Gota gruesa herramienta fundamental para el diagnóstico de Paludismo en nuestra provincia, el estudio Inmunocromatográfico es de diagnóstico rápido, pero al ser altamente costoso suele ser reservado para prescripción Institucional como el IPK Instituto Pedro Kourí.
- Continuar orientando a la población sobre los problemas que pudiera ocasionar la reintroducción de la parasitosis y las consecuencias que esto implicaría no solo a nivel biológico, psicológico, así como en la familia y la sociedad siendo un deber de todos dado carácter multi e interdisciplinario jugando el estado un papel rector en esta lucha para seguir afirmando que Cuba es un país libre de Malaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1-Brown Sotolongo C, Dias Neto A, Silva A ,Romeu Roque S. Polineuropatía en un paciente crítico con malaria grave y disfunción multiorgánica. Rev Ciencias Médicas [Internet].2014 [citado 29 Ago 2017]; 18(2):[aprox. 8p]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000200018&lng=es.

2- PembeleGarcíaN, da Silva F, Ferreira Miguel C, Dimbu PR, Fortes F, Rojas Rivero L. Evaluación de la calidad del diagnóstico de la malaria por microscopía óptica en laboratorios provinciales de la República de Angola. Rev Cubana MedTrop [Internet]. 2014 Ago [citado 2017 Oct 25]; 66(2): [aprox. 10p]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602014000200004&lng=es.

3 _ Ministerio de Salud. Impacto económico de la Malaria en el Perú. Disponible en: www.researchgate.net/2012

4_ García Nazaré P, da Silva F, Fortes F, Sánchez Valdés L, Cantelar de Francisco N, Menéndez Capote RL, et al .Intervención Educativa para mejorar la calidad del Diagnóstico de la Malaria en la red de Laboratorios de Luanda, República de Angola. Revhabancienméd [Internet].2015; 14(2): [aprox. 10p]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000200015&lng=es.

5_ WHO. Malaria Report. Ginebra; 2013

6_ Molineros Gallón LF, Calvache López O, Bolaños Ramírez H, Castillo Carol C, Torres Burbano C. (Marzo, 2014). Aplicaciones de un modelo integral para el estudio de la malaria urbana en San Andrés de Tumaco, Colombia. Rev Cubana MedTrop, 66(1), 3-19.Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602014000100002&lng=es.

7_ García Nazaré P, da Silva F, Ferreira Miguel C, Dimbu PR, Fortes F, Rojas Rivero L. Evaluación de la calidad del diagnóstico de la malaria por microscopía óptica en laboratorios provinciales de la República de Angola. Rev Cubana MedTrop [Internet]. 2014 Ago [citado 2017 Oct 25]; 66(2): [aprox. 10p]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602014000200004&lng=es.

8_Perdomo Acosta R, Mendoza Herrera Z, Ndombe A, Mingi M, LamotheNuviola D, Marquetti Fernández MC. Comportamiento de pesquisas parasitológicas y entomológicas en un área meso endémica inestable de malaria en Angola. RevCubanaMedTrop [Internet]. 2015 dic [citado 3 Oct 2017]; 67(3). [aprox. 10p]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602015000300003&lng=es.

9_ Rivera Mendoza P, Blanco J, Solís Quant S, Eliseo Astin G, García Ávila I, García García I, et al .Romanomermisculicivorax (Nematoda:Mermithidae): una

alternativa para el control de vectores de malaria en Nicaragua. Rev Cubana MedTrop [Internet]. 2014 Mar [citado 25 Oct 2017] ; 66(1): [aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602014000100009&lng=es.

10_Torres Burbano C. Aplicaciones de un modelo integral para el estudio de la malaria urbana en San Andrés de Tumaco, Colombia. Rev Cubana MedTrop. 2014 mar [Internet]. 2014; 66(1): [aprox. 16p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602014000100002&lng=es.

11_Morales Lugo M, Pérez Lorenzo MC, Guerra Hernández HE, Martínez Romero J, Regalado Carbajal AJ. (Agosto, 2014). Paludismo por Plasmodiumvivax: presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Ago [citado 25 Oct 2017]; 18(4): [aprox. 7p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400018&lng=es

12- Alerta Epidemiológica.Organización Panamericana de la salud, 2017,www.paho.org

TÍTULO. REPRESENTACIÓN SOCIAL DE MASCULINIDAD EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA SU SALUD SEXUAL.

Autor principal. Tania Maité Ponce Laguardia, taniapl710823@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Universitario “Dr. Enrique Barnet”. Lajas Cienfuegos, Cuba, jefe de departamento, Máster en Longevidad Satisfactoria

Coautor. Omar Frómata Rodríguez, omarfr850829@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Universitario “Dr. Enrique Barnet”. Lajas Cienfuegos, Cuba, Máster en Orientación y terapia sexual.

Coautor. Yordana Oropesa Enríquez yordanaoe711013@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Universitario “Dr. Piti Fajardo”. Cruces. Cienfuegos, Cuba, Máster en Psicología de la salud.

Coautor: Carlos Andrés Cruz Cruz, carloscc820829@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Universitario “Dr. Enrique Barnet”. Lajas Cienfuegos, Cuba.

Coautor: Geydis Montero Angulo, geydisma711027@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico Universitario “Dr. Piti Fajardo”. Palmira. Cienfuegos, Cuba, Máster en Longevidad Satisfactoria

Resumen

En la búsqueda de información y la reflexión acerca de la concepción de la masculinidad que portan los adolescentes varones que conforman el estudiantado de la provincia Cienfuegos y su repercusión en su salud sexual se plantea como **objetivo general**. Identificar desde la perspectiva de los adolescentes varones su representación social de la masculinidad y su repercusión en el desarrollo de su sexualidad y la adopción de comportamientos de riesgo que afecten su salud sexual. **Metodología** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en el período de septiembre de 2017 a enero de 2018 en tres institutos preuniversitarios de la provincia Cienfuegos, pertenecientes a los municipios Lajas, Cruces y Palmira. **Universo** compuesto por los 67 estudiantes varones que cursan duodécimo grado en el curso 2017-2018. Técnicas de recogida de la información. Cuestionario. Encuesta sobre nivel de conocimiento acerca de ITS y VIH/SIDA. Diez deseos. Composición. **Resultados.** La concepción de la sexualidad de los adolescentes esta mediatizada por la concepción de masculinidad, asumida por los varones, vinculan al desempeño de sus roles sexuales, a sus competencias sexuales individuales, y a su perfeccionamiento en el ejercicio de sus roles y sus metas sexuales mediatizadas por el comportamiento erótico. **Conclusiones.** El inicio precoz de las relaciones sexuales, la cantidad de parejas sexuales, el predominio de parejas ocasionales, la realización de prácticas sexuales sin protección, y la tendencia a la polirrelación, son comportamientos sexuales que aumentan la vulnerabilidad individual de los adolescentes de a contraer ITS, VIH/SIDA, influyendo negativamente en su salud sexual.

Palabras claves

Masculinidad, adolescencia, salud sexual

Introducción

La masculinidad se trata de un conjunto de ideas socio-ideológico-culturales que se han encargado de preservar la hegemonía masculina como centro de poder. La ideología que sustenta las masculinidades traspasa, cruza los sistemas culturales, impone las políticas, las creencias y demarca todas las estructuras: sociales, raciales y sexuales entre otras.¹

En relación al campo de la Salud Sexual y Reproductiva, en la construcción y el mantenimiento de la identidad, el desempeño sexual tradicional es un factor crucial para los varones adolescentes y los procesos reproductivos no son tan relevantes como la sexualidad.² Muchos varones recaban información sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) a través de redes sociales, familiares cercanas y como última opción, acuden al sistema de salud.

La adolescencia también constituye un período de exploración y autodescubrimiento donde se desarrolla consciencia y entendimiento con respecto a la identidad de género y la orientación sexual. En la actualidad, categorías identitarias fijas o estables como “hetero”, “gay” o “lesbiana” no resultan significativas para los/as propios adolescentes, quienes se definen en “fluidez” y prefieren no “etiquetarse”³. Asimismo, los auto-reportes de identificación no se condicen de manera lineal con las prácticas y/o fantasías.

En la juventud y en la etapa adulta, esta postura asume matices más preocupantes. Los hombres se resisten, con frecuencia, a reconocer un problema de salud y a buscar auxilio. Esa resistencia a generado problemas complejos, como es el caso de la propagación de la epidemia VIH/sida, por solo mencionar uno. En infinidad de ocasiones no percibimos que el cuidado es una habilidad que se aprende a lo largo de la vida.⁴

El imaginario social del rol de hombre lo constituyen características como las tradicionales asignaciones instituidas a la masculinidad, expresadas a través de la manifestación de mitos relacionados con la virilidad, que aluden al protagonismo erótico, en el que la heterosexualidad es considerada como emblema identificador de la masculinidad, lo cual sustenta y legitima la promiscuidad en los hombres. Las actitudes homofóbicas son manifestadas con persistencia ante la posible generación de alguna duda de la virilidad que con orgullo exhiben. Tienen lugar expresiones orales que con tonos despectivos ridiculizan la homosexualidad y a los homosexuales. En los más jóvenes se presenta tolerancia hacia estos y los consideran también hombres, aunque lo instituido les impide establecer relaciones desprejuiciadas con ello.^{5,6}

En la búsqueda de información y en la reflexión acerca de la concepción de la masculinidad que portan los adolescentes varones entre 17 y 19 años que forman parte del estudiantado de la provincia Cienfuegos y como estas pueden constituir un factor de riesgo para su salud sexual, en aras de diseñar e implementar intervenciones educativas dirigidas al desarrollo de una sexualidad plena y responsable y a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Se plantea como **objetivo general**. Identificar desde la perspectiva de los adolescentes varones su representación social de la masculinidad y su repercusión en el desarrollo de su sexualidad y la adopción de comportamientos de riesgo que afecten su salud sexual.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en el período de septiembre de 2017 a enero de 2018 en tres institutos preuniversitarios de la provincia Cienfuegos, pertenecientes a los municipios Lajas, Cruces y Palmira. para ello se contó

con la autorización de la Dirección Municipal de Salud de educación y con el consentimiento informado de cada uno de los participantes.

El universo estuvo compuesto por los 67 estudiantes varones que cursan duodécimo grado en el curso 2017-2018, pertenecientes a los Preuniversitarios urbanos, los municipios Lajas, Cruces y Palmira, provincia Cienfuegos.

Se llevó a cabo un encuentro con los adolescentes y sus profesores donde se les explicó las características de la investigación para conocer su disposición de incorporarse a la misma, y se acordó la fecha y horario en que se llevarían a cabo las sesiones diagnósticas atendiendo a la disponibilidad y tiempo de cada uno de los adolescentes.

Se aplicaron técnicas de recogida de la información las cuales se distribuyeron en cuatro sesiones de trabajo con los tres grupos, llevándose a cabo de la siguiente manera se aplicó un cuestionario dirigido a los adolescentes. Encuesta sobre nivel de conocimiento acerca de ITS y VIH/SIDA y percepción de riesgo. Diez deseos. Composición “Para mí un hombre en relación a su sexualidad debe ser...”

Métodos estadísticos. Se utilizó la triangulación de fuentes, se confeccionó una base de datos empleando el paquete de programas SPSS versión 19.0 para Windows que permitió el procesamiento, análisis estadístico y la confección de las tablas de resultados, los que se mostraron en tablas de frecuencia y de relación de variables expresados en números y porcentajes.

Resultados

En relación a la edad de los adolescentes un 85% tienen 17 años y solo el 15% ya cumplieron los 18 años de edad. El 93% de los adolescentes declaró asumir como orientación sexo-erótica la heterosexualidad y un 7% se asumió como homosexual.

El abordaje de la representación social de los adolescentes de la masculinidad en relación a su sexualidad se realizó a través de la redacción de la composición “Para mí un hombre en relación a su sexualidad debe ser...” Es importante destacar que en el 100% de los adolescentes independientemente de su orientación sexual plantean que ante todo hay que ser hombre y dar el pecho a los problemas “, que un hombre que se respete no habla de otro hombre “Un aspecto de gran importancia es la incidencia de los roles de género en la búsqueda de pareja, individualizándose en los adolescentes en función de su personalidad, condicionando en buena medida los ideales y expectativas en la relación. Uno de los resultados más interesantes hallados es la presencia de creencias y estereotipos sexuales en más del 50% de los adolescentes heterosexuales esencialmente toman en cuenta los atributos externos, la edad, prefiriendo a personas mayores que ellos y sus competencias sexuales. Existe rechazo a la homosexualidad, creencias asociadas al tamaño del pene, a la experiencia sexual, a mujeres sexsímbolos, lo cual está influenciado por los medios de información sexual que consultan y por los modelos sexuales adquiridos por la cultura foránea, coincidiendo con la formación de los ideales de los adolescentes. Estos conceptos de sexualidad están mediatizados por la masculinidad, la orientación sexoerótica y la identidad sexual asumida por los varones los cuales vinculan al desempeño de sus roles sexuales, a sus competencias sexuales individuales, al perfeccionamiento de las mismas en el ejercicio de sus roles, al logro de sus metas sexuales mediatizadas por el comportamiento erótico.

Refuerzan su masculinidad desde estereotipos sexuales donde resaltan al hombre mujeriego, viril, con el poder de satisfacer sexualmente a sus parejas. Constituyendo

comportamientos de riesgos que propician que los adolescentes contraigan ITS o el VIH, resultando los mismos una influencia negativa para el desarrollo del estado de bienestar físico de la salud sexual de éstos.

En cuanto al vínculo afectivo en la relación sexual señalan aspectos relacionados con el romanticismo, la necesidad de ser imaginativos, necesidad de sentirse amada, apasionadas, sentirse satisfecha, cuando dicen: “que mi pareja sea buena en el sexo”. Siempre he aspirado: “a superarme en la cama”.

En el vínculo afectivo de pareja le dan un lugar jerárquico al éxito en las relaciones sexuales, constituyendo una de sus preocupaciones fundamentales, satisfacer a su pareja, y uno de los requisitos señalado por el 100% de los heterosexuales que “tiene que ser bonita”, “hacerle sentir bien”, “tiene que hacer bien el amor”, “debe ser sexy” aspectos relacionados con el ideal de pareja de los mismos, donde el atractivo físico actúa como un criterio de selección al inicio de la relación “que mi pareja sea buena en el sexo”. Siempre he aspirado: “a superarme en la cama”. En el vínculo afectivo de pareja le dan un lugar jerárquico al éxito en las relaciones sexuales, constituyendo una de sus preocupaciones fundamentales, satisfacer a su pareja.

Se constató que en los adolescentes estudiados están presentes particularidades psicológicas de la edad tales como la extrema sensibilidad a la valoración externa, la conformación de la autoestima la cual el 60% de los mismos consideran tenerla alta, estas particularidades los hace luchar por la búsqueda de habilidades sociales de contacto íntimo personal, de intimidad y a su vez se torna necesario para delinear y consolidar la autoidentidad y la madurez psicológica.

Fueron criterios comunes asociados a la masculinidad en los adolescentes heterosexuales “La necesidad de hacer el papel de hombre, “concepto aplicado a la obligación de establecer una relación de pareja o sexual con aquellas mujeres que se lo propongan aunque no exista un vínculo afectivo entre ellos. Existen otras atribuciones como “El que come bueno y come malo come doble “.Yo no busco a nadie pero si ellas quieren yo soy un hombre.

Ante la interrogante de como desearían que se desarrollara su sexualidad estuvieron dentro de sus respuestas más frecuentes “Yo deseo saber cómo lograr fácilmente el orgasmo, como sentir más placer, ser enseñado por alguien que posea más experiencia, yo deseo conocer como ser buena en el sexo, estar con personas mayores que yo para aprender más.

Las respuesta anteriores traslucen, que los adolescentes no se han apropiado del concepto de sexualidad, la identifican el 75% con sexo, la ven desde la dimensión erótica 73% de los adolescentes, lo cual se evidencia a través de otras expresiones como: mi sexualidad es: “deliciosa”, “activa”, “no he tenido”, “espléndida”, “plena”, “con condón”, “es saludable porque me protejo”.

En lo que concierne al desarrollo de su salud sexual

La edad de inicio de las relaciones sexuales coitales fue entre los 14 años para un 23% y a los 16 años en un 54% solo un 16% de los mismos las iniciaron entre los 17 años de edad.

En relación al contenido psicológico de la sexualidad, la motivación para la realización de la actividad sexual fue extrínseca e intrínseca, siendo para un 54% la atracción física y en igual por ciento, estar enamorado.

En relación al número de parejas sexualmente activas en el sexo masculino el 51% señaló haber tenido varias, un 40% de dos a tres parejas y solo un 9% ha tenido una sola pareja,

El tipo de relación de pareja que predominó en un 54% fueron las ocasionales o “descarga” y solo un 38% las estables lo cual se identifica cuando plantean: Mi ambición sería; “descargar con otras mujeres”, “estar con muchas chicas”. Siempre he aspirado “tener muchas parejas”.

Los jóvenes heterosexuales en la elección de pareja, señalan que “tiene que ser bonita”, “tiene que hacer bien el amor”, “debe ser sexy” aspectos relacionados con el ideal de pareja de los mismos, donde el atractivo físico actúa como un criterio de selección al inicio de la relación.

A pesar de ser la masturbación una práctica sexual típica de esta etapa del desarrollo solo un 23% de los adolescentes la declara como una de las prácticas sexuales que utiliza, lo cual está mediatizado por la presencia de prejuicios y estereotipos aplicados a la sexualidad, donde el 58% de los varones señalan prejuicios asociados al uso de la masturbación.

Existe vulnerabilidad individual en los adolescentes estudiados a contraer ITS o el VIH debido a que el 96% realizó las prácticas exploratorias en parejas, la masturbación, el cunnilingus, la felación y el sexo oral mutuo, sin protección influyendo negativamente en el desarrollo de su salud sexual. Estos comportamientos están condicionados por las características de la personalidad de esta etapa del desarrollo

Es importante destacar que el 9% identificaron la presencia de alguna infección de transmisión sexual en algún momento de su vida. En cuanto a la comunicación a la pareja sobre el diagnóstico de una infección de transmisión sexual, para prevenirla, el 100% refirió comunicarlo a su pareja, en el caso de ellas el motivo por el que lo harían sería para evitar el contagio y recibir atención médica ambos, ellos lo harían, al igual que las chicas para evitar el contagio.

El 90% de los adolescentes plantearon que existen medios o recursos que brindan información acerca de cómo prevenir las ITS y el VIH, destacándose entre ellos las revistas especializadas sobre el tema, spot televisivos, charlas educativas. El 77% de los varones mencionan a la madre, un 61,5% refiere a los amigos, para el 54% es el padre y para el 38% la literatura científica y revistas, llamando la atención que solo el 23% de ellos reconoce a los profesores como medios de información.

A pesar que el 90% de los adolescentes plantearon que existen medios o recursos que brindan información acerca de cómo prevenir las ITS y el VIH solo el 63% de la muestra tiene conocimientos generales acerca de la prevención de las ITS/ VIH/SIDA. Desconocen las vías de transmisión del VIH/SIDA un 77% los efectos de las ITS en el ser humano. El 87% no tiene conocimientos de la sintomatología de la gonorrea en las mujeres. Finalmente, no evalúan su comportamiento como de riesgo para el contagio y refieren que tienen la información necesaria para evitar exponerse al VIH/SIDA

Los resultados expuestos anteriormente traslucen la presencia de una información sobre la actividad sexual, distorsionada, deficiente, siendo el recurso de información los amigos y amigas, en el 85% de los varones, sin embargo esas “amigos” necesitan capacitaciones adicionales, otra fuente de información son para el 38% de los varones las revistas de contenido “pornográfico”, que en el 100% de los casos no tienen un basamento científico, ni indican asumir conductas protectoras, en el caso de ellos un 38% a través de los padres reciben la información.

Partiendo que la percepción de riesgo es la valoración personal que tiene cada individuo de las probabilidades de contraer una infección de VIH u otra ITS. El indicador que expresa el nivel de percepción de riesgo es la medida en que la persona valora que la probabilidad de infectarse existe y que debe protegerse (25). Un 63% de los adolescentes la presenta. Según datos obtenidos en la encuesta sobre percepción de riesgo y nivel de conocimiento aplicada a los adolescentes estudiados.

Solo un 30% percibe como una conducta de riesgo mantener relaciones con una persona que mantenga relaciones con otra pareja, un 20% de las adolescentes consideran que presentan riesgos de contraer alguna ITS mientras que un 80% no entiende que presentan riesgos de enfermarse, alegando el uso de medios de protección el 67% de ellas, "que posee una relación estable", las mujeres se ven en menos riesgos, en general y en particular, de contagio de ITS/VIH, a pesar de que se ha señalado la mayor vulnerabilidad, no sólo biológica, sino social y cultural de la mujer. Considerar remota la posibilidad de infección, se relaciona, entre otras cosas, con la construcción de la identidad de la mujer, donde suponen, que su pareja, les es fiel en reciprocidad (depositan la confianza en el compañero) y confían en la relación como condición de estabilidad, confianza, fidelidad mutua, etc.

Las principales acciones para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual declaradas por las adolescentes fueron en el 93% el uso del condón y un 60% señaló como otra acción la estabilidad de pareja, los del sexo masculino señalaron el 100% el uso del condón y solo un 23% la estabilidad de pareja. El 100% de los adolescentes solo se protege en las relaciones sexuales con penetración. Solo ven el uso del condón como una práctica sexual segura, y solo las vírgenes ven la prolongación del acto sexual como una práctica sexual segura. Solo realizan sexo protegido en las relaciones con penetración. No realizan sexo seguro el 77%.

Si bien los adolescentes señalan que tienen la información necesaria sobre la transmisión de ITS/VIH/SIDA, que le permite evitar su contagio, el interés por recibir más información sobre el tema, así como acerca de las relaciones sexuales, unido a la variedad importante de comportamientos de riesgo para el contagio que manifiestan que realizan, no existe una correspondencia entre el conocimiento que refieren tener y sus comportamientos de riesgo, por tanto se puede concluir que, en muchos, este conocimiento es incompleto e insuficiente, necesitan lograr un mayor y más profundo conocimiento acerca de la sexualidad en general y el VIH/SIDA, y otras ITS en particular, que les permitan desarrollar acciones preventivas.

No existe concordancia entre el conocimiento, la percepción del riesgo y el comportamiento protector. Los comportamientos de riesgo se desarrollan a pesar de la percepción correcta del riesgo personal y el conocimiento sobre el VIH/SIDA.

Conclusiones

La concepción de la sexualidad de casi la totalidad de los adolescentes esta mediatizada por la masculinidad, la orientación sexoerótica y la identidad sexual asumida por los varones los cuales vinculan al desempeño de sus roles sexuales, a sus competencias sexuales individuales, al perfeccionamiento de las mismas en el ejercicio de sus roles, al logro de sus metas sexuales mediatizadas por el comportamiento erótico.

El inicio precoz de las relaciones sexuales, la cantidad de parejas sexuales que han tenido, el predominio de parejas ocasionales, la realización de prácticas sexuales sin protección, y la tendencia a la polirrelación, son comportamientos sexuales que

aumentan la vulnerabilidad individual de los adolescentes de a contraer ITS, VIH/SIDA, influyendo negativamente en su salud sexual.

El nivel de conocimientos acerca de cómo prevenir las ITS, el VIH/SIDA fue alto en más de la mitad de los adolescentes, y predominó un nivel bajo en relación a los conocimientos sobre la actividad sexual. Existiendo necesidades de aprendizaje en relación a esta temática en la mayoría de ellos.

La mayor parte de los adolescentes se perciben sin riesgo de presentar ITS, VIH/SIDA, Las principales acciones para prevenir el contagio referidas por casi la totalidad de los mismos, fue el uso del condón. La totalidad de ellos solo realizan sexo protegido en las relaciones con penetración y no practican sexo seguro. Todos portan una baja cultura de prevención.

Referencias bibliográficas

1. González Pagés, Julio César. Macho, varón, masculino. Estudio de masculinidades en Cuba. La Habana. 2012;Cuba
2. Hernández S, Carmen RD, Díaz Bernal Z, Sanabria Ramos G, Pérez Piñero J. Representaciones socioculturales sobre el ideal de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos. Rev cub salud pública, Rev cub salud pública. septiembre de 2015; 41:459-75.
3. Rojas-Solís JL. El hombre maltratado. Masculinidad y control social (Reseña crítica) [Man abused. Masculinity and social control (Book review)]. Ra Ximhai. 2016;12 (4):225-8.
4. Keijzer, B .El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. 2013 [citado 6 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo.pdf>
5. Maravall Yáñez, J. Violencia de género y masculinidad en Chile: una revisión de las políticas públicas en democracia Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia. Nº 11, 2016[citado 6 de abril de 2018]. - pp. 247-274 Disponible en: revpubli.unileon.es/index.php/cuestionesdegenero/article/viewFile/3623/2811
6. Tajer DJ, Reid GB, Solís M. Barreras de género en la prevención y atención de la salud de los varones adolescentes: significados y prácticas de usuarios y de profesionales de la salud. En 2017 [citado 6 de abril de 2018]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10915/63517>

TITULO: RESILIENCIA EN MADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS.CIENFUEGIS.2018

Autores: Dumeivy García Sánchez¹, Belkis L Rodríguez Jorge², Jan González Ramos³, Lisbel Aguilar Lezcano⁴, Lucía Díaz Morejón⁵, Tamara Sánchez Estrada⁶

1- dumeivygs@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, vicedirectora de asistencia médica, máster en atención integral al niño.

2- belkyslazara@jaqua.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, jefe de servicio hematología, máster en atención integral al niño.

3- bonet@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, jefe de departamento docente, máster en atención integral al niño.

4- director@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, directora, máster en atención integral al niño.

5- Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, jefe de departamento docente, máster en atención integral al niño.

6- vdtec@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cuba, vicedirectora de aseguramiento médico, máster en atención integral al niño.

Resumen:

Introducción: Vivir un acontecimiento traumático, como la enfermedad de un hijo, transforma la vida de una persona. La resiliencia permite al hombre la superación del dolor, la continuidad de la vida plena y la prevención de enfermedades. **Método y objetivo:** Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo en las madres de hijos con enfermedades hematológicas en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2017 con el objetivo de determinar el nivel de resiliencia que manifestaban. **Resultados:** Se estudiaron un total de 40 madres con edades comprendidas entre 18 y 60 años, predominó el subgrupo entre 16 y 30 años. El predominio fue para las madres de pacientes con hemoglobinopatías, seguido de hemofilias y leucemias agudas. El análisis de los diferentes parámetros del test de resiliencia arrojó que las madres de siklémicos y hemofilicos tuvieron una resiliencia media mientras que las madres de pacientes con leucemias agudas tuvieron baja resiliencia. **Conclusiones:** Toda persona dispone de una serie de recursos de afrontamiento de manera innata pero también es necesario que se aprenda y desarrollen nuevas habilidades.

Introducción:

Considerando que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y que las emociones positivas son también algo más que la ausencia de emociones negativas, es posible plantear la utilidad de las emociones positivas para prevenir enfermedades, para reducir la intensidad y duración de las mismas y para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo. Las personas que se consideran felices buscan, asimilan y recuerdan mejor información sobre riesgos de salud.

Las personas que sufren una experiencia traumática, como la enfermedad de un hijo, al ser invadidas por emociones negativas como la tristeza, ira o culpa, actualmente se conoce que pueden expresar también emociones positivas coexistiendo y que estas pueden ayudar a reducir los niveles de angustia y aflicción que siguen al proceso de enfermedad, esta capacidad de superar el trauma se conoce con el nombre de resiliencia.

La resiliencia y el crecimiento postraumático surgen como conceptos de investigación a través de los cuales se explica por qué algunas personas consiguen aprender de sus experiencias e incluso encontrar beneficios en ellas. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchas personas que, aun habiendo vivido un trauma, han conseguido encajarlo y seguir viviendo, incluso, en un nivel superior.

Las enfermedades hematológicas malignas y no malignas constituyen, en su mayoría, enfermedades invalidantes que comprometen o limitan la vida de quien las padece, afectando sobre todo la actividad física de los niños y su desarrollo social producto de los múltiples ingresos y el compromiso de varios sistemas de órganos. Por este motivo hemos escogido el estudio de la resiliencia de las madres de hijos que deben enfrentar estas patologías, ya que la madre constituye el pilar y sostén de la familia, sobre todo de los niños.

Objetivo: Definir el nivel de resiliencia que manifiestan las madres de hijos con enfermedades hematológicas.

Desarrollo:

La familia resiliente es aquella donde cada uno de los miembros tiene la capacidad de enfrentar y encarar la adversidad y mantiene una coherencia en las actividades de la vida diaria como unidad.

Se estudiaron un total de 40 madres con edades comprendidas entre 18 y 60 años, con la característica común de tener un hijo que ha sido diagnosticado con una enfermedad hematológica.

Para la investigación se utilizó la prueba de resiliencia que consta de 5 áreas donde se clasifican los factores y conductas resilientes.

La primera columna tiene 36 ítems y lleva por nombre Yo Soy que evalúa las fuerzas internas personales como cualidades y destreza. La segunda columna consta de 28 ítems y lleva por nombre Yo Puedo, evalúa lo que podemos hacer así como las habilidades sociales. La tercera columna consta de 20 ítems lleva por nombre Yo Estoy evalúa la disposición de hacer las cosas, la cuarta columna Yo Tengo y hace referencia a las habilidades y la última categoría Yo Creo hace referencia a las convicciones.

El margen para evaluar cada ítem es de 1 a 7, la prueba permite medir cómo están en las categorías de los factores de resiliencia.

En el gráfico 1 se muestra la distribución de la muestra según grupos etarios, quedando evidenciado el predominio de las madres en edades comprendidas entre 16 y 30 años para un total de 21, con menor prevalencia del grupo mayor de 50 que solo presentó 2 casos, lo cual corresponde con lo esperado.

En el gráfico 2 se recogieron las principales patologías de los pacientes cuyas madres fueron objeto de estudio, incluyéndose 4 pacientes de leucemias agudas, 8 hemofílicos y 28 que padecen anemia drepanocítica.

Se analizaron las medias aritméticas para cada parámetro de la resiliencia obteniéndose como resultado lo representado en el gráfico 3 titulado nivel de resiliencia según patología de los hijos, el cual arrojó un nivel de resiliencia bajo para madres de niños enfermos por leucemias agudas (serie 3), excepto en el acápite Yo Estoy donde se encontró un nivel de resiliencia alto, para las madres de pacientes hemofílicos se reportaron niveles medios de resiliencia (serie 2) mientras que las madres de pacientes con anemia drepanocítica reportaron niveles de resiliencia medios excepto para el Yo Soy.

Estos resultados coinciden con la bibliografía revisada donde se plantea que a mayor gravedad de la enfermedad del niño menor será la capacidad de asimilar el proceso por toda la familia, Pollarolo demuestra que las mujeres que son madres de familia gracias a sus fuerzas internas, en este caso referentes al área Yo soy, superan de una forma provechosa las situaciones adversas y traumáticas que la vida les pone. Las cualidades y destrezas que posee una mujer son muy importantes ya que son la base para que se realicen cambios en la familia y más aún en el hijo que se encuentra enfermo.

Forés y Jordi plantea que las familias resilientes pueden continuar con sus variadas actividades a pesar de la adversidad, en el factor Yo puedo en esta investigación resultó un nivel medio lo cual refiere que la madre ha sabido tener estables sus habilidades sociales y se refleja en la familia pues pueden comunicarse adecuadamente, controlar sus impulsos, experimentar el deseo de seguir su lucha, distinguir en las cosas que la persona puede cambiar y aquellas que no dependen de ella.

En el área Yo estoy que representa lo que la persona está dispuesta a hacer Lafaurie menciona los cambios tan radicales que una madre está dispuesta a realizar cuando descubre que su hijo tiene cáncer. Está dispuesta a renunciar a su vida propia por la vida de alguien más.

En la familia resiliente los miembros logran cumplir sus responsabilidades con mayor compromiso y en el caso de las madres al ser ya un apoyo para la familia la resiliencia es mayor y se traduce en lograr la estabilidad y el ajuste familiar ante la nueva situación.

Conclusiones:

Existió mayor nivel de resiliencia materna según fue menos grave la patología de los hijos, sin embargo, las madres presentaron mayor capacidad de sacrificio personal y mayor disposición incondicional cuando los hijos presentaron diagnóstico de cáncer.

Se demuestra que las madres que mostraron mayor resiliencia fueron las que cuentan con 40 años de edad, las relaciones que hayan entablado con personas que hayan pasado situaciones similares les permite un mayor grado de resiliencia ya que aprenden del apoyo en conjunto.

Los beneficios de tener un nivel alto de resiliencia están en que permite a las madres poder tener una mejor adaptación y responsabilidad en el cuidado del niño, brindando así seguridad y fortaleza al infante.

Una herramienta muy importante para poder afrontar situaciones difíciles es el apoyo psicológico que pueda recibir tanto la madre como el hijo enfermo.

Referencias bibliográficas:

1. Broche, Y. & Ricardo, W. (2011) Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Psicologia.com.*: <http://hdl.handle.net/10401/4068>.
2. Montelongo D. (2012) Estrategias para favorecer la resiliencia en padres con un hijo ciego Ponencia presentada en: Primeras Jornadas Multidisciplinarias en discapacidad visual de Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz-CADIVI en México, mes de Noviembre.
3. Sánchez, L. (2010) Estrategias de afrontamiento. Disponible en:
<http://www.ayudapsicologica.org/trastornos-de-ansiedad/208-estrategias-de-afrontamiento.html>
4. Becona E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Rev. De psicopatología y psicología clínica.*2006. (11);3;125-146.
5. Quinceno J, Vinaccia S. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Rev. PSICOLOGÍA DESDE EL CARIBE.* 2011. (29); (1); 87-104.
6. Bonanno GA. Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist.*2004. (59); 20-28.
7. Álvarez D, Encarnación. Narrativas de éxito educativo y social desde las voces silenciadas de universitarias con diversidad funcional auditiva. 2017.
8. Caldera M, Francisco J, Aceves B , and Reynoso OU. "Resilience in university students. A comparative study among different careers." *Psicogente* (2016): 19;(36); 227-239.
9. Acosta, I C, Y Sanchez, Y. Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 2009: 17; 24-32.
10. Vinaccia, S., Quinceno, J.M., Medina, A., Castañeda, B., Castelblanco, P. (2014). Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (1), 61-70. doi: [10.14718/ACP.2014.17.1.7](https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.7)

Anexos:

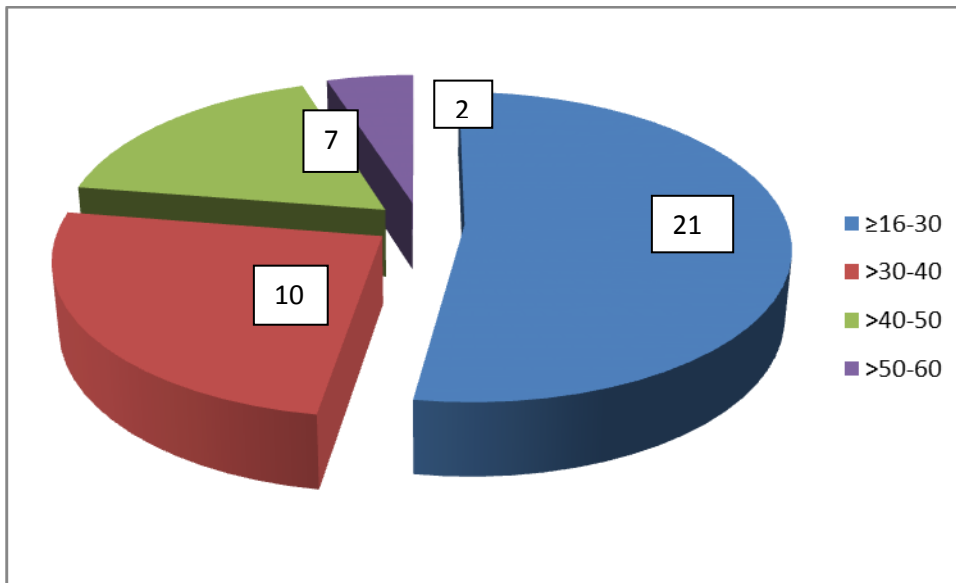


Gráfico 1: Distribución según grupos etarios.

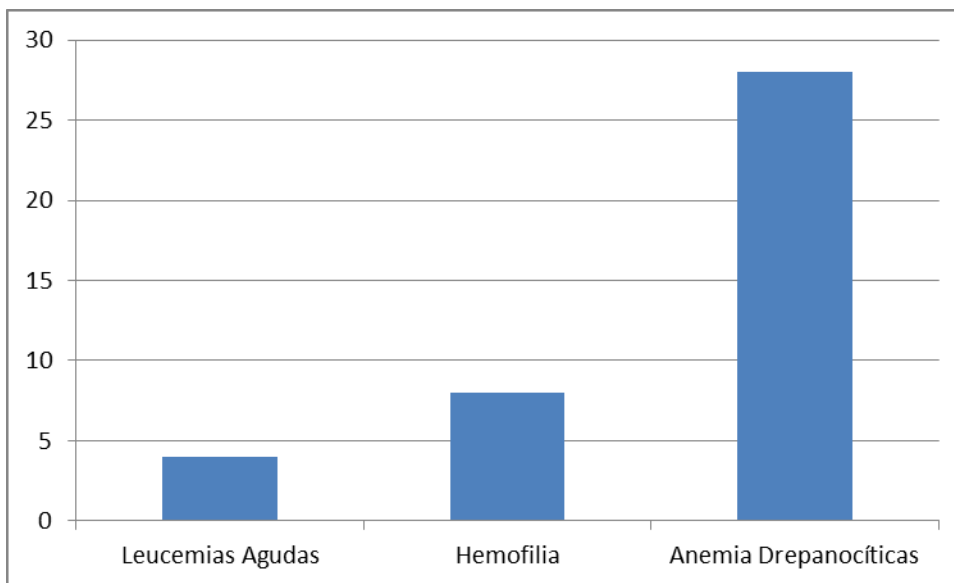


Gráfico 2: Distribución de los pacientes según su patología.

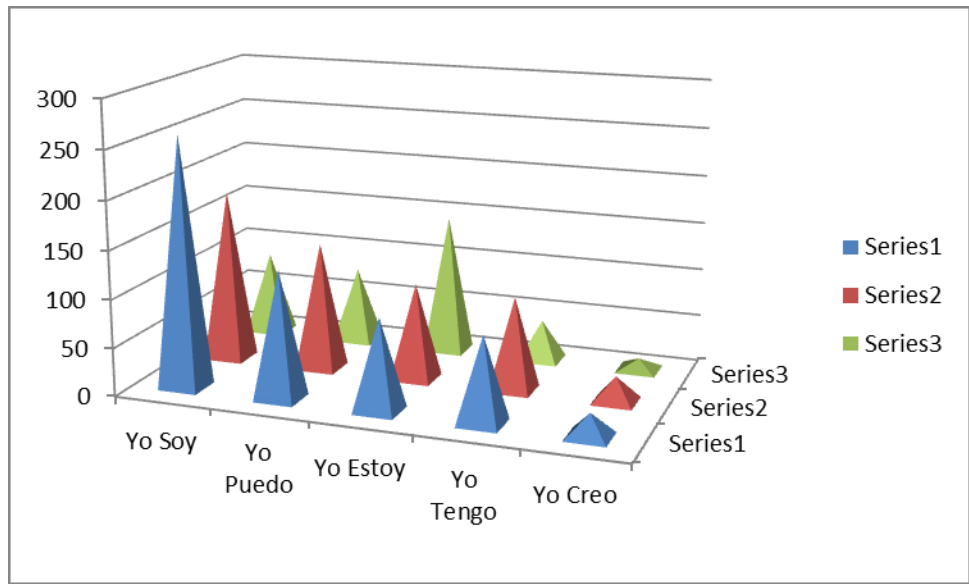


Gráfico 3: Nivel de resiliencia de las madres según patología de los hijos.

Serie 1: madres de hijos con anemia drepanocítica

Serie 2: madres de hijos con hemofilia

Serie 3: madres de hijos con leucemias agudas.

TITULO: RESULTADOS DEL HEBERPROT P EN LAS ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DEL POLICLÍNICO ÁREA IV.

Autores: Lic. Grisel Mariela Mass Basulto, Lic. Eva Alonso Castillo, Lic. Alfredo Avalos Rivero

Correo. vddocente@polcfa4.cfg.sld.cu, Policlínico Ernesto Guevara de la Serna, Cuba, Máster en Atención integral a la mujer. Especialista en Enfermería Comunitaria. Diplomado en el Manejo Integral del Paciente con Píe Diabético. Diplomado en Enfermería en Anestesia. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería. Profesor Asistente.

RESUMEN

El Programa de atención integral al paciente diabético, estableció un modelo para el tratamiento integral a pacientes con úlceras de pie diabético, que incorpora el uso del Heberprot-P favoreciendo la granulación y cicatrización en menor tiempo. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal de intervención con el objetivo de evaluar resultados del Heberprot P en pacientes atendidos en el Policlínico Área IV de Cienfuegos en el período de enero 2012 a diciembre 2017. Se utilizó un universo de 114 pacientes a los cuales se les aplicó tratamiento con Heberprot P. La úlcera de pie diabético fue más frecuente en los grupos etarios de 60-69 años y 70 a79 anos con un 58.8 %, predomino el sexo femenino con el 64.9 % y fue más frecuente en la diabetes mellitus tipo 2 con un 99,2 %, presentaron el diagnóstico de pie diabético neuroinfeccioso por presentarse las lesiones según la clasificación de Wagner en los grados II y III con un 85.1 %, el miembro inferior más afectado fue el izquierdo y al termino del tratamiento el 78,6 % lograron la cicatrización. El presente estudio ratificó al Heberprot-P como un fármaco eficaz y seguro para acelerar la cicatrización de las úlceras del pie diabético y prevenir la necesidad de amputación. Para la tabulación de los resultados, se utilizó el método computarizado, según el paquete estadístico del programa Windows 2007; los resultados se muestran en tablas estadísticas con números absolutos y por cientos.

Palabras clave: Pie diabético, ulcera de pie diabético, Heberprot-P.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus constituye un problema de salud universal de elevada frecuencia en nuestro país y en el mundo y se considera como el principal factor de riesgo no traumático para la amputación de miembros inferiores. (1) La misma se describe como un síndrome en el que existe un trastorno metabólico de etiología múltiple; caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas como resultado de defectos en la secreción o en la acción de la insulina o en ambas. (3)

Según el informe sobre las estadísticas sanitarias mundiales publicado en mayo de 2012, de 1980 a 2008, la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son las enfermedades cuya incidencia se ha incrementado notablemente. En el caso de la diabetes, una de cada diez personas en el mundo, es diabética. (3)

La cantidad de personas con Diabetes en el mundo se incrementa en estrecha relación con el crecimiento de la población y contradictoriamente su incidencia aumenta en la medida en que perciben mejorías en las condiciones socioeconómicas del país. (1)

La amputación de miembros inferiores; en Cuba afecta a cerca de 1 000 de sus habitantes, si bien cabe acentuar que los problemas de la cicatrización de esas heridas reviste una importancia clínica máxima y su costo económico se eleva a miles de millones de dólares por año. (1)

El pie diabético es la alteración de base neuropática, inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia se produce previo desencadenamiento traumático se produce la lesión y/o ulceración a nivel del pie. Se produce como consecuencia de la asociación de una o más factores de riesgo como son la neuropatía periférica, infección, enfermedad vascular periférica, traumas y alteraciones de la biomecánica del pie. (3)

Se han identificado algunas condiciones de la persona con diabetes que aumenta la probabilidad de desarrollar una lesión del pie, como son edad avanzada, larga duración de la diabetes, sexo masculino, estrato socioeconómico bajo y pobre educación, factores sociales como vivir solo, ser poco visitado, pobre control glucémico, presencia de retinopatías, nefropatías, enfermedad macrovascular, consumo de alcohol, tabaquismo, calzado inapropiado, úlceras o amputaciones previas. (3)

Una de las complicaciones más frecuentes y también una de las más costosas, es la úlcera de pie diabético (UPD), a consecuencia de trastornos vasculares y nerviosos. A su vez, la complicación más grave de la UPD es la amputación.⁽⁴⁾ Desde luego, la incidencia es mayor cuando se trata de pacientes con neuropatía diabética, y el riesgo de que aparezca una UPD, también se incrementa cuando hay amputaciones previas.⁽⁵⁾

La evitación de la amputación ha sido históricamente el indicador de calidad de atención para la Organización Mundial de la Salud, pues no obstante a los tratamientos

tradicionales y el manejo de la Diabetes Mellitus, un gran número de pacientes diabéticos no responden a estos, resultando, con frecuencia, en pacientes susceptibles a ser amputados.

En EEUU existen más de 20 millones de diabéticos, reportándose anualmente más de 80 000 amputaciones debidas a UPD, y el manejo de estas lesiones le cuesta billones de dólares al sistema de salud norteamericano. A su vez, en España existen 2,5 millones de diabéticos (~6% de la población), más de 250 000 desarrollan UPD y de éstos más de 10 000 sufren de amputaciones mayores. (6)

Según la revista DIABETES VOICE, de junio 2005, cada 30 segundos en algún lugar del mundo se lleva a cabo una amputación debida a la diabetes, situación ésta que absorbe el 40% de los recursos sanitarios disponibles en los países en desarrollo.

La insuficiente cicatrización del diabético es un grave problema médico no resuelto a nivel mundial. Se plantea que entre el 10-15% de los pacientes diabéticos desarrolla una úlcera del pie diabético (UPD) en algún momento de sus vidas y de éstos, aproximadamente entre el 10-15% termina en una amputación. De la población de amputados, cerca del 50% puede sufrir una segunda amputación de la extremidad contra-lateral en un período de 2-5 años, afectando considerablemente la calidad de vida de estos pacientes, además de los cuantiosos gastos para los sistemas de salud. Esta situación puede agravarse ya que tras una amputación mayor menos del 50% de los amputados sobrevivirá en los siguientes 5 años. (8)

En Cuba, en el año 2012, se reporta una prevalencia de diabetes mellitus de 50,7 por 1000 habitantes, y en la provincia de Cienfuegos de 48,6. (9)

Como respuesta a la problemática de salud, recientemente el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB), bajo el prisma comercial de Heber Biotec S.A, resultado de la biotecnología cubana que utiliza como base el factor de crecimiento humano recombinante (FCHrec), y se recurre a su empleo luego de 14 años de estudios e investigaciones que cumplieron cada fase de manera satisfactoria. Además contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida de los afectados, reduce el tiempo de cicatrización, y con ello complicaciones derivadas como la gangrena y los procesos infecciosos. De acuerdo a valoraciones especializadas han bastado tres semanas de tratamiento para observar la granulación de la UPD en más del 80 % de los pacientes. (10)

Este producto en Cuba fue incluido en el cuadro básico de medicamentos desde abril de 2007 y en estos casi ocho años de su uso ha beneficiado a 19,154 personas con (UPD) hasta el cierre de la semana 18 del año 2013, de esta cifra 6,681 personas con (UPD) fueron atendidas en la atención primaria de salud y 12,473 personas con (UPD) en la atención secundaria siendo estos los resultados de un programa de extensión nacional de atención integral al paciente diabético con píte diabético con el uso del Heberprot-p en Cuba. Tiene registro sanitario para su uso además de Cuba en Venezuela, Argelia, Argentina, Uruguay y República Dominicana, Paraguay, Ecuador,

México, Liria, Colombia, Guatemala, Georgia, Ucrania, Vietnam, Filipinas, Panamá, Perú, Costa Rica y Rusia. También se aspira a comercializarlo en la Unión Europea y Estados Unidos, donde ya ha sido inscrita la patente. (10)

La experiencia pre-clínica acumulada sobre los efectos farmacológicos del FCEhrec en términos de reparación y cito-protección, la madurez tecnológica alcanzada en su producción como proteína recombinante, la obtención de una adecuada formulación inyectable y la existencia de una mentalidad gerencial bien enfocada al desarrollo de proyectos de investigación, fueron ingredientes activos para el surgimiento del producto **HEBERPROT-P**, una formulación inyectable que, administrada a través de infiltración intralesional, constituye un tratamiento adyuvante para acelerar la cicatrización de úlceras profundas, complejas, derivadas de este desorden metabólico, tanto neuropáticas como neuroisquémicas.(10)

En el Área IV Desde enero de 2010 se desarrolla una estrategia en la atención primaria de salud (APS) con elementos organizativos, como la capacitación teórico-práctica de los recursos humanos, la dispensarización de pacientes diabéticos, la pesquisa en consultas y las visitas domiciliarias programadas; así como elementos de implementación de acciones de promoción comunitaria y el uso de medios de comunicación, además se comienza a implementar la terapia con el uso del Heberprot-p con buenos resultados aun siendo con una muestra pequeña, lo que nos motivó a seguir trabajando con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan úlceras del pie diabético y con ello disminuir el número de debridaciones y amputaciones mayores de los miembros inferiores de estos pacientes.

Por lo antes expuesto, es que decidimos realizar este trabajo con el objetivo de evaluar los resultados del Heberprot-P en las úlceras de pie diabético en pacientes del policlínico Área IV.

DESARROLLO

Este estudio demuestra que la frecuencia del pie diabético en el sexo femenino y la edad superior a los 60 años constituye un riesgo mayor de padecer de pie diabético, esencialmente de la más frecuente de sus formas clínicas como es la diabetes mellitus tipo 2 que se presenta en más del 90% de los pacientes, suele iniciarse después de la cuarta década de la vida y su incidencia aumenta con la edad, coincidiendo con otros estudios (11-12)

Con respecto al predominio del sexo en otros estudios revisados, relevaron que el sexo femenino se presenta de igual manera superior al sexo masculino. En cuanto a la edad, parece existir una mayor predisposición en edades avanzadas, alrededor de los 60-79 años, tal y como ocurrió en esta serie. (13-14)

Atendiendo a la clasificación de Wagner, se obtuvo una mayor cantidad de pacientes afectados por la úlcera profunda (grado III); en estudios revisados observamos similitud, con predominio de pacientes con UPD de grado III, (15-16) y grado II. (13)

En cuanto a la mayor frecuencia de UPD de tipo neuroinfecciosa, presente en este estudio, (del grado 1 al 3 según Wagner) varios autores reportan un resultado similar, incluso investigaciones realizadas en otros países. (15-16)

Todos los autores que han trabajado el tema, refieren la cura total en un 70-80 % de los casos, lo cual también se cumple en la serie estudiada; sin embargo es poco tratada la variable evolución de la UPD según tiempo de tratamiento. Solo en uno de los estudios revisados, el cual analiza dos casos de UPD grave, se dice que el tiempo de remisión total fue de 42 y 49 días respectivamente. (17)

Con referencia al diagnóstico específico de pie diabético según la clasificación propuesta por Mc Cook, a la cual se añade el pie diabético mixto, en este estudio se presentó un franco predominio del diagnóstico de pie diabético neuroinfeccioso (70 %), lo cual podría estar en relación con la elevada prevalencia de neuropatía diabética en estos enfermos como un factor de gran importancia en la aparición de la enfermedad asociada a la infección En este estudio está presente en el 85.9 %. El pie diabético isquémico, con infección asociada o sin ella, fue menos frecuente que el neuroinfeccioso y representa el 30%. (18)

Una de las complicaciones más frecuentes y también una de las más costosas, es la úlcera de pie diabético (UPD), a consecuencia de trastornos vasculares y nerviosos. A su vez, la complicación más grave de la UPD es la amputación.(4) Desde luego, la incidencia es mayor cuando se trata de pacientes con neuropatía diabética, y el riesgo de que aparezca una UPD, también se incrementa cuando hay amputaciones previas.(5)

Desde hace más de una década, se cuenta con el Heberprot P (Factor de Crecimiento Humano Recombinante) único en el mundo para el tratamiento del pie diabético neuropático y de aquellos con componente isquémico. (17)

En el presente estudio se obtuvieron frecuencias elevadas de prevención de amputación con el uso del Heberprot-P, resultados similares se aprecian en el estudio piloto, y en la investigación clínica fase I-II publicada en el año 2007.

En la literatura revisada, hay estudios muy recientes que demuestran la eficacia del producto y muestran resultados muy alentadores. (1-10-17)

En diferentes estudios revisados sobre el Becaplermin (factor de crecimiento plaquetario), aprobado por la FDA (6) y el Apligraf (un sustituto de piel obtenido por biotecnología el rango de resultados satisfactorios en el tratamiento del pie diabético oscila del 40 a los 50 % resultados muy inferiores al obtenido en este estudio.

Estas tecnologías de avanzada, contrariamente al criterio diagnóstico de esta investigación y de los 2 estudios publicados sobre eficacia del Heberprot-P en el tratamiento del pie diabético, son solo recomendadas en los primeros grados de la clasificación de Wagner y en úlceras neuropáticas, no isquémicas.

CONCLUSIONES

El presente estudio ratificó, que el Heberprot-P es un fármaco que logra acelerar el proceso de cicatrización en el 78.6 % de los pacientes tratados, se presenta con mayor frecuencia en la diabetes tipo 2, en sexo femenino con un grado II y III de Wagner y estrechamente relacionado con un pie diabético neuroinfeccioso con una o más de los factores de riesgo presentes en esta serie. El miembro inferior más afectado es el izquierdo y en el sexo femenino más que en el sexo masculino.

Referencias Bibliográficas.

1-Acosta SG, Posada BCG, Rodríguez IM. Evolución clínica del tratamiento en el pie diabético con Heberprot-p o con el método convencional. [En línea] 2011 [Consultado 3 feb de 2012]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol_11_2_11/ang07211.htm.ostico

2-Chan M. Alocución a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2012[citado 22 Ene 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/es/.](http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/es/))

3- Ministerio de salud pública de Cuba. Programa de enfermedades no transmisibles. Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a Nivel Primario de Salud. Edición financiada con la colaboración de la oficina OPS/OMS en Cuba, 2013.

4-OMS. Qué es la diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; 2014[citado 22 Ene 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html.](http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html))

5-Rincón Y, Gil V, Pacheco J, Benítez I, Sánchez M. Evaluación y tratamiento del pie diabético. Rev Venez Endocrinol Metab. 2012; 10(3): 176-187 (<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/36353/1/articulo7.pdf>)

6-American Diabetes Association. Consensus development Conference on Diabetic Foot Wound Care. Diabetes care. 1999; 22:1354-60.

7-Valenciaga JL. Día Mundial de la Diabetes 2005. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2005; 21:3- 4.

8-Armstrong DG, Wrobel J, Robbins JM: Are diabetes-related wounds and amputations worse than cancer? Int Wound J 2007, 4(4):286-287

9-Anuario Estadístico de Salud [Internet]. La Habana: MINSAP; 2013[citado 22 Ene 2014]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf

10-Berlanga J. Heberprot-P: experimental background and pharmacological bases. Biotecnol Ap. [en línea]. 2010 [consultado 20 oct de 2012]; 27(2):88-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1027-28522010000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1027-2852.

11-Sloven Kai MP. Foot problems in diabetes. Med Clin North Am 1998; 82(4):949-71.

12-Castro Ampié. Abordaje del pie diabético en el servicio de medicina interna del Hospital Antonio Lenin Fonseca (HALF) enero – Diciembre.1993. (Monografía). Managua. UNAN

13-Campo P, Landeros D, Méndez LR. Frecuencia de depresión en pacientes con y sin

pie diabético. Semergen[revista en Internet]. 2010[citado 10 Nov 2013];36(9):[aprox. 13p]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-general-familia-40/articulo/frecuencia-depresion-pacientes-con-sin-13184354?referer=buscador>.

14-Rivero Hernández MJ, Llanes Barrios JA, Acosta Lapera DS. Heberprot P, una terapia eficaz en la prevención de la amputación del pie diabético. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul ar [revista en Internet]. 2009[citado 10 Nov. 2013];10(1): [aprox. 14p]. http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol10_1_09/ang02109.pdf.

15-Rivero Hernández MJ, Llanes Barrios JA, Acosta Lapera DS. Heberprot P, una terapia eficaz en la prevención de la amputación del pie diabético. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul ar [revista en Internet]. 2009[citado 10 Nov. 2013]; 10(1): [aprox. 14p]. http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol10_1_09/ang02109.pdf.

16-Rivero Fidel E. Experiencias del Programa de atención integral a pacientes con pie diabético en el estado Zulia, Venezuela. Biotecnol Apl[revista en Internet]. 2010[citado 10 Nov 2013]; 27(2): [aprox. 16p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1027-28522010000200004&lng=es

17-Fernández Montequin J, Sancho Soutelo N, Fleitas Pérez E, Santiesteban Bonachea LI. El Heberprot P como indicación terapéutica en el tratamiento curativo de las úlceras por presión. 2011; 15(3):143-5. (<http://www.reiq.es/REIQ14.3.2011.pdf>).

18-Mc Cook J. Pie Diabético: Epidemiología. Rev Cubana Hig Epidemiol. 1979; 17(3):163-73.

Anexos

TABLA #1. Pacientes tratados con Heberprot-P según grupos de edades y sexo.
Policlínico Área IV de Cienfuegos Años 2012-2017.

Grupo Edad	SEXO				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	1	0.8	0	0	1	0.8
30-39	0	0	0	0	0	0
40-49	6	5.2	1	0.8	7	6.1
50-59	14	12.3	10	8.8	24	21.1
60-69	17	15.0	14	12.3	31	27.2
70-79	28	24.5	8	7.1	36	31.6
80y+	8	7.1	7	6.1	15	13.2
Total	74	64.9	40	35.1	114	100

Fuente: Historia Clínica y base de datos del Heberprot-p.

TABLA #2. Pacientes tratados con Heberprot-P según la clasificación de la Diabetes Mellitus Policlínico Área IV de Cienfuegos Años 2012-2017

Anos	Diabetes Mellitus Tipo 1		Diabetes Mellitus Tipo 2		Total	
	No	%	No	%	No	%
	2012	0	0	15	13.2	15
2013	1	0.8	26	22.8	27	23.6
2014	0	0	19	16.9	19	16.9
2015	0	0	25	21.6	25	21.6
2016	0	0	12	10.5	12	10.5
2017	0	0	16	14.2	16	14.2
Total	1	0.8	113	99.2	114	100

Fuente: Historia Clínica y base de datos del Heberprot-p.

TABLA #3. Pacientes tratados con Heberprot-P según la clasificación de Wagner
Policlínico Área IV de Cienfuegos Años 2012-2017

Años	Clasificación de Wagner								Total	
	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No	%
2012	0	0	5	4.3	5	4.3	5	4.3	15	13.2
2013	0	0	11	9.7	15	13.2	1	0.8	27	23.6
2014	0	0	9	7.8	6	5.2	4	3.6	19	16.9
2015	1	0.8	13	11.4	7	6.1	4	3.6	25	21.6
2016	0	0	8	7.0	3	2.8	1	0.8	12	10.5
2017	0	0	6	5.2	8	8.1	2	1.8	16	14.2
Total	1	0.8	52	45.4	44	39.7	17	14.9	114	100

Fuente: Historia Clínica y base de datos del Heberprot-p.

TABLA #4. Pacientes tratados con Heberprot-P según el miembro inferior afectado
Policlínico Área IV de Cienfuegos Años 2012-2017

Miembro afectado	Femeninas		Masculinos	
	No	%	No	%
MID	35	30.7	23	20.2
MII	39	34.2	17	14.9
Total	74	64.9	40	35.1

Fuente: Historia Clínica y base de datos del Heberprot-p.

TABLA #5. Pacientes tratados con Heberprot-p según el estado de la lesión al concluir el tratamiento. Policlínico Área IV de Cienfuegos Años 2012-2017.

Estado de la lesión								Total	
Epitelización		Cicatrización		Sin respuesta		Granulación 70% y +			
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
8	7.0	89	78.6	2	1.8	15	13.2	114	100

Fuente: Historia Clínica y base de datos de Heberprot-P.

RESULTADOS PERINATALES EN LAS GESTANTES EMBARAZADAS DIAGNOSTICADAS POR GLICEMIA EN AYUNAS ALTERADAS. CIENFUEGOS. 2011- 2012.

AUTORES:

Dra. Yaneris Vega Romero. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor. yaneris.vega@gal.sld.cu, Hospital GAL, Cuba

Dr. Lisan Iglesias Cruz. Especialista I Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor. lisan.iglesias@gal.sld.cu, Hospital GAL, Cuba

Dr. Cristóbal Torres González. Especialista II Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor auxiliar. Hospital GAL, Cuba

Lic. MSc. Ana Esther Rivero del Sol. Profesora Auxiliar. Consultante. arivero@jagua.cfg.sld.cu, Hospital GAL, Cuba

Dra. Zoraida Montero Padrón. Especialista II Grado de Ginecología y Obstetricia. Máster en atención integral de la mujer. Profesor asistente. Hospital GAL, Cuba

RESUMEN

Introducción: La Diabetes es una enfermedad cuya prevalencia está en ascenso. De todas las enfermedades médicas que complican la gestación, la diabetes tiene la mayor repercusión no sólo sobre la madre, sino también sobre el feto, el recién nacido, en la adolescencia y muy probablemente en la edad adulta. **Metodología:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional de serie de casos, en el Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, desde enero del 2011 a diciembre del 2012. El universo está constituido por todas las gestantes atendidas en el Servicio de Diabetes con Diagnóstico de DG por glicemia en ayunas alteradas. **Resultados:** el mayor número de pacientes tenían entre 21 y 29 años (55,3 %) y el 43,7% correspondieron con las mayores de 30 años. Más del 50% de las gestantes tenían IMC superior a 26kg/m², este a su vez constituyó junto a los antecedentes familiares de 1ra línea de Diabetes Mellitus, los factores de riesgo que más predominaron. El 74,5% de las gestantes lograron el control metabólico sólo con la dieta calculada y el 75,5% de las pacientes tuvieron recién nacidos con pesos adecuados. El parto por cesárea un 61,7% y las complicaciones maternas y neonatales no mostraron cifras elevadas. **Conclusiones:** El uso de la GAA como método diagnóstico para DG podría reportar beneficios para la madre y el niño disminuyendo las complicaciones maternas y perinatales al realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad.

Palabras Claves: Diabetes Gestacional, Glicemia Ayunas Alterada, complicaciones maternas y neonatales, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes es una enfermedad cuya prevalencia por diversos factores está en ascenso. Al hecho contrastado de que actualmente las mujeres diabéticas tienen las mismas posibilidades de embarazarse que las mujeres no diabéticas se une la investigación sistemática en todas las embarazadas de una diabetes gestacional. Todo esto hace que el binomio diabetes y embarazo siga ocupando un lugar importante en la asistencia obstétrica actual.

La mortalidad perinatal derivada de esta patología ha ido disminuyendo paulatinamente hasta equipararse a la de la población general, habiéndose demostrado una relación directa entre la tasa de glucemia materna y el resultado perinatal.

El éxito en el manejo de la embarazada con diabetes se fundamenta en el axioma "las diabéticas pregestacionales deben estar bien controladas desde el punto de vista metabólico desde antes de la concepción y permanecer así durante la evolución del embarazo", y con respecto a las diabéticas gestacionales el axioma radica además en "el diagnóstico temprano y en no subestimar esta patología".

El embarazo lleva implícito el riesgo de desarrollar intolerancia a la glucosa (ITG) o diabetes mellitus gestacional (DMG), que se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio o reconocido por primera vez durante el embarazo y que generalmente desaparece al término del mismo. (1)

Implica grados muy variables de glucosa en sangre y cambios muy importantes en la fisiopatología de la embarazada, así como diversas manifestaciones clínicas en la madre y repercusiones variables en el feto. (2)

Resulta de resistencia a la insulina periférica, resistencia hepática a la insulina y una inadecuada secreción de insulina. (3)

De todas las enfermedades médicas que complican la gestación la diabetes tiene la mayor repercusión no sólo sobre la madre, sino también sobre el feto, el recién nacido, en la adolescencia y muy probablemente en la edad adulta.

La Diabetes Gestacional (DG) es una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Se aplica independientemente de si se requiere o no de insulina o si la alteración persiste después del embarazo. No excluye la posibilidad de que la alteración metabólica reconocida haya estado presente antes de la gestación. (4, 5)

La diabetes representa una de las más comunes condiciones médicas que complican el embarazo, entre un 3 y 5%. No solo tiene la mayor repercusión sobre la madre, el feto y el recién nacido, favoreciendo la preeclampsia, sepsis urinaria, parto pretérmino, malformaciones congénitas, enfermedad de la membrana hialina y muerte perinatal; en estudios recientes se demuestra su influencia sobre la niñez y adolescencia favoreciendo la aparición de obesidad y Diabetes tipo 2. (6, 7, 8, 9).

Las mujeres con diabetes en el embarazo son divididas en 2 categorías:

Diabetes mellitus pregestacional: Aquellas gestantes que tienen antecedentes de diabetes insulino dependiente o no.

Diabetes gestacional: Su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados. La prevalencia de la Diabetes Gestacional en el mundo, se estima en cerca del 7% de todos los embarazos, variando entre 1 y 14%, según el tipo de población analizada. En Cuba la incidencia de Diabetes Gestacional oscila entre el 3-5 % de los embarazos (10, 5, 6,8).

Su importancia radica en que la Diabetes Gestacional aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como son: sufrimiento fetal, macrosomía, muerte intrauterina, partos por cesárea y problemas neonatales como hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, síndrome de distrés respiratorio, apgar bajo, policitemia, hipocalcemia, entre otros. (6, 9).

La Diabetes Gestacional fue descrita originalmente por O' Sullivan y Mahan en base a un criterio estadístico que incluía la presencia de dos o más mediciones de glicemia mayores a dos desviaciones estándar sobre la media, realizadas luego de una sobrecarga oral de 100 gramos de glucosa, con determinaciones de glicemia en ayuno, a la hora, dos y tres horas post ingesta.

Tradicionalmente se ha utilizado para hacer el diagnóstico el método propuesto por O' Sullivan, cuya fortaleza radica en el riesgo predecible en que se encontrarían las pacientes que son diagnosticadas como diabéticas gestacionales. Sin embargo, en la última década se han propuesto distintos métodos diagnósticos, de los cuales el principal es el propuesto por la OMS y cuya mayor virtud es su fácil implementación y aceptación. (11) (12) (5)

Desde hace más de 45 años, O' Sullivan y Mahan, establecieron los criterios para la interpretación de la prueba de tolerancia oral a la glucosa en el embarazo para el diagnóstico de diabetes gestacional, criterios que con las modificaciones realizadas hace 28 años por Carpenter y Coustan, se siguieron usando hasta finales del año 2010, siendo los aceptados hasta entonces por la Asociación Americana de Diabetes (ADA). Debemos anotar que el establecimiento de tales criterios se basó en el riesgo de aparición de diabetes después del embarazo, y no en la identificación de mujeres con riesgo incrementado de desenlaces perinatales adversos. (9)

56Un hecho fundamental, que evidenció la necesidad de replantear los criterios diagnósticos previamente empleados, fue la publicación del estudio HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes), estudio que pretendía clarificar el riesgo de desenlaces adversos asociados con varios grados de intolerancia a la glucosa materna, pero en todo caso intolerancia menos severa que la vista en la Diabetes Mellitus manifiesta, y en donde fue claramente demostrada la relación continua de los niveles de glucemia materna, aun por debajo de las cifras diagnósticas de Diabetes Gestacional, con el incremento del peso al nacer y el aumento de los niveles de péptido C en sangre del cordón umbilical, sin lograr identificar un punto de corte que demarcara claramente un nivel crítico de glucosa por encima del cual se eleva el riesgo de complicaciones materno fetales. (12) (13)

Derivado de ese estudio, y analizando toda la evidencia disponible en ese momento, el International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) lanzó la propuesta de unos nuevos criterios para el diagnóstico de diabetes gestacional, que tuvieran más relación con las complicaciones materno-fetales que con la probabilidad de aparición post-embarazo de diabetes mellitus en la madre. Estos criterios fueron acogidos recientemente, por la ADA. (13) (14) (9)

La nueva estrategia diagnóstica de la IADPSG es mucho más sencilla y propende por un tamizaje universal. En la primera valoración prenatal se debe determinar glucemia basal, hemoglobina A1c o una glucemia casual, para detectar tempranamente la diabetes no reconocida previamente e iniciar tratamiento y seguimiento en igual forma como se hace con la diabetes previa al embarazo. Si no se confirma una diabetes manifiesta, una glucemia basal igual o mayor de 92 mg/dl (5.1 mmol/L) pero menor de 126 mg/dl (7.0 mmol/L) diagnostica diabetes gestacional. Si la glucemia basal es menor de 92 mg/dl, se deberá realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 gr. de glucosa, entre las semanas 24 y 28 de gestación. (13)

El pesquizaje de Diabetes Gestacional se le realiza a todas las embarazadas tengan o no factores de riesgo para desarrollar la enfermedad; a las gestantes sin factores de riesgo se les realiza glucemia en ayunas a la captación y entre las 28 y 32 semanas de embarazo y en las embarazadas con factores de riesgo para Diabetes Gestacional se realiza glucemia en ayunas a la captación y entre las 22 y 24 semanas y PTGo entre las 28 y 32 semanas.

Si la glucemia en ayunas en algunas de las determinaciones es mayor o igual de 4.4 mmol/L (80mg/dl) se debe realizar PTGo. (6) (10)

Los factores de riesgo para DG son glicemia en ayunas mayor o igual a 4,4 mmol/L (80mg/dl), (60%); antecedentes de familiares diabéticos de primer grado, (35%); edad de la embarazada igual o mayor de 30 años, (50%); sobrepeso u obesidad en la embarazada (IMC >26 Kg/m² SC), (35%); diabetes gestacional en embarazos previos, (4%); mortalidad perinatal inexplicada, (4%); partos previos de 4 000 gr. o más, (9%); malformaciones congénitas previas, (3%); glucosuria en muestras matinales; polihidramnios, (2%); antecedentes de enfermedad tiroidea autoinmune; aquellas gestantes que pesaron al nacer menos de 5 lb. o más de 9 lb. (8) (13)

Otros factores recientemente incorporados son la hipertrofia del tabique interventricular, el crecimiento fetal disarmónico, la placenta con grosor mayor de 50 mm, en ausencia de enfermedad hemolítica perinatal por izoinmunización Rh y la hipertensión gestacional en embarazos previos y/o actual. (15) (12)

Para intentar reducir al máximo el desarrollo de macrosomía fetal, obtener una ganancia ponderal adecuada de la embarazada y evitar el riesgo de cetosis se recomienda como objetivo mantener la glucemia dentro de valores lo más próximo posible a la normalidad (GEDE, 2006; Metzger BE, 2007; NICE, 2008; IDF, 2009): glucemia basal capilar: 70-95 mg/dl, glucemia postprandial (1ª hora) capilar: 90-140 mg/dl, glucemia postprandial (2ª hora) capilar: <120 mg/dl, HbA1c: <6%, ausencia de cetonuria e hipoglucemia. (16) (6) (7)

El término glucemia alterada en ayunas (GAA), fue introducido por primera vez por la Asociación Americana de Diabetes (ADA), en 1997, y aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1999. Más recientemente se ha propuesto que este diagnóstico sea realizado con valores de glucemia en ayunas de 5,6 a 7,0 mmol/L, pero la OMS no se ha pronunciado al respecto. Algunos han recomendado que las personas con diagnóstico de GAA debieran realizárseles una PTG oral para evaluar la posibilidad diagnóstica de diabetes. (17) (12)

En nuestro país los criterios diagnósticos para la DG son: normo-glucemia en ayunas y PTGo patológica según los criterios de la OMS, con valor a las 2 horas de una sobrecarga de 75 gramos de glucosa, igual o superior a 140 mg/dl (7,8 mmol/L), en plasma venoso. Es la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1999) y por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2008). Es más simple y más sensible que las otras, sin embargo con estos criterios se multiplica por cinco la incidencia de DG.

Desde 2010 se reconoce, luego de estudios realizados por el Servicio Central de Diabetes y Embarazo dirigido por el Profesor Lemay Valdés, que dos o más glucemias en ayunas iguales o superiores a 5,6 mmol/L (101 mg/dl), en cualquier momento del embarazo, con una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGo) en su segunda hora, normal era considerado como glucemia en ayunas alterada y también constituye un criterio diagnóstico de Diabetes Gestacional. (8)

Por otra parte es meritorio señalar que en la provincia de Cienfuegos se han reportado estudios por el Dr. Cristóbal Torres, (18) los que abordan fundamentalmente los resultados perinatales de las gestantes con diabetes que complica la gestación con criterio diagnóstico de prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTG-O) alterada, pero no se han encontrado en la literatura los resultados de este grupo con criterio diagnóstico de diabetes gestacional por glicemia en ayunas alteradas (GAA), constituyendo esto

una inquietud científica, dada la relevancia que puede tener esta alteración en las gestantes.

Además hasta el momento es conocido que este criterio diagnóstico se usa en Cuba y en otros países de Latinoamérica (Chile, Colombia, Venezuela) y justamente se basa en hacer el diagnóstico de manera más rápida, es decir antes de obtener alteraciones a través de la PTG. Esto puede consumar con mayor premura el diagnóstico de Diabetes Gestacional, y permitiría brindar acciones terapéuticas de forma más rápida en este tipo de gestantes y por tanto presupone mejoría en los resultados perinatales y a la vez se eleva la calidad asistencial de las embarazadas.

No obstante son escasos los reportes científicos acerca de la temática, en la provincia de Cienfuegos hasta el momento actual no se han registrado artículos sobre la importancia de la glicemia en ayunas alteradas en gestantes y su repercusión en el diagnóstico temprano de la diabetes gestacional.

A partir de esta inquietud científica, surge la necesidad de indagar acerca de la realización de esta prueba en mujeres gestantes con sospecha de alteraciones en el metabolismo en los hidratos de carbono y se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se comportan los resultados perinatales en gestantes diabéticas diagnosticadas por glicemia en ayunas alteradas?

DESARROLLO

Tipo de estudio: Estudio Observacional, descriptivo, correlacional de serie de casos.

Periodo de estudio: enero del 2011 a diciembre del 2012.

Escenario de estudio: El Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" se encuentra ubicado en la región centro sur de la provincia de Cienfuegos, cuenta con servicios clínicos, quirúrgicos, gineco-obstétricos, de urgencias, de consulta externa y docentes entre otros. Con un total de 640 camas distribuidas entre los diferentes servicios que brinda. Dentro de las vice - direcciones que componen la integralidad del hospital se encuentra la VD materno infantil, que atiende pacientes aquejados de diversas enfermedades ginecológicas y a gestantes.

En la sala 8B se atienden a las gestantes portadoras de Diabetes gestacional. Esta sala fue el escenario de la investigación que se realizó en el periodo comprendido entre enero del 2011 a diciembre del 2012.

Universo de estudio: El universo está constituido por todas las gestantes atendidas en el Servicio de Diabetes con Diagnóstico de Diabetes Gestacional, por glicemia en ayunas alteradas.

Se excluyen aquellas que por dificultades en los controles de las HC, no completan los datos necesarios.

Posteriormente se registraron en una base de datos. A partir de esta información se analizaron todas las variables definidas para el estudio.

Es necesario destacar que la totalidad de las gestantes estudiadas han sido clasificadas por el criterio diagnóstico de Glicemia en Ayuna Alterada y que justamente la intención es describir su utilidad, ya que no es considerado siempre este criterio como el más confiable o concluyente par este tipo de diabetes.

La **tabla No. 1 (Anexo 1)** muestra los resultados relacionados con la edad cronológica de las pacientes, obsérvese que el mayor número de pacientes está en el grupo que tiene entre 21 y 29 años (55,3 %), mientras que la sumatoria de los grupos etarios de

30 a 34 años y las mayores de 35 años tiene un porcentaje elevado (43,7%) pero no supera al primer grupo.

La **tabla No. 2 (Anexo 1)** evidencia que la mayoría de las pacientes estudiadas tienen un IMC por encima de 26,1 Kg/m² de superficie corporal clasificándose como gestantes sobrepeso y obesas, representando un 54,2 % del total de las pacientes del estudio.

Se conoce a través de la evidencia del ejercicio profesional que las mujeres con sobrepeso u obesas tienden a tener con mayor frecuencia diabetes gestacional.

La mayoría de las gestantes del estudio fueron diagnosticadas en el segundo trimestre del embarazo representando un 48,9% del total de las pacientes del estudio, seguida por las diagnosticadas en el tercer trimestre que representan el 37,2% del total. **(Tabla 3) (Anexo 1)**

Es llamativo el alto porcentaje de mujeres diagnosticadas en el tercer trimestre, etapa muy avanzada del embarazo, donde el feto sufre las consecuencias negativas de la hiperglucemia de la madre, que conducen al excesivo peso fetal y las consecuencias que esto acarrea para el parto y seguidamente para las complicaciones metabólicas neonatales.

La mayor parte de las gestantes del estudio (70 pacientes para un 74,5%) alcanzaron el control metabólico con la dieta calculada y el 25,5% necesitó el uso de dieta más insulina, dato no despreciable por la importancia que reporta el buen control metabólico sobre la aparición de complicaciones. **(Tabla 4) (Anexo 1)**

No es objetivo del estudio el análisis de causas que llevan al uso del tratamiento farmacológico y no farmacológico, pero la autora presupone que se imbrican factores biológicos y factores asociados al comportamiento.

La **tabla No. 5 (Anexo 1)** arroja que un elevado porcentaje de las pacientes tienen recién nacidos con peso adecuado al nacer seguido de un 18,1% de recién nacidos macrosómicos, dato de alta relevancia en este grupo de gestantes dadas las complicaciones fetales y maternas, dígase aumento del índice de cesárea, trauma obstétrico, los riesgos relacionados a la macrosomía fetal ocasionada por la diabetes, son principalmente, las intervenciones obstétricas para terminar el embarazo y los traumatismos fetales esqueléticos y nerviosos

Tal vez si se hiciera un análisis profundo y de causalidad, se estaría en condiciones de desplegar acciones de salud que permitan reducir el uso de la doble terapia.

En las gestantes diabéticas, la macrosomía fetal resulta frecuente y constituye un factor de riesgo para el parto, asfixia intraparto y trauma obstétrico; sin embargo, dado que se trata de un pronóstico adverso bien reconocido, el mantenimiento de un buen control metabólico de la diabetes mellitus durante el embarazo debe eliminar ese problema.

En las gestantes diabéticas, la macrosomía fetal resulta frecuente y constituye un factor de riesgo para el parto, asfixia intraparto y trauma obstétrico; sin embargo, dado que se trata de un pronóstico adverso bien reconocido, el mantenimiento de un buen control metabólico de la diabetes mellitus durante el embarazo debe eliminar ese problema.

La descendencia de madres que desarrollan diabetes gestacional puede ser un problema en el campo de obstetricia, dadas las diversas consecuencias de esta enfermedad, sobre todo cuando no se logra establecer un control metabólico adecuado, amén de los diversos criterios que aparecen en el estado del arte de esta problemática.

Los esfuerzos por el control de la DG es un reto para los profesionales de la salud en ejercicio en el campo de la obstetricia.

Las **tablas No. 6, 7 y 8 (Anexo 1)**, muestran los resultados relacionados con las complicaciones neonatales de los recién nacidos de las madres con DG.

La tabla No. 6 muestra que el mayor por ciento de los recién nacidos tuvieron buen puntaje de Apgar al nacimiento (95,7%) y sólo un pequeño porcentaje corresponde con recién nacidos asfícticos significados por un puntaje bajo de Apgar al nacer que representa un 4,3% del total de las pacientes estudiadas.

En la **tabla No. 7** se observa que la mayoría de los neonatos del estudio (85 pacientes) que representan el 90,4% no requirió ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, sólo 9 pacientes ingresaron en UCIN (9,57%), 6 de ellos con distrés respiratorio y 3 con enfermedad de la membrana hialina. Llama la atención que el total de las complicaciones se enmarcan dentro del concepto de enfermedades respiratorias el neonato.

La **tabla No. 8** muestra los recién nacidos que necesitaron ventilación después del nacimiento según la patología que provocó su ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales siendo ventilados 3 niños (33,3%) por enfermedad de la membrana hialina y de los 6 niños con distrés respiratorio sólo necesitaron ventilación mecánica 2 de ellos (22,2%), sumando 5 ventilados lo que representa el 55,5% del total (9 neonatos Ingresados en UCIN), cifra no despreciable dadas las complicaciones que se desprenden de la ventilación mecánica (80).

El análisis particular de cada una de las tablas que se refieren a las complicaciones de los recién nacidos (**Tablas, 6, 7 y 8**) permite darse cuenta que dichas complicaciones son bajas, si se compara con otros reportes investigativos.

La mayor cantidad de pacientes (72,3%) no presentó ninguna complicación durante el embarazo y las restantes 26 pacientes si tuvieron complicaciones (27,7%) siendo la más frecuente la preeclampsia (16%), seguida del riesgo de prematuridad (5,3%) y con menor frecuencia la restricción del crecimiento intrauterino y la rotura prematura de las membranas antes del término (2,1%). (**Tabla 9) (Anexo 1)**

La **tabla No. 10 (Anexo 1)** muestra que la mayoría de las pacientes no tuvieron complicaciones en el parto (96,8%), sólo 2 pacientes presentaron sepsis ovular (coincidió que ambas presentaron rotura de las membranas pretérmino) y una paciente tuvo hiperglucemia que requirió el uso de insulina para corregirla. Obsérvese también que el mayor por ciento de las pacientes no presentó complicaciones durante el puerperio (92,6%), solo 6 pacientes (6,4%) tuvieron preeclampsia. pese a que no es un porcentaje elevado si reviste de gran importancia por la morbilidad que representa unido a la DG. El descontrol metabólico solo estuvo presente en 1,1%.

Se observa que el principal factor de riesgo en las gestantes estudiadas fue el antecedente de familiares de primera línea diabéticos en 33 de las pacientes del estudio que representa el 35,1%, seguido de las pacientes con sobrepeso u obesidad (22,3%) y luego el antecedente de macrosomía fetal en el embarazo anterior o actual (11,7%), mientras que la edad mayor o igual a 30 años y el antecedente de diabetes en el embarazo anterior no tuvo un por ciento elevado pero se comportaron de manera similar. Además se evidencia que existe mayor número de pacientes que presentan 2 factores de riesgo o más para padecer Diabetes Gestacional (55,3%), datos que alerta sobre la necesidad de prestar minuciosa atención a las gestantes donde se combinan dos factores de riesgo o más. (**Tabla 11) (Anexo 1)**

Obsérvese en la **tabla No. 12 (Anexo 1)** que tanto para el embarazo como para el puerperio de las gestantes estudiadas, la mayor complicación materna fue la

preeclampsia (16 % y 6.4% respectivamente), y está fundamentalmente presente cuando la gestante es portadora de 2 o más factores de riesgo.

En el presente estudio los factores de riesgo más prevalentes en las gestantes, que a su vez se combinaron entre sí, fueron la hipertensión, la obesidad y el sobrepeso y los familiares de primera línea diabéticos.

La **tabla No. 13 (Anexo 1)** refleja las complicaciones del recién nacido relacionadas con el trimestre del embarazo en que se realizó el diagnóstico

CONCLUSIONES

Hasta el momento actual el arte de la ciencia en material de diabetes gestacional no reconoce de manera unánime que la glicemia en ayunas alterada puede constituir un criterio diagnóstico para la diabetes gestacional, sin embargo estudios nacionales avalan la importancia de esta vía para el diagnóstico temprano del padecimiento, lo que puede favorecer el tratamiento y control de estas pacientes.

Los datos obtenidos confirman que en las gestantes estudiadas predominó la edad entre y 21 y 29 años, seguidas por las de 30 años y más. En este último grupo de gestantes se combina de manera llamativa la edad cronológica avanzada y el sobrepeso y la obesidad, siendo esta asociación un factor de riesgo relevante para padecer de diabetes gestacional. También hay alta prevalencia de antecedentes familiares de 1ª. Línea con Diabetes mellitus

La mayoría de las gestantes fueron diagnosticadas en el segundo trimestre del embarazo por GAA, siendo un aspecto muy oportuno para poder prevenir las consecuencias deletéreas de la DG, tanto para el feto como para la madre.

Se destaca que la mayor parte de las gestantes no requirieron el uso de fármacos para alcanzar el control metabólico, lo que se corresponde con el peso adecuado de los recién nacidos. Tal vez puede ser un aspecto interesante para el manejo, orientación y tratamiento de las pacientes con diabetes gestacional, lo que requiere profundizar en el conocimiento de estos datos.

La mayoría de los neonatos no presentaron complicaciones, lo que se corresponde con el cuidado y seguimiento exhaustivo de la enfermedad desde su diagnóstico hasta el momento del parto, en la Unidad de atención a la paciente diabética de la institución hospitalaria. En un pequeño grupo de niños se presentaron complicaciones respiratorias y asfixia perinatal que constituyó la principal causa de ingreso en UCIN.

Hubo un predominio de madres portadoras de DG, sin complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio, lo que obedece al estricto control en la atención prenatal. Aquellas que hicieron complicaciones tanto en el embarazo como en el puerperio eran portadoras de dos o más factores de riesgo.

Sin embargo se aprecia un alto índice de cesárea como forma de terminación del embarazo, pero no se pueden precisar en el presente estudio las causas que la motivaron. Es meritorio remarcar los datos positivos obtenidos en el estudio tanto para los resultados maternos como perinatales, lo que sugiere que deben profundizarse los estudios sobre el criterio diagnóstico de la DG por GAA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Standards of Medical Care in Diabetes 2008, Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2009;32(1).
2. García GC. Diabetes Mellitus Gestacional. *Med Int Mex* 2008;24(2):148-56.
3. Jeff U. Management of diabetes in pregnancy, childhood, and adolescence. *Prim Care Clin Office Pract* 2007; 34: 809-843.
4. Faingold MC, Lamela C, Gheggi M y cols. Conclusiones del consenso reunido por convocatoria del Comité de Diabetes y Embarazo de SAD. 2008.
5. Gary Cunningham F. Diabetes. En: -Williams Tr ed Obstetricia. 20ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana;1998:pag 1119-1136.
6. Gary Cunningham F, Levine Kenneth L, Bloom Steven L, Aut. JC, Gilstrap LC, Wnstrom Katharine D. Diabetes y embarazo. En: William obstetrics. 22 ed. Madrid: McGraw-Hill; 2006. Cap. 52.
7. Scott JR, Gibas RS, Parlan BY, Haney AF. Diabetes Mellitus and Pregnancy. In: Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9 ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003. cap15.
8. Colectivo de autores. Consenso Diabetes y Embarazo. Servicio Central de Diabetes y Embarazo. Hospital "Ramón González Coro" e Instituto Nacional de Endocrinología. Servicio de Diabetes y Embarazo del Hospital "Eusebio Hernández". Servicio de Diabetes y Embarazo del Hospital Materno "10 de Octubre". Ciudad de La Habana; 2007.
9. ADA. Medical management of pregnancy complicated by diabetes. Second edition Series, 1995.
10. Gutiérrez Coronado T. Control Metabólico de la Diabetes Gestacional. Resultados perinatales. La Habana: Policlínico Universitario "Héroes de Girón", Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende"; 2008.
11. Belmar C. y cols. Incidencia de Diabetes Gestacional según distintos métodos diagnósticos y sus implicancias clínicas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2004; 69 (1).
12. WHO/NCD/OMS. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Geneva: WHO; 1999. p. 99-102.
13. The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *N Engl J Med* 2008; 358 (19): 1991-2002.
14. Bancroft K, Tuffnell DJ, Mason GC, Rogerson LJ, Mansfield M. A randomised controlled pilot study of the management of gestational impaired glucose tolerance. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107(8): 959-63.
15. Schwarcz RL; Duverges CA; Díaz AG; Fescina RH. Diabetes Mellitus. *Obstetricia*. 5ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1996 309-321.
16. Albareda M. Objetivos del control metabólico en las pacientes con diabetes mellitus gestacional. *Endocrinología* (2002); 49(9): 299-307. Disponible en: <http://www.elsevier.es>.
17. American Diabetes Association (ADA). Report of the Expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Carte*, (1997); 20: 1183- 97.

Anexo 1

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 años o menos	1	1,1
Grupos de Entre 21 - 29 años	52	55,3
edades Entre 30 - 34 años	29	30,9
35 años o más	12	12,8
Total	94	100,0

Tabla No. 1:
Comportamiento de las gestantes del estudio según edad cronológica.

ca.

Fuente: Historias clínicas**Tabla No. 2** Comportamiento del Índice de Masa Corporal (IMC) en las gestantes del estudio.

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 19 - Desnutrida	1	1,1
De 19.1 - 26 - Normopeso	42	44,7
De 26.1 - 29 - Sobrepeso	33	35,1

Más de 29 - Obesa	18	19,1
Total	94	100,0

Tabla No. 3 Comportamiento de las gestantes del estudio según el trimestre del embarazo en que se realizó el diagnóstico.

Trimestre del diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1er trimestre	13	13,8
2do trimestre	46	48,9
3er trimestre	35	37,2
Total	94	100,0

Tabla No. 4 Comportamiento de las gestantes del estudio según el tipo de tratamiento usado durante el embarazo.

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Dieta	70	74,5
Dieta + Insulina	24	25,5
Total	94	100,0

Tabla No. 5 Comportamiento del peso del recién nacido al nacimiento en las gestantes estudiadas.

Peso del recién nacido al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 2500 grs. - Bajo peso	6	6,4
De 2500 a 3999 grs. - Normopeso	71	75,5
4000 grs. o más - Macrosómico	17	18,1
Total	94	100,0

Tabla No. 6 Complicaciones del recién nacido según asfixia neonatal (por puntaje de Apgar al nacimiento).

Puntaje de Apgar el nacer	Frecuencia	Porcentaje
Apgar bajo	4	4,3
Buen apgar	90	95,7
Total	94	100,0

Causas de Ingreso en UCIN	Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales				Total	
	Si	%	No	%	#	%
Enfermedad de la membrana hialina (EMH)	3	3,19	0	0	3	3,19
Distrés respiratorio	6	6,38	0	0	6	6,38
Ninguna patología	0	0	85	90,4	85	90,4
Total	9	9,57	85	90,4	94	100

Tabla No. 7
Distribución

n de los recién nacidos según Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y causas de su ingreso.

Tabla No. 8 Principales causas de ingreso en UCIN y el comportamiento en ellas de la ventilación neonatal mecánica al nacer

Causas del ingreso en UCIN	Ventilación neonatal				Total	%
	Si	%	No	%		

Enfermedad de la Membrana Hialina (EMH)	3	33,3	0	0	3	33,3
Distrés respiratorio	2	22,2	4	44,4	6	66,6
Total	Complicaciones maternas en el embarazo	Frecuencia		Porcentaje		
	Preeclampsia	15		16,0		
	Riesgo de prematuridad	5		5,3		
	Infección del tracto urinario	1		1,1		
	Otras (CIUR ligero)	2		2,1		
	Otras (RPM pretérmino)	2		2,1		
	Otras (Hipoglucemias)	1		1,1		
	no	68		72,3		
	Total	94		100,0		
	Tipo de parto	Frecuencia		Porcentaje		

Tabla No. 9 Comportamiento de las complicaciones maternas en el embarazo y tipo de parto en las gestantes del estudio.

Parto eutócico	35	37,2
Parto por cesárea	58	61,7
Parto instrumentado	1	1,1
Total	94	100,0

Tabla No. 10 Comportamiento de las complicaciones maternas durante el parto y el puerperio en las gestantes del estudio.

Complicaciones maternas durante el parto	Frecuencia	Porcentaje
Hiperglucemias	1	1,1
Sepsis ovular	2	2,1
no	91	96,8
Total	94	100,0
Complicaciones maternas en el puerperio	Frecuencia	Porcentaje
Descontrol metabólico	1	1,1
Preeclampsia	6	6,4
no	87	92,6
Total	94	100,0

Tabla No. 11 Comportamiento de los factores de riesgo para padecer Diabetes Gestacional en las gestantes del estudio y la presencia de 2 o más factores de riesgo en dichas pacientes.

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Familiares de 1ra línea diabéticos	33	35,1
IMC Sobrepeso u obeso	21	22,3
Macrosomía anterior o actual	11	11,7
Edad mayor o igual a 30 años	3	3,2
Diabetes Gestacional en embarazo anterior	3	3,2
Muerte fetal o neonatal inexplicable	2	2,1
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE) tipo II	1	1,1
no	20	21,3
Total	94	100,0
2 factores de riesgo o más	Frecuencia	Porcentaje
si	52	55,3
no	42	44,7
Total	94	100,0

Tabla No. 12: Complicaciones maternas según tenencia de factores de riesgo.

Factor es de	Complicaciones maternas en el embarazo	Complicaciones maternas en el	
--------------	--	-------------------------------	--

riesgo											puerperio						Total	
	Preeclampsia		Infec. tracto urinario		Riesgo de prematuridad		Otras complic.		No complic.		Preeclampsia		Descontrol metabólico		No complic.			
2 factores de riesgo o más	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Si	8	8,51	0	0	3	3,19	2	2,12	39	41,4	4	4,25	0	0	48	51,06	52	55,3
No	7	7,44	1	1,1	2	2,12	3	3,19	29	30,8	2	2,12	1	1,1	39	41,48	42	44,7
Total	15	16,0	1	1,1	5	5,3	5	5,3	68	72,3	6	6,4	1	1,1	87	92,6	94	100

Tabla No. 13: Complicaciones del recién nacido según trimestre en que se realiza el diagnóstico de Diabetes Gestacional.

Trim estr e	Peso del recién nacido						Asfixia neonatal				Ingreso UCIN				Ventilación neonatal				Total	
	Bajo peso		Normopeso		Macrosómico		Si		No		si		no		si		no			
del diag nóst ico	n	%	no	%	no	%	n	%	no	%	no	%	n	%	no	%	no	%	no	%
1er trim.	1	1,06	10	10,6	2	2,12	2	2,12	11	11,7	2	2,12	1	11,7	2	2,12	11	11,7	13	13,8
2do trim.	3	3,19	35	37,2	8	8,51	2	2,12	44	46,8	7	7,44	3	41,5	3	3,19	43	45,7	46	49
3er trim.	2	2,12	26	27,6	7	7,44	0	0	35	37,2	0	0	3	37,2	0	0	35	37,2	35	37,2
Tota l	6	6,38	71	75,4	17	18,0	4	4,24	90	95,7	9	9,57	8	90,4	5	5,32	89	94,7	94	100

Título: Retención dentaria de causa multifactorial. Presentación de un caso.

Autores: Dra. Ivette Alvarez Mora*

Dra. Clotilde Mora Pérez**

* ivetteam831116@minsap.cfg.sld.cu, Clínica Estomatológica de Especialidades, Cienfuegos, Cuba, Vice directora docente, Máster en Salud Bucal Comunitaria, Especialista de 1er grado en EGI y Ortodoncia.

** clotirdecmp@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Máster en Educación Médica, Especialista de 2do grado en Ortodoncia.

Resumen:

Disímiles son las causas que pueden afectar la estética de la sonrisa, una de ellas es la retención dentaria. Se denomina dientes retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico; el odontoma es uno de los factores que pudieran incidir siendo este el tumor odontogénico más frecuente en cavidad oral. Nuestro objetivo es describir el tratamiento realizado a una paciente con retención dentaria de causa multifactorial. El tratamiento realizado a una niña de 9 años de edad con retención dentaria causada por la persistencia de dientes temporales y la presencia de un odontoma que mantenía el 11 retenido, una vez realizada la enucleación del odontoma se le dio seguimiento radiográfico, se extrajeron los dientes temporales que debían haberse exfoliado para ese momento y se comenzó el tratamiento con la técnica 2 x 4 en la arcada inferior hasta poder cementar brackets en los dientes restantes según erupcionaron, a los siete meses de evolución se intervino quirúrgicamente para colocar un botón de cementado directo en la cara vestibular del 11 y se cementaron brackets en los dientes de la arcada superior en la medida de lo posible, se liga 11 con cadeneta elástica para lograr acercarlo a 21 y poder incluirlo en el arco, este caso es uno de los tantos que puede resolverse mediante la aplicación conjunta de tratamiento quirúrgico y ortodóncico.

Palabras claves: Retención dentaria, odontoma, tratamiento ortodóncico.

Introducción

Poder ver la sonrisa de un niño es el mejor regalo de amor, de magia y de luz de este mundo. Porque cuando un niño se divierte, se siente bien y se sabe querido ilumina al resto de la humanidad¹, no hay vida sana sin boca sana y sólo podrá alcanzarse la salud para todos cuando seamos capaces de iniciar desde las etapas tempranas de la vida actividades preventivas e interceptivas, seguros de que la consecución de una salud bucal satisfactoria en la infancia, representa una gran ventaja psicológica, social y económica para toda la familia y la comunidad.²

Disímiles son las causas que pueden afectar la estética de la sonrisa, una de ellas es la retención dentaria. Se denomina dientes retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.³ Es frecuente observar los términos inclusión, impactación y retención desde el punto de vista del Dr. Gay Escoda estos términos se definen de la siguiente manera:

Impactación. Detención en la erupción de un diente producida por una barrera física (otro diente, hueso o tejidos blandos o posición anómala del diente) en el trayecto de erupción, es detectable clínica o radiográficamente.

Retención primaria. Cuando no podemos identificar una barrera física, una posición o un desarrollo anormal como explicación para la interrupción de la erupción de un germen dentario que aún no ha aparecido en la cavidad bucal.

Retención secundaria. Se refiere a la detención de la erupción de un diente después de su aparición en la cavidad bucal sin existir una barrera física en el camino eruptivo, ni una posición anormal del diente. Esta anomalía, también se conoce como reimpactación, infraoclusión, diente sumergido o hipotrusión, y afecta principalmente a dientes temporales y es rara en dientes permanentes.

Inclusión. Un diente incluido es aquel que permanece dentro del hueso y por tanto el término inclusión engloba los conceptos de retención primaria y de impactación ósea.

Dentro de la inclusión, podemos distinguir dos tipos:

Inclusión ectópica. Cuando el diente incluido está en una posición anómala pero cercana a su lugar habitual.

Inclusión heterotópica. Cuando el diente se encuentra en una posición anómala más alejada de su localización habitual.

Existen varias razones que pueden bloquear a un diente y evitar que este salga y erupcione correctamente, estos obstáculos pudieran ser:

- **Obstáculo gingival:** Entre ellas puede presentarse desde hiperplasia congénita de la encía, hiperplasia gingival medicamentosa y incluso hasta el síndrome de Papillon-Psaume.
- **Obstáculo quístico o tumoral:** Donde lo más frecuente es que se encuentre con un quiste de erupción, un émulis congénito de recién nacido o un odontoma o otra tumoración odontogénica o no odontogénica.
- **Obstáculo dentario:** Entre los obstáculos dentarios podríamos encontrar diversos casos de permanencia prolongada, más allá del término fisiológico, del diente deciduo; características como el síndrome hipertónico de los músculos faciales o el gigantismo de los dientes temporales y los gérmenes supernumerarios.
- **Obstáculo óseo:** Es la existencia de una anomalía alveolar que suele estar integrada dentro de un cuadro general de osteodistrofia y donde entraría

también la enfermedad de Albers-Schönberg u osteopetrosis, el querubismo, la hemiatrofia facial y el disóstosis cleidocraneal.

- Causas genéticas: En este caso los síndromes genéticos llegan a producir retrasos de la erupción dentaria. Como la Trisomía 21, donde existen dientes de menor tamaño y con retraso, o la enfermedad de Touraine que se asocia a hipotiposis, ausencia de glándulas sudoríparas.

- Causas carenciales: El raquitismo tiene una importancia especial, ya que existen retrasos en la erupción de hasta 15 meses que se atribuye al espesamiento fibroso del saco pericoronario.

- Causas endocrinas: Por causa del hipotiroidismo se considera que es una alteración de las glándulas suprarrenales, las gónadas y la hipófisis como causa del retraso de la erupción dentaria.⁵

La incidencia de la retención dentaria oscila entre el 8 y el 14 % de la población general. Dentro de los dientes que resultan afectados con mayor frecuencia se encuentran los terceros molares inferiores y superiores, los caninos superiores, los segundos premolares inferiores y los dientes supernumerarios.⁶ Bedoya-Rodríguez y colaboradores⁷ reportan una prevalencia de retención del 10,8 %.

El Odontoma es uno de los obstáculos que pueden provocar la retención dentaria, los mismos son hamartomas compuestos por esmalte, dentina, cemento y algunas veces tejido pulpar. Son tumores odontogénicos benignos que presentan un crecimiento lento y comportamiento no agresivo⁸. Los odontomas son los tumores más frecuentes de los maxilares y representan, según diversas fuentes, entre un 22% y un 67% de todos los tumores odontogénicos de los maxilares. Las lesiones son más frecuentes en niños y adolescentes, y no se reportan diferencias importantes entre hombres y mujeres⁹. Según la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud, de 2005, existen histológicamente 2 tipos de odontomas: odontomas complejos y odontomas compuestos¹⁰. En el odontoma complejo se encuentran todos los tejidos dentarios dispuestos en un patrón desordenado, mientras que en el odontoma compuesto estos se estructuran de forma ordenada simulando dientes⁸.

A la clasificación histológica de los odontomas (compuesto y complejo) se suma la clasificación de carácter clínico, en la cual encontramos 3 tipos de odontomas: odontoma central (intraóseo), odontoma periférico (extraóseo o de los tejidos blandos) y odontoma erupcionado.⁸

En el presente trabajo nos trazamos como objetivo describir el tratamiento realizado a una paciente con retención dentaria de causa multifactorial.

Presentación del caso

Paciente de 9 años de edad, sexo femenino, que acude a la consulta de Ortodoncia de la Clínica Estomatológica Docente "Raúl Suarez Martínez" del Municipio de Rodas, remitida del servicio de Estomatología General Integral(EGI) por persistencia de dientes temporales en el sector anterosuperior. Después de realizar el interrogatorio a la madre y un exhaustivo examen intraoral, se pudo apreciar que existía persistencia de 51, 52 y además en la arcada inferior del 72, esto provocó que el 32 en su trayecto eruptivo se desviara provocando que brotara en una posición de linguogresión con distoversión y rotación mesiolingual (**Fig. 1**) por todos estos factores se decide su ingreso en el servicio de ortodoncia para realizar los exámenes estudios de rutina.

Una vez que se realizó el estudio radiográfico (**Fig. 2**), se aprecia inclusión heterotópica de 11 debido a la presencia de una imagen radiopaca y 12 impactado debido a persistencia del 52, se indica la exodoncia de 51, 52 y 72, 73 se exfolia fisiológicamente, se remite la paciente a consulta de cirugía maxilofacial, para valorar retirar el obstáculo que provoca la impactación del 11. Después de realizada la cirugía y según la biopsia constata se trataba de un odontoma (**Fig. 3**), transcurrido un periodo de 5 meses se hace seguimiento radiográfico de 11 (**Fig. 4**) y durante este tiempo se comienza el tratamiento con la técnica 2 x 4 (dos bandas, cuatro brackets) para alinear los incisivos en la arcada inferior, cementando bandas con tubos vestibulares en 36 y 46, brackets en 31, 41 y 42, botón de cementado directo en 32, se coloca ligadura metálica de 42 a 31 para reforzar anclaje, arco 0,14" de NITI y cadeneta elástica espaciada desde 32 hasta 31 (**Fig. 5**).

Cuando el diente 32 se encontraba lo suficientemente cerca luego de 2 meses, se retira botón de cementado directo y se coloca bracket, cambiamos el arco a 0,12" de NITI para poder ligar el mismo al arco, se retira ligadura metálica de 31 a 42, en la medida que fueron brotando los dientes inferiores se cementaron los brackets correspondientes y ligándolos al arco con modulo elastomérico.(**Fig. 6**).

A los 7 meses se interconsulta con el especialista en cirugía maxilofacial la posibilidad de colocar un botón de cementado directo en la cara vestibular del 11, luego de realizar Rx se decide que se encontraba en buena posición para efectuar este procedimiento, se intervino quirúrgicamente, se cementan bandas con tubos vestibulares en 16 y 26, brackets en 12, 14, 21, 22, 24 y botón de cementado directo en 11, se coloca ligadura metálica en 21 y 22 para reforzar anclaje, arco 0,12" de NITI, modulo elastomérico y cadeneta elástica espaciada desde 11 hasta 21, para este momento la arcada inferior se encuentra en dentición permanente prácticamente completa con arco 0,17 x 0,25" de NITI. Un mes después se logra incluir el 11 en el arco. (**Fig. 7**)

A pesar de el caso no estar concluido consideramos se obtuvo buenos resultados puesto que ya contamos con el 11 en boca, cerca de su posición definitiva y en la arcada inferior los dientes se encuentran bien alineados en la etapa de finalización.

Discusión

El periodo de exfoliación media entre los 5 y 14 años de edad es uno de los de mayor actividad morfológica y funcional en el organismo en su conjunto, y en específico en el aparato estomatognático, algunos autores lo llaman periodo de esfuerzo denticional, caracterizado por la transición dentaria, donde la boca experimenta gran desarrollo físico por el cambio total de sus estructuras anatómicas y actividad funcional.¹¹

La retención prolongada de un diente temporal más allá de la época normal de exfoliación produce una interferencia mecánica que desvía el diente permanente hacia una posición que favorece la malposición o la impactación.¹²

Grover (1985) citado por Vainer D. Castro C.¹³, los dientes que se encuentran más frecuentemente retenidos son los terceros molares (inferiores y superiores) (98%), luego le siguen los caninos superiores (1.3%), primeras premolares inferiores (0.22%) y segundos premolares inferiores (0.11%). Se habla de una incidencia de 0.9-2% hasta un 7% en individuos mayores de once años, y ocurre más comúnmente en mujeres (1.17%) que en hombres (0.51%).

Una vez identificada la causa de la retención dentaria se hace necesario trazar el plan de tratamiento para eliminar los efectos perjudiciales que se encuentran asociados, en nuestro caso existieron varios factores que lo provocaron uno de ellos fue la retención prolongada de dientes temporales y otra la presencia de un odontoma que a pesar de su naturaleza benigna, una vez que se diagnostica la lesión, debe ser removido completamente (extirpación quirúrgica), debido a las complicaciones asociadas (retenciones dentarias, destrucción ósea, formación de quistes), evitando así la generación de posibles secuelas y la aparición de recurrencias.

El odontoma compuesto suele presentarse con mayor incidencia en la región anterior incisiva-canina del maxilar. Esta localización coincide con el caso clínico presentado y se puede establecer que la radiografía panorámica es una herramienta muy útil para contribuir en el diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto, ya que son típicos sus hallazgos radiográficos.¹⁴

Conclusiones:

Es de suma importancia la detección precoz de las anomalías eruptivas que se pudieran presentar, ya que de esta forma evitamos afecciones estéticas, funcionales y psicológicas que consiguieran afectar al niño, un diagnóstico adecuado unido a el trabajo en conjunto de las especialidades nos ayudan a obtener mejor tratamiento y un resultado satisfactorio tanto para el paciente como para la familia.

Referencias Bibliográficas.

1. Aldana R. La sonrisa de un niño es el mejor regalo de amor. noviembre 2015, disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-sonrisa-nino-mejor-regalo-amor/>
2. Duque M. Intervención educativa en niños con hábito de succión digital. Instituto superior de ciencias medicas, Facultad de estomatología Santiago de Cuba, 2003, disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/succiondig.pdf>
3. Ossani D., Hidalgo Y. Retención dentaria. Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, Volumen 41, Número 2 (2016), disponible en: http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/522/html_152
4. Escoda G. Inclusión, impactación, retención primaria y retención secundaria. Odontología para estudiantes. octubre de 2017, disponible en: <http://odontoestudiantes77.blogspot.com/2017/10/inclusion-impactacion-retencion.html>
5. Vieira D. Dientes incluidos o impactados, causas de la inclusión dentaria. Junio 2014, disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/dientes-incluidos-o-impactados-causas-de-la-inclusion-dentaria/>
6. Sosa Rosales MC. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
7. Bedoya-Rodríguez A, Collo-Quevedo L, Gordillo-Meléndez L, Yusti-Salazar A, Tamayo-Cardona JA, Pérez-Jaramillo A, et al. Anomalías dentales en pacientes de ortodoncia de la ciudad de Cali, Colombia. CES odontol [revista en internet]. 2014, Jun. [citado 28 de enero 2016]; 27(1): 45-54. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2014000100005&lng=en.
8. Núñez Castañeda L., Zamorano Young G. Odontoma complejo erupcionado: reporte de un caso. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. Vol. 9 No. 1, abril 2016. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072016000100002
9. Ohtawa Y., Ichinohe S., Kimura E., Hashimoto S. Erupted complex odontoma delayed eruption of permanent molar. Bull Tokyo Dent Coll. 2013;54:251-7.
10. Ali D., Kota M.Z., El-Nagdy S. An unusual erupted complex composite odontoma: A rare case. Case Rep Dent. 2013;2013:106019.
11. Otaño Lugo R. Ortodoncia. Cap. 3 Desarrollo de los dientes y la oclusión. p64. Editorial Ciencias Medicas; La Habana 2014.
12. Gay Escoda C. De la Rosa Gay C. Dientes incluidos. Causas de la inclusión dentaria. Posibilidades terapéuticas ante una inclusión dentaria. Enero 2013. Disponible en: <https://odontopromoxivunerg.files.wordpress.com/2013/01/111.pdf>
13. Vainer D. Castro C. Reporte de Casos: Retención de Piezas Dentales por Odontomas. Consultado: 19 de Abril 2018. Revista electrónica IDental, Suplemento de Ortodoncia. Disponible en: <http://www.ulacta.com/files/documentosULACTA/IDental/suplemento%20Ortodoncia/ID04.pdf>
14. Marchena Rodríguez L. Luna Morán M. Retención de los incisivos superiores permanentes provocado por dos odontomas compuestos. Caso clínico. mayo de 2015. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=183>

Anexos:



Fig. 1: Retención de dientes temporales 51, 52 y 72, 32 en posición de linguogresión con distovisión y rotación mesiolingual.



Fig. 2: Presencia de imagen radiopaca que provoca inclusión heterotópica de 11 y 12 impactado debido a persistencia del 52.



Fig. 3: Rx Periapical y extracción quirúrgica de odontoma.



Fig. 4: Descenso de 11, brote de 12 y de 33



Fig. 5: Cementado de bandas y brackets en la arcada inferior, cadeneta elástica de 32 a 31



Fig. 6: Cementado de brackets en la arcada inferior, 32 incluido en el arco.



Fig. 7: Arcada superior con 11 ligado a distancia, 1 mes después se logra incluir en el arco y la arcada inferior con dentición prácticamente completa, arco 0,17 x 0.25" de NITI.

TÍTULO: SATISFACCION DE EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA Y SUS EMPLEADORES CON LA FORMACIÓN.

MCs. Dra. Mabel Rocha Vázquez, mabelrv@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Master en Educación Médica.

Dra. María Isabel Mantecón Ledo, mariaisabelml@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

MSc. Dra. Dunia Chávez Amaro, metmed5807@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba, Master en Ciencias.

RESUMEN:

Fundamento: La evaluación educativa es el proceso sistemático de obtener información y utilizarla para emitir juicios que servirán para tomar decisiones y perfeccionar el proceso docente educativo. **Objetivo:** Determinar la satisfacción que egresados de Medicina y sus empleadores en Cienfuegos tienen con la formación recibida en el periodo de 2015- 2017. **Método:** Investigación observacional, descriptiva, de corte transversal para lo cual fueron encuestados egresados y empleadores. **Resultados fundamentales:** Más del 80 % de los encuestados tiene satisfacción con la creación y consolidación de cualidades personales y formación para el desempeño profesional. Entre 30 y 32% tiene 60% o menos de satisfacción con la formación para tartar y rehabilitar, mayor aún es la insatisfacción con el dominio que se logró en idioma inglés y nuevas tecnologías de la informática. Mejor satisfacción con el accionar del claustro que con la de tutores y asesores. Otras insatisfacciones son la preparación para realizar investigaciones y ejecutar acciones de dirección y economía. Los empleadores expresan insatisfacciones que se corresponden en cierta medida con los resultados de los egresados encuestados. **Conclusiones:** Se evidencian insatisfacciones de egresados en objetivos de salida de la carrera como tratamiento y rehabilitación, ejecución de acciones administrativas y aplicación del método científico. De igual manera se evidencian insatisfacciones de empleadores con la preparación de egresados, sobre todo, para desarrollar el método clínico- epidemiológico lo cual coincide con el criterio de los graduados.

Palabras clave: seguimiento egresados, empleadores

INTRODUCCIÓN

Las instituciones de educación superior se encuentran en una búsqueda constante de instrumentos que permitan evaluar la calidad de la educación impartida ⁽¹⁾. La utilidad y pertinencia de estudios de seguimiento a egresados de los centros universitarios es incuestionable. La aplicación de encuestas a egresados es un instrumento que permite diagnosticar las debilidades en la formación desde la percepción de los egresados pero no debe ser el único recurso a emplear. Aplicar encuestas en empleadores resulta también un elemento importante, pues permite complementar la autovaloración que tiene el egresado sobre la calidad de la formación recibida y definir aspectos a profundizar en la vida profesional. Dar seguimiento a los resultados de la inserción en el mundo laboral y la percepción que sobre ello tienen los graduados resulta una arista del problema que no debemos

desconocer, de ahí que los instrumentos a aplicar implican diferentes actores y diferentes momentos, no todos son inmediatos al egreso.

La evaluación continua y sistemática de la institución universitaria es una actividad esencial para innovar, descubrir nuevos métodos de enseñanza aprendizaje y optimizar recursos, a lo cual contribuyen los estudios de seguimiento a egresados ⁽²⁾, así, los estudios de seguimiento e impacto de egresados se convierten en un mecanismo para establecer una relación de doble vía entre la institución y los egresados y benefician a todas las partes involucradas.

El seguimiento a egresados ha de evaluar, dentro de un período determinado y de acuerdo con unos parámetros preestablecidos, la eficiencia profesional en función de la formación recibida, la aceptación en el mercado laboral y la correspondencia entre las áreas de especialización y las necesidades del país y ha de dar cuenta del cumplimiento de las funciones de una institución educativa; es decir, determinar en qué medida se están alcanzando los fines de la educación y si los objetivos institucionales y curriculares se cumplen ⁽²⁻⁵⁾.

La revisión bibliográfica realizada y la experiencia de los investigadores acerca de esta temática en el orden práctico, evidencia que resulta insuficiente la labor que se realiza en el seguimiento a egresados y el abordaje desde la percepción de los empleadores resulta aún más deficitario. Se carece de estudios sistematizados que reflejen la realidad existente.

Todas estas condiciones constiyeron motivaciones para realizar el presente trabajo que tuvo como **OBJETIVO**: Determinar la satisfacción que graduados de la carrera de Medicina de Cienfuegos, en los años del 2015 al 2017 y sus empleadores tienen con la formación.

DESARROLLO:

MÉTODO

Se realizó una investigación observacional descriptiva de corte transversal en Cienfuegos en el período de julio a noviembre de 2016 para determinar la satisfacción que los egresados de la Carrera de Medicina del curso 2015 - 2016 y sus empleadores tienen con la formación.

Para el cumplimiento del objetivo propuesto se aplicó la Encuesta de satisfacción de egresados y empleadores que se utiliza por la Junta de Acreditación Nacional del MES (con modificaciones a los efectos de la investigación) a una muestra 62 egresados cubanos de la Carrera de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, de un universo de 149 (41.6% del total). El muestreo se realizó a conveniencia a partir de los presentes en el curso de familiarización para recién graduados que se desarrolló en septiembre de 2016. De igual manera se encuestaron 64 empleadores, de ellos 58 pertenecen a policlínicos y 6 directivos municipales. Se tuvo en consideración el promedio de años en funciones de dirección, son cuadros que de forma general llevan tiempo prudencial en esa función para que sus criterios tengan validez (Como promedio seis años y medio).

Variables, encuesta aplicada a egresados: La encuesta recoge elementos de autovaloración de los egresados y tributa a variables de contribución de la formación recibida para el desempeño como profesionales atendiendo a formación general recibida y cumplimiento de aspectos relacionados con el desempeño; grado en que la formación recibida favoreció el desarrollo de competencias generales y

específicas para la promoción, prevención, diagnóstico precoz tratamiento y rehabilitación; grado en que la formación general contribuyó a la formación de competencias para el uso de la tecnología de la informática y las comunicaciones, dominio del idioma inglés y conocimiento de la historia; evaluación del accionar de profesores, tutores y asesores de la carrera; contribución de la actividad extracurricular en la formación ; preparación recibida para la docencia, la investigación y la administración.

Variables, encuesta aplicada a empleadores: De forma general responden a percepción sobre preparación teórica y práctica de egresados, preparación para: el desempeño de habilidades, la solución de problemas de mayor incidencia y prevalencia, para desarrollar las acciones del programa de atención integral a la familia, para desarrollar el método clínico- epidemiológico, así como la opinión sobre la pertinencia de los egresados.

Las preguntas formuladas debían ser respondidas en término de grado de satisfacción en 5, 4, 3, 2 según los siguientes criterios:

85% o más de satisfacción marcar 5

70 a 84% de satisfacción marcar 4

60 a 69% de satisfacción marcar 3

Menos del 60% de satisfacción marcar 2

Para lograr cumplir el objetivo del trabajo se requirió de la utilización de diversos Métodos de investigación tanto de carácter teórico, empírico y estadístico matemático para interpretar los resultados:

RESULTADOS

Resultados de la aplicación de encuesta a egresados:

Más del 85% de los encuestados valoró entre 4 y 5 la creación y consolidación de cualidades personales durante su formación, lo que se complementa con que más de un 80% ubica en ese mismo rango la formación general recibida con relación al desempeño actual como profesionales.

Al encuestar a los egresados sobre su autovaloración en relación al grado en que la formación recibida favoreció el desarrollo de competencias generales y específicas necesarias para su actual desempeño teniendo en cuenta los niveles de prevención, relacionados con promoción y prevención más del 70% de los encuestados lo valora entre 4 y 5, evidenciando un 70 y 85% de satisfacción respectivamente según la escala asumida a los efectos de esta investigación. Para las acciones relacionadas con rehabilitación el 9,68% lo califica con 2 lo que implica menos de 60% de satisfacción, no obstante cuando se suman los porcentajes donde la valoración es 2 o 3 un mayor porcentaje reconoce debilidades para la habilidad de tratamiento.

En la contribución de disciplinas como la Informática y el Idioma el 14,52 y 17,74% respectivamente lo valora de 2 según la escala empleada, es decir, expresan menos de un 60% de satisfacción con el dominio de esos modos de actuación. Cuando a ello añadimos los que lo evalúan de 3 en el dominio del idioma alrededor del 40% expresa una satisfacción de 60% o menos.

Los resultados expresan menos de un 60% de satisfacción con relación al accionar de los asesores de la carrera en el 9,68% de los encuestados seguido por dificultades en el accionar de tutores donde más del 33% expresa 60% o menos de

satisfacción. En la satisfacción con el claustro más del 77% lo evalúa entre 4 y 5, es decir más de 70 y 85% respectivamente de satisfacción.

El 25,81 % de los egresados evalúa de 2 la preparación recibida para realizar investigaciones científicas, seguida de un 17,74 % que da esta misma evaluación al conocimiento actual sobre técnicas de dirección y economía. Cuando a ello se añaden los que evalúan de 3 estos aspectos las mayores dificultades se centran en la preparación en dirección y economía donde el 61,29% de los egresados tiene un 60% o menos de satisfacción con la preparación recibida en este sentido. El 70,97% de los egresados evalúa entre 4 y 5 la contribución de otras actividades curriculares en su formación, en la preparación pedagógica los resultados también se desplazan hacia el 4 y 5 con 35,48 y 22,58% respectivamente con un total de 58,06%.

Resultados de la aplicación de encuesta a empleadores:

Al valorar la preparación teórico- práctica de los egresados para poner en marcha los programas de salud el 58,06 y 24,19% de los empleadores manifiesta 70 a 84% y 85% y más de satisfacción.

El 26,98% tienen 60 a 69% de satisfacción relacionada con la preparación integral de los egresados para desempeñar habilidades dentro del perfil del egresado.

El 46,88% tiene entre un 70 y 84% de satisfacción relacionada con la preparación integral de egresados para solucionar los problemas de mayor incidencia y prevalencia y en este mismo rango el 50% de los empleadores ubica la preparación integral para desarrollar las acciones del program de medicina familiar.

El 28,13 y 3,13% respectivamente de los empleadores tiene de 60 a 69% o menos de 60% de satisfacción con la preparación integral de los egresados para desarrollar el método clinico- epidemiológico en la solución de problemas y el 20,34% muestra entre un 60 y 69% de satisfacción sobre la pertinencia de los egresados de la carrera.

En una pregunta abierta para expresar otros criterios sobre la calidad de la formación en la carrera los resultados son los siguientes (aparece entre paréntesis la cantidad de veces que se repite una idea):

- Dificultades para el desarrollo de elementos prácticos de la medicina familiar (10) 15,62%.
- Dificultades para el manejo de los procedimientos del médico y la enfermera de la familia (10) 15,62%.
- Matrícula elevada que atenta contra la calidad de la formación (5) 7,8%.
- Dificultades en el trabajo de formación vocacional y calidad del ingreso (4) 6,25%
- Dificultades en el trabajo con los documentos básicos del programa de medicina familiar (3) 4,68%.
- La calidad es inferior a años anteriores (2) 2,34%.
- Escaso el tiempo de formación de especialistas, necesidad de elevar la autoperparación y el rigor de la evaluación (1) 1,17%.

DISCUSIÓN:

Los estudios sobre satisfacción de egresados son útiles para que las instituciones de educación superior, identifiquen prioridades educativas y administrativas sobre el servicio que proporcionan ⁽⁸⁾.

Un estudio realizado por Llanes Castillo y colaboradores ⁽⁸⁾ evidenció que la satisfacción de los alumnos en la formación recibida varía de 54 a 65%, la evalúan como regular el 17%; mientras que la consideran buena el 58.5%

En ese mismo estudio ⁽⁸⁾ al analizar en qué nivel se cumplieron las expectativas que se propuso el egresado al cursar la carrera, la categoría de respuesta de regular la manifestaron el 23.6%; consideran haber cumplido sus expectativas como buenas en el 62.3%; y refieren una evaluación como muy buena el 14.2 % de los estudiantes. Aunque los instrumentos utilizados fueron diferentes el porcentaje de egresados que valora este aspecto de regular es similar al encontrado en nuestro estudio, similar resultado se obtiene al analizar la autovaloración del egresado sobre la calidad de la carrera que lo formó ⁽⁸⁾.

Por su parte Castro Molinares ⁽⁹⁾ en un estudio se egresados de medicina en una universidad de Colombia constató al explorar sobre aspectos por mejorar en la formación que la falta de formación en inglés fue referido por 3,5%, malos docentes 7,0%, falta de profundidad en algunas especialidades 3,5%, deficiencias en prácticas 19,5 %, poco tiempo para tantos temas el 10,6%, deficiencia de textos en la biblioteca el 0,9%, y recarga académica referido por el 7,0% ⁽⁹⁾. Al compararlo con nuestros resultados existen similitudes con el accionar del claustro donde porcentajes similares tienen menos de un 60% de satisfacción, no sucede lo mismo con el idioma donde en nuestro estudio el grado de satisfacción es mucho menor al constatado en esa investigación. Ese mismo estudio ⁽⁹⁾ 0,9% manifestó insatisfacción con las competencias desarrolladas en la carrera.

Entre los aspectos por mejorar del proceso formativo, a juicio de los egresados, está la enseñanza de una segunda lengua ⁽⁹⁾ lo cual coincide con nuestros resultados y también con la valoración de este aspecto pues esto merece especial atención, por cuanto es un factor clave para el desempeño profesional, en un mercado globalizado y competitivo como el actual ⁽⁹⁾.

En un estudio sobre características laborales del médico joven egresado de la Facultad de Medicina San Fernando, Huamán y colaboradores ⁽¹⁰⁾ detectaron un 6,2% de insatisfacción, de regular lo cataloga el 14,5%, buena 19,7% y máxima 59,1%. El 78,8% de los egresados manifestó haber alcanzado el desempeño laboral esperado, resultado similar al donde más de un 80% de los egresados catalogó entre 4 y 5 la formación general recibida con relación al desempeño actual como profesionales.

Espínola ⁽¹¹⁾ al caracterizar los alumnos de la carrera de Medicina expresa que los datos revelan que los encuestados, mayoritariamente, calificaron como satisfactoria la formación teórica y el tipo de enseñanza recibida en la carrera, no obstante más del 40% consideró deficiente la formación práctica y un 50% alegó deficiente el sistema de evaluación de la carrera. Evaluaron como buena o muy buena la formación práctica recibida en las Pasantías Rurales y el Internado Rotatorio. Consideraron como deficiente además, la formación en competencias tales como la capacidad para abordar los aspectos éticos y legales de la medicina e identificar riesgos y hacer promoción de salud en la comunidad, con este último aspecto difieren nuestros resultados.

En un estudio de discrepancia entre el perfil deseado y alcanzado en el egresado de la carrera de medicina realizado por Gustavo H Marín ⁽¹²⁾ se plantea que los sujetos en estudio desconocían en su mayoría (68,6%) las preguntas básicas relacionadas

con la promoción de la salud y la prevención primaria y secundaria de las enfermedades (estrategia de APS), mientras que el 69,71% contestó correctamente preguntas puntuales en relación con conocimientos específicos sobre patologías muy poco prevalentes, resultado que difiere al nuestro y que valida la idea de la prioridad que concede nuestra formación a la integralidad en la actuación que implica una formación en promoción de salud con alto grado de calidad.

En una investigación de Acosta Arreguín ⁽¹³⁾ el 98% de los encuestados manifestó que los contenidos recibidos durante su formación son aplicables en este momento a su práctica profesional y 96% que los contenidos de las materias llenaron sus expectativas como médicos generales., resultados que en caso nuestro se sitúan con más de un 85 % de satisfacción.

Cuando analizamos el porcentaje de empleadores que sitúa entre 60 y 69% o menos de 60% de satisfacción con algún aspecto de los recogidos en la encuesta las mayores dificultades se centran en la preparación del egresados para el desarrollo del método clínico epidemiológico en la solución de problemas y la preparación para desarrollar habilidades del perfil del egresado con 31,26 y 26,98% respectivamente.

CONCLUSIONES

Se constataron insatisfacciones de egresados en lo que constituyen objetivos de salida de la carrera relacionados con la atención integral para el tratamiento, la rehabilitación y la ejecución de acciones administrativas.

Se debe dar seguimiento a las oportunidades de mejora puestas de manifiesto a partir de las insatisfacciones relacionadas con el dominio del idioma inglés, la preparación en metodología de la investigación y gerencia para dar un salto de calidad en la formación de futuros profesionales, aspecto que confiere aplicabilidad práctica a los resultados obtenidos.

Los empleadores tienen insatisfacciones con los egresados de la carrera relacionadas sobre todo con el desarrollo del método clínico- epidemiológico y el desarrollo de habilidades de su perfil de egresado.

REFERENCIAS

1. Jaramillo, A., Pineda, A. G., & Ortíz Correa, J. S.. Estudios sobre egresados: La experiencia de la Universidad EAFIT. *Revista Universidad EAFIT* 2006, 42 (141):111-124
2. Aldana de Becerra, G. M., Morales González, F.A. Aldana Reyes, J. E. Sabogal Camargo, F.J. & Ospina Alfonso, A. R. Seguimiento a egresados. Su importancia para las instituciones de educación. En: *Teoría y Praxis Investigativa* 2008, 3(2):61- 65.
3. Maya Guerra, J. I., & Herrera Herrera, M. E. Aproximación al estado del arte sobre los estudios de desempeño de graduados de programas de educación superior. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* [revista en Internet]. 2012 [citado 2017 Feb 14]; (36): 127 – 157. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>
4. Gaspar Domingos, A., Capó Pérez, J. R., & Lombillo Rivero, I. Variables e indicadores para seguimiento de graduados del Instituto Superior Politécnico de Kwanza Sul, Angola. *Revista Ciencias Técnicas Agropecuarias* [revista en

- Internet]. 2015, [citado 2017 Feb 14]; 24(4): 52-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-00542015000400009&lng=es&tlng=es
5. Oyola Ramírez, J. E. Encuesta Nacional a Egresados Universitarios y Universidades. Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2014
 6. Toledo Martínez, L. T, Rodríguez Fleitas, X., Pupo Pupo, M.. Seguimiento al egresado: una vía para su formación permanente. *Revista Congreso Universidad 2012*, 1(2):1- 10.
 7. Guerrero Mantilla, R., Capó Pérez, J. R., López Padrón. A. Modelación estadístico-matemática aplicada al seguimiento de egresados de carreras de perfil técnico agropecuario. *Revista Ciencias Técnicas Agropecuarias 2016*, 25(4): 55-63.
 8. Llanes Castillo A, Cervantes López MJ, Peña Maldonado AA, Saldivar González. AH Satisfacción del Egresado de la Universidad Autónoma de Tamaulipas Rev. Esc. Med. Dr. J. Sierra 2012; 26(2): 11-16 [Internet]. 2012 [citado 2016 Oct 19] ; 19(6): Disponible en http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=89152&id_seccion=4229&id_ejemplar=8768&id_revista=261
 9. Castro Molinares SP. Estudio de egresados de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta. Rev. Curare 1 (1) [revista en la Internet]. 2014 jun [consultado 2016 Oct 15] ; 35-42. Disponible en: <http://66.33.207.99/index.php/cu/article/view/306>
 10. HUAMAN, Moisés et al. Características laborales del médico joven egresado de la Facultad de Medicina San Fernando. An. Fac. med. [Internet]. 2007 enero-marzo [consultado 2016 Oct 19]; 68 (1): 19-28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832007000100003&script=sci_arttext
 11. Espínola BH, Melis IG, Gonzales MA, Regnier E. Los graduados de Medicina evalúan la pertinencia de la formación médica. *Educación Médica 2006*; 4(2):18-22.
 12. MARIN, Gustavo H.. Discrepancias entre el perfil deseado y alcanzado en el egresado de la carrera de medicina. FEM (Ed. impresa) [online]. 2014, 17(2): 83-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322014002200005
 13. Acosta Arreguín et al. Seguimiento de egresados de la Facultad de Medicina de la UNAM. Rev Ed Superior [Internet]. 2004 abril- junio [consultado 2016 Oct 19]; Vol. XXXIII (2), No. 130: Disponible en: <http://publicaciones.anuies.mx/revista/130/1/1/es/seguimiento-de-egresados-de-la-facultad-de-medicina-de-la-unam>

SÍNCOPE, MOTIVO DE CONSULTA FRECUENTE EN EL ANCIANO.

Idioel Abreu La Rosa,¹ Sandra C. Williams Serrano,² Katherin M. Estévez Eras,³ Luis A. Herrera Martínez⁴

¹medialr951118@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Estudiante de Cuarto Año de Medicina

²sandraws@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Master en EDUMED, Medicina Bioenergética y Natural

³medkmee960515@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Estudiante de Cuarto Año de Medicina

⁴jdidiomas@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Lic. en Lenguas Extranjeras.

Resumen: El síncope suele ser un evento inesperado y dramático que causa incertidumbre, ansiedad y temor. No se considera una enfermedad sino una manifestación clínica, usualmente benigna, pero puede ser un signo ominoso y marcador de muerte súbita. Se trazó como objetivo enunciar el concepto de síncope y describir su fisiopatología teniendo en cuenta su frecuencia, en la que influye el envejecimiento poblacional. Para ello se consultó 29 fuentes bibliográficas, accedidas a través de los principales gestores de la red informática. Se concluyó que el síncope se define como una pérdida súbita y transitoria de la conciencia, asociada a la incapacidad de mantener el tono postural, seguida por una espontánea y total recuperación. No deben considerarse como síncope las situaciones clínicas que no cumplan con los mecanismos fisiopatológicos que aunque son diversos, estos confluyen en la caída de la presión arterial, que produce una hipoperfusión cerebral global transitoria, capaz de ocasionar la pérdida del conocimiento en un lapso de pocos segundos.

Palabras clave: síncope, hipoperfusión cerebral, pérdida de conciencia

Introducción

El síncope suele ser un evento inesperado y dramático que causa incertidumbre, ansiedad y temor. Aunque no se considera una enfermedad, sino una manifestación clínica que usualmente es benigna, puede ser un signo ominoso y marcador de muerte súbita.¹

William Harvey es uno de los primeros en describir los cambios circulatorios que ocurren durante la sangría y creía que el síncope que se produce durante esta se debe fundamentalmente a estados emocionales alterados.² Charcot describe por primera vez, en 1876-1879, el síncope como resultado de un paroxismo intenso de tos³ y lo denomina “vértigo laríngeo”.⁴

Las primeras descripciones sobre los mecanismos y la presentación clínica de los episodios sincopales datan de inicios del siglo XX. Sin embargo, es a partir de la década de los ochenta cuando hay un incremento en el número de publicaciones.⁵

El síncope es motivo del 3% de las consultas a servicios de emergencia^{6, 7} y del 5% de las admisiones hospitalarias.⁸ La prevalencia acumulada detectada en el estudio de Framingham fue del 3% para varones y del 3,5% para mujeres;^{9, 10} la incidencia del primer síncope en la población general fue de 6,2 casos por cada 1.000 persona-años, cifra que subió hasta 19,5 entre mayores de 80 años.^{9, 11} Estudios realizados en diferentes países europeos e incluso los Estados Unidos, muestran que aproximadamente un 1% de todos los pacientes atendidos en un servicio de urgencias

acuden por episodios de pérdida de conciencia y que dichos pacientes acaban representando el 1% de todos los ingresos hospitalarios desde urgencias.^{12, 13} Se estima que entre el 9 y el 35% de la población española presenta algún episodio sincopal en su vida.¹⁴ Una encuesta realizada en Argentina en el año 1998, informó una prevalencia del síncope en la población general del 18.5%.³

En Cuba en la consulta de neurología del Hospital “Comandante Manuel Fajardo”, durante el período 2012-2014 fue la sexta causa de solicitud de atención donde se evidencia un franco predominio en el sexo femenino con respecto al masculino y en relación con la edad se encuentran dos picos en la incidencia; un primer grupo de pacientes comprendido entre los 16 y 30 años con el 25,3 % y un segundo grupo de pacientes mayores de 60 años con el 35,7 %.³

Problema científico: En la práctica médica diaria el abordaje a pacientes con alteraciones de la conciencia es una de las demandas de urgencias más frecuentes y aunque el síncope se acompaña de recuperación rápida y espontánea, produce gran ansiedad en el paciente y los familiares. Por otra parte, el concepto no se encuentra claro para algunos, quienes incluyen como síncope, situaciones donde no se cumple el principio fisiopatológico, la hipoperfusión cerebral global transitoria. Esta situación representa la necesaria actualización en cuanto a los elementos relacionados con el concepto y fisiopatología del síncope para que la interpretación de este incidente y la conducta a seguir sean las más apropiadas.

Justificación: La elevación de la expectativa de vida genera un incremento de la población geriátrica, donde los efectos del envejecimiento provocan afectaciones de los órganos sensoriales, así como de las funciones motoras que ocasionan caídas frecuentes; sobre la base de la consideración anterior, es evidente entonces, que el síncope es un fenómeno frecuente en nuestro medio, pues la población cubana presenta un gran índice de envejecimiento y Cienfuegos constituye una de las poblaciones más envejecidas. Por otra parte la hipertensión arterial tiene una gran prevalencia y coexisten varias enfermedades en un mismo paciente, como resultado la polifarmacia, sobre todo de los medicamentos hipotensores, amplía la posibilidad de sufrir un episodio sincopal, efecto indeseable que está bien reconocido en el Formulario Nacional de Medicamentos.¹⁵ Los autores consideran necesaria la realización de la presente revisión para la que se consultaron un total de 29 bibliográficas accedidas a través de los principales gestores de la red informática con el objetivo de enunciar la definición de síncope y describir su fisiopatología; pues el profesional de salud se encuentra a diario ante pacientes con pérdida breve de conciencia y se hace imprescindible el conocimiento actualizado de estos elementos para seguir la conducta más adecuada.

Desarrollo:

Definición: Una correcta definición del síncope es fundamental por diversas razones. Primeramente, para poder etiquetar correctamente a nuestros pacientes, ya que un enfoque inicial erróneo puede llevar a planteamientos diagnósticos, consideraciones pronósticas y actitudes terapéuticas incorrectas. Por otra parte, es fundamental tener una definición clara y precisa para que todas las publicaciones que traten sobre síncope se refieran al mismo proceso ya que, de no hacerlo de manera homogénea y bien

estandarizada, se puede establecer recomendaciones, pautas y conclusiones que lleven a confusión.¹²

Una de las primeras definiciones se publica en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de 2001. En esa definición se incluyen los conceptos fundamentales del síncope, es decir, que hay pérdida de conciencia, que dicha pérdida es transitoria y que el paciente se recupera de ella espontáneamente, sin necesidad de una intervención terapéutica y sin secuelas.¹⁶

Al hablar de síncope no se refiere a una enfermedad, tampoco se va a hablar de un síntoma aislado, porque aunque la pérdida de conciencia es la manifestación cardinal del síncope, no se trata de un fenómeno único y tampoco constituye una enfermedad con caracteres clínicos que lo hagan merecedor de ser una entidad nosológica.³

La mayoría de los autores coinciden en que el síncope es una pérdida transitoria de conciencia y tono muscular caracterizada por presentar un comienzo brusco, duración breve y recuperación espontánea, causada por una hipoperfusión cerebral global aguda.^{3, 10, 17} No todas las pérdidas de conciencia son debidas a un déficit global de perfusión cerebral, y por tanto, no pueden definirse como síncope; entre otras causas están las de origen neurológico (con las convulsiones como máximo exponente), metabólico y las intoxicaciones; que comparten características clínicas semejantes, pero con fisiopatología diferente.⁶

Contrariamente a lo que se expresó con anterioridad, y coincidimos con del Val Martín y col⁷, que algunos autores incluyen como síncope los trastornos metabólicos o de la sangre (hipoglucemia, anemia) donde lo afectado es el contenido y no la perfusión sanguínea; es por ello que no cumplen con la base fisiopatológica del síncope (la hipoperfusión cerebral transitoria) y tampoco son de breve duración. Además los autores de la presente revisión han presenciado ese error conceptual en la práctica clínica habitual.

Presíncope es la sensación de desfallecimiento inminente, aunque sin llegar a una pérdida completa de la conciencia, se produce una hipotonía postural transitoria. Generalmente precede al síncope, también puede presentarse de forma aislada; es un equivalente menor.^{6, 8} El paciente puede describir como vértigo, visión borrosa, pérdida de control sobre los movimientos oculares y otros movimientos.¹ Clínicamente, se debe considerar desde el punto de vista diagnóstico y de tratamiento como un episodio de síncope frustrado.⁶

Fisiopatología:

El mantenimiento del estado de conciencia con un complemento intacto de sus funciones requiere una continua y efectiva interacción entre los hemisferios cerebrales y ciertos mecanismos fisiológicos activadores no específicos situados en la parte alta del tronco encefálico (sistema reticular activador ascendente).¹⁸ Por lo que la afectación de la perfusión sanguínea hacia estas estructuras está relacionado con alteraciones de la conciencia, y si la interrupción de flujo es de forma breve se produce el síncope, pues la supresión es transitoria.

El síncope puede deberse a tres diferentes etiologías: un mecanismo reflejo o neuromediado, un origen cardiogénico que puede producirse por una arritmia o algún tipo de cardiopatía estructural, o hipotensión ortostática (HO) que puede deberse a una disfunción autonómica primaria, secundaria a una patología de base o desencadenada por fármacos hipotensores o hipovolemia.^{8, 19} En cualquier caso, es importante destacar que en muchas ocasiones pueden combinarse varios de los mecanismos; evidenciado

en la literatura con el reporte de casos donde paroxismos de tos se asocian al bloqueo auriculoventricular (AV) y se produce el síncope.

Aunque los mecanismos fisiopatológicos que pueden llevar al síncope son diversos, todos comparten como vía final común la caída de la presión arterial que lleva a una hipoperfusión cerebral global transitoria capaz de ocasionar la pérdida del conocimiento en un lapso de pocos segundos.^{8, 16}

Los autores consideramos necesario la comprensión del mecanismo fisiopatológico, pues es la base para conceptualizar qué es el síncope, cuáles son sus causas y cómo diferenciarlo de otras situaciones clínicas donde hay pérdida de conciencia. Elementos que sustentan la toma de la conducta más adecuada.

Cuando la presión arterial sistólica cae por debajo de 70 mmHg puede aparecer el síncope. Se pierde la conciencia cuando disminuye el flujo sanguíneo cerebral general al 40 % de lo normal. Esta disminución suele indicar una caída del gasto cardíaco del 50 % o más y disminución de la presión arterial media en posición erecta a menos de 40 ó 50 mmHg. Como los factores gravitatorios contribuyen de manera importante al deterioro del retorno venoso, el desmayo por alteración del llenado del corazón derecho casi siempre ocurre en la posición erecta o, en ocasiones, sentado. El síncope de cualquier causa es mucho más común sentado o de pie que acostado,¹⁷ de no ser así se debe pensar primeramente en un síncope de origen cardiovascular.¹¹

El mecanismo básico por el cual se produce es por la reducción temporal del flujo sanguíneo cerebral (FSC), lo que puede ser consecuencia de: disminución del gasto cardíaco, disminución de la resistencia vascular periférica que ocasiona vasodilatación, falla de las reacciones neurovegetativas compensatorias con los cambios de la postura o la combinación de los mecanismos anteriormente citados.³

Síncope neuromediado o reflejo: Es la causa más frecuente, representa aproximadamente el 50% de los casos, afecta típicamente a pacientes menores de 40 años y no está asociado a un riesgo aumentado de morbimortalidad cardiovascular.¹¹ Dentro del reflejo se incluyen el síncope vasovagal, el síncope por hipersensibilidad del seno carotídeo y el situacional de los cuales se desarrolla a continuación el mecanismo fisiopatológico.

- I. *Síncope Vasovagal (vasodepresor):* Se presenta siempre cuando el paciente está en posición erguida y puede ser prevenido o aliviado con la posición de acostado. De hecho, debe considerarse que acostado un síncope indica una afección cardiovascular o neurológica grave en tanto no se demuestre lo contrario. El síncope vasovagal produce una de las respuestas vasodilatadoras más poderosa en los humanos.¹⁷ El factor desencadenante suele ser las emociones intensas, como visión de sangre, accidentes, traumatismos, miedo, dolor; largos períodos de pie o sentado, deshidratación o ambientes cálidos, pero puede ocurrir sin un desencadenante evidente.²⁰ Estos desencadenan una vasodilatación súbita de las arteriolas intramusculares con caída de la resistencia vascular periférica de los vasos inervados por el sistema simpático y disminución de la presión arterial; y el gasto cardíaco no aumenta como ocurre en condiciones normales.^{3, 17} Entonces puede haber estimulación vagal (de ahí el término "vasovagal") que provoca una marcada bradicardia, con caída ulterior de la presión sanguínea, disminución de la frecuencia respiratoria, hipotensión arterial y aumento del peristaltismo intestinal con náuseas y vómitos;³ elementos

que se justifican con la activación del reflejo de Bezold-Jarish.¹⁶ La inconciencia y la palidez facial se deben a un inadecuado aporte de sangre al cerebro y a las estructuras extracraneales respectivamente.¹⁷ Aunque existe bradicardia durante el síncope este no es un factor determinante en la patogenia; el factor decisivo en esta forma de síncope es la reducción de la resistencia vascular periférica causada por la inhibición de la actividad vasoconstrictora simpática.³

II. *Síncope del seno carotídeo*: La aplicación de una presión externa sobre la zona en que está ubicado el seno carotídeo, maniobra conocida como masaje del seno carotídeo, produce enlentecimiento de la frecuencia cardíaca y caída de la presión arterial.¹³ La hipersensibilidad del seno carotídeo ha sido definida como la respuesta anormal al masaje del seno carotídeo. Esta respuesta anormal puede ser: cardioinhibitoria, que se manifiesta por pausas ventriculares mayores a tres segundos; vasodepresora, que se manifiesta por disminución de la presión arterial sistólica mayor a 50 mm Hg, y mixta.^{8, 14, 20} En individuos con hipersensibilidad del seno carotídeo, movimientos de giros de la cabeza, el uso de collares, cuellos apretados, fracturas sobre esta región, provocan una reacción exagerada con pérdida de conocimiento breve.^{3, 20} Otras causas son adenopatías, tumores del cuello, divertículos esofágicos, capaces de comprimir los barorreceptores del seno carotídeo.³

III. *Síncope situacional*: El síncope situacional se refiere al síncope producido por situaciones específicas como micción, defecación, deglución o tos.²⁰ En todos estos interviene la activación de mecanorreceptores locales como vía aferente del acto reflejo.¹⁶ El mecanismo es la vasodilatación por estimulación vagal e hipotensión durante la relajación de la maniobra de Valsalva forzada. La hipertonia vagal nocturna y la HO explican que el síncope miccional se produzca más fácilmente durante la noche.⁸ *Síncope miccional*: Se observa en las persona que se levantan a orinar durante la noche. Dentro del síncope situacional constituye el más frecuente. Ocurre al final o poco después de haber terminado la micción; varios mecanismos se combinan: la vejiga llena provoca vasoconstricción, luego al vaciarse se produce vasodilatación, lo que combinado con la hipotensión postural, la bradicardia y el efecto de la maniobra de Valsalva dan lugar al síncope.^{3, 8} *Síncope tusígeno*: Se produce después de toser enérgicamente. Típicamente ocurre en hombres con bronquitis crónica durante periodos de intensa tos; de repente se siente debilidad y se pierde el conocimiento. La tos produce una elevación de la presión en el interior de la cavidad torácica, con disminución del retorno venoso al corazón. Probablemente contribuyan el aumento de la presión intracraneal que se produce en el acto de toser y la disminución de la presión de dióxido de carbono que culmina con una vasoconstricción.³ Dato curioso es que se han reportado varios casos en la literatura⁴ donde el paroxismo de tos se asocia a bloqueos AV, por lo que el síncope inducido por tos no siempre es de origen situacional y es necesario un reconocimiento detallado del paciente.

Síncope postural por hipotensión ortostática (HO): Fisiológicamente, el acto de levantarse provoca una acumulación de sangre de alrededor de 400-700 ml en el sistema venoso capacitante de las extremidades inferiores y del territorio esplácnico. El resultado es una disminución en el retorno venoso y una tendencia a la baja del gasto

cardíaco. El mantenimiento de la presión arterial al levantarse depende de fenómenos reflejos que se ponen en marcha de forma inmediata (estimulación de los barorreceptores cardiopulmonares, aórticos y carotídeos, con el resultado de una estimulación simpática y una inhibición parasimpática que provocan el aumento de la frecuencia cardíaca y de las resistencias vasculares periféricas) y, secundariamente, cambios neurohormonales (aumento de la liberación de la hormona antidiurética, de endotelina, activación del sistema renina-angiotensina y disminución de la secreción del factor natriurético auricular). La HO es el resultado de la insuficiencia de los sistemas de regulación, debida a una hipovolemia, lo que acentúa la disminución del retorno venoso, o debida a una lesión del arco barorreflejo.^{8, 21}

A diferencia de lo que ocurre en el síncope reflejo, en la disfunción del sistema nervioso autónomo la actividad simpática eferente está crónicamente alterada, de forma que la vasoconstricción es deficiente.^{16, 22}

La HO se define como la caída de la presión arterial sistólica mayor de 20 mmHg y de la presión diastólica mayor de 10 mmHg dentro de los 3 minutos de pasar de la posición supina a la posición erecta.^{3, 22} Es un signo derivado del fallo autonómico que consiste en un trastorno de la neurotransmisión noradrenérgica.²³ Es una causa de síncope frecuente en pacientes ancianos y su aparición es característica al levantarse con rapidez desde la posición de decúbito y permanecer por largos períodos en bipedestación. Otra de las características de este tipo de síncope es la falta de existencia de reacciones neurovegetativas.³

Los episodios de HO habitualmente son generados por efectos secundarios de los fármacos, sobre todo los que se administran para combatir problemas cardiovasculares y pueden llegar a suponer hasta un 5-15% de los síncofes;²⁴ además puede ser consecuencia de estados de hipovolemia y disautonomías.^{11, 21}

Síncope cardiogénico: El descenso brusco del volumen minuto o gasto cardíaco, o la incapacidad de incrementarlo durante el ejercicio debido a la presencia de una alteración cardíaca, constituye la base fisiopatológica del síncope cardíaco. La alteración básica puede ser una arritmia, un proceso obstructivo o la aparición de una disfunción mecánica aguda.²⁵

Tanto las bradiarritmias como las taquiarritmias pueden provocar síncope; las arritmias sincopales más comunes son, en orden decreciente de frecuencia, el bloqueo AV, las taquicardias ventriculares, la disfunción sinusal y las taquicardias supraventriculares.²⁵

El síncope arrítmico es la forma más frecuente de síncope cardíaco y provoca un deterioro hemodinámico capaz de producir una disminución crítica del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo cerebral.²² En estudio realizado en Camagüey se constata que el síncope fue el síntoma de mayor relación con la implantación de marcapasos para un 52,3 % del total de pacientes.²⁶

La isquemia miocárdica puede reducir el gasto cardíaco de forma directa, iniciar reflejos vagales que disminuyen el gasto y la resistencia vascular de forma indirecta, o producir arritmias transitorias; a propósito el síncope es síntoma inicial en el 10% de los ancianos con infarto agudo de miocardio.¹ Basado en la idea anterior, sería recomendable la indicación del electrocardiograma en los pacientes que asistan a urgencias por haber sufrido un síncope, pues podría ser la forma de presentación clínica de un infarto agudo de miocardio.

El síncope por cardiopatía estructural se produce cuando la demanda circulatoria supera la capacidad limitada del corazón de incrementar el gasto cardíaco; se observa en pacientes con estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica obstructiva, mixoma auricular.¹⁶ Recientemente, Mulet Gámez y col²⁷ hicieron pública la presentación de un caso de una niña, en Venezuela, con un mixoma auricular que acude a urgencias por síncope recurrente y en Ciego de Ávila, Vega R y col²⁸ reportan un caso similar.

La estenosis aórtica o la miocardiopatía hipertrófica obstructiva pueden ser descubiertas en el 5-10% de los pacientes no seleccionados que sufren síncope o caídas no explicadas. El síncope afecta al 25% de los pacientes sintomáticos con estenosis aórtica.⁹

El síncope obstructivo se presenta típicamente durante el esfuerzo, en cardiopatías con obstrucción grave que afectan tanto al lado izquierdo como al derecho del corazón. En estos casos, la vasodilatación periférica que se produce durante el ejercicio no se acompaña del incremento apropiado del gasto cardíaco (limitado por la obstrucción) consecuentemente, la presión arterial cae y se produce el síncope.²⁵ En pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva, la obstrucción al flujo puede ser la causa de un síncope de esfuerzo; sin embargo, en estos pacientes, puede también ser consecuencia de la alteración hemodinámica secundaria a taquiarritmias supraventriculares o ventriculares.²⁵

Síncope en el anciano:

El grado de envejecimiento poblacional presente en Cuba y especialmente en Cienfuegos, justifica la frecuente asistencia a los centros de salud de pacientes ancianos, fenómeno demográfico que repercute sobre el cuadro de salud de la población. Este grupo etario presenta particularidades que lo hacen más susceptible a sufrir episodios sincopales por ello se aborda esta temática en el paciente geriátrico.

Es posible que los reflejos autónomos, que pueden ayudar a mantener la presión arterial y el flujo sanguíneo cerebral durante los cambios posturales y las situaciones estresantes, se encuentren alterados en los ancianos. Conforme aumenta la edad, se produce un declive progresivo de la sensibilidad de los barorreceptores carotídeos. Los ancianos son más sensibles a los vasodilatadores y menos capaces de compensar las caídas bruscas de la presión arterial secundarias a hemorragia aguda o por fenómenos más comunes, como la tos o la bipedestación.^{9, 29}

El síncope en el anciano es una entidad problemática, en el estudio Relevamiento de los Distritos de la Sociedad Argentina de Cardiología de los factores de riesgo coronario, el 12% de los ancianos refirieron haber padecido algún episodio sincopal en el término de su vida, y en las consultas por síncope en los servicios de emergencias, el 80% corresponde a personas mayores de 65 años.¹⁶

Entre las personas mayores, la incidencia y la prevalencia aumentan con la edad, debido a una combinación de cambios fisiológicos y patológicos. Las causas de las pérdidas transitorias de la conciencia frecuentemente son multifactoriales por el incremento de la prevalencia de comorbilidad y polifarmacia.⁹

Las causas más comunes en esta etapa de la vida son la HO, el síncope reflejo, especialmente el síndrome del seno carotídeo, debido a esclerosis del bulbo carotídeo y las arritmias cardíacas.¹⁶ La HO debe ser prioritaria pues es un problema complejo en el manejo del anciano, ya que puede deberse a numerosas causas además de la relacionada con la edad; su incidencia se encuentra entre 20% y el 30%. Causa

importante de HO es la medicación antihipertensiva y las drogas usadas para los tratamientos neurológicos, lo que dificulta el manejo de los pacientes en quienes coexiste hipertensión arterial, deterioro cognitivo senil e HO.¹⁶

Uno de los problemas que plantea el síncope en el anciano es el impacto en el pronóstico asociado con las caídas. La proporción de heridas que se producen puede ser tan alta como del 35%. De ellas más de un sexto son graves, como fracturas, hematoma subdural o accidentes. Otras consecuencias son la hospitalización, la pérdida de confianza, la depresión, la ansiedad, la institucionalización u otros accidentes. El síndrome de miedo a caer aparece en el 50% de los ancianos que presentan mareos y sufren caídas y síncope. Este síndrome provoca una limitación de la movilidad, una restricción de las actividades sociales y la pérdida de la independencia.^{9, 16}

Conclusiones: El síncope se define como una pérdida súbita y transitoria de la conciencia, asociada a la incapacidad de mantener el tono postural, seguida por una espontánea y total recuperación. No deben considerarse como síncope las situaciones clínicas que no cumplan con los mecanismos fisiopatológicos que aunque son diversos, estos confluyen en la caída de la presión arterial, que produce una hipoperfusión cerebral global transitoria, capaz de ocasionar la pérdida del conocimiento en un lapso de pocos segundos. El paciente geriátrico presenta mayor riesgo a sufrir un episodio sincopal lo que está dado fundamentalmente por cambios degenerativos y las comorbilidades que llevan a la polifarmacia.

Referencias Bibliográficas

1. Morillo C, Medina E editores; Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Síncope. 1ed. Bogotá: Publicaciones SCC; 2005
2. Aldana L, Iglesias J, García E, Lima G. Caracterización psicológica de jóvenes masculinos con síncope vasovagal recurrente. Rev Cub Med Mil [Internet] 2010 [citado 2015 Nov]; 39(3-4):227-236. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572010000300007&lng=es
3. Maya CM. Desmayo y síncope. En: Urgencias neurológicas. 2 ed. La Habana: Ecimed; 2015 .p. 200-217.
4. Osma H, Escobar C, Urquijo TM y Mora G. Síncope inducido por tos: no siempre es situacional. Rev Colomb Cardiol. [Internet] 2017 [citado 2017 Dic]; 24(6): 621.e1--621.e4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-sincope-inducido-por-tos-no-S0120563317301055>
5. Moya A, Alonso C. Manejo de los pacientes con síncope: de las guías a la práctica clínica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2008 [citado 2015 Nov]; 61(01): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revescardiol.org/es/manejo-los-pacientes-con-sincope/articulo/13114951/>
6. Blanca E, Fernández L, Ruíz A, Uberos J. El Síncope en la consulta del pediatra general: manejo práctico. Vox Paediatrica [Internet]. 2014 [citado 2015 Nov]; 21(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://spaoyex.es/articulo/el-s%C3%ADncope-en-la-consulta-del-pediatra-general-manejo-pr%C3%A1ctico>

7. del Val D, Rodríguez D, Segura D y Zamorano JL. Síncope. *Medicine* [Internet]. 2017 [citado 2017 Dic]; 12(38):2275-81. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217301877>
8. Puisieux F. Síncope en el anciano [Internet]. *EMC Tratado de Medicina*; 2015 [citado 2016 Ene]; 19(1): 1-9. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1636541015697823>
9. Pérez J y Carrera J. El anciano con síncope y otras pérdidas transitorias de conocimiento. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L y Baztán Cortés J. *Tratado de Medicina geriátrica*. 1ed. Barcelona, España: Elsevier; 2015 .p. 408-415.
10. García E, López FA, Rodríguez L. Síncope. En: Julián A editor; *Hospital Virgen de la Salud. CHT: Complejo Hospitalario de Toledo. Manual de protocolos y actuación en Urgencias*. 4 ed. Toledo: Sanidad y Ediciones, S.L.; 2014 .p. 299-305
11. Irimia P, Martínez E y Imaz M. Desmayos y síncope. *Medicine* [Internet]. 2015 [citado 2017 Dic]; 11(73):4357-63. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454121500013X>
12. Moya A, Rivas N, Pérez J, Roca I y García D. El síncope: un problema con mayúsculas. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2010 [citado 2015 Nov]; 10 (Supl A): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://revespcardiol.org/es/el-sincope-un-problema-con/articulo/13154834/>
13. Benditt D. Síncope: revisión diagnóstica y terapéutica. *Rev Urug Cardiol* [Internet]. 2011 [citado 2016 Ene]; 26(1): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202011000100007&lng=pt&nrm=iso
14. De Burgos J, Jiménez L, Herrero Y, Clemente MJ y Cañadillas F. Síncope. En: Jiménez L y Montero FJ. *Medicina de urgencias y emergencias*. 5ed. España: Elsevier; 2015 .p. 363-367.
15. Ministerio de Salud Pública. *Formulario Nacional de Medicamentos*. La Habana: Ecimed; 2014.
16. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso para el Diagnóstico y Tratamiento del Síncope. *Rev. Argent. Cardiol.* [Internet]. 2012 [citado 2015 Nov]; 80(1): [aprox. 41 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482012000100014&lng=es&nrm=iso
17. Aldana L, Lima G, Casanova Sotolongo P, Casanova Carrillo P, Casanova C y García E. Síncope vasovagal como fenómeno médico frecuente. *Rev Med Mil* [Internet]. 2002 [citado 2015 Sept]; 31(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000400009&lng=es&nrm=iso
18. Calderón de la Barca JM, Jiménez L y Montero FJ. Coma. En: Jiménez L y Montero FJ. *Medicina de urgencias y emergencias*. 5ed. España: Elsevier; 2015 .p. 368-373.
19. Krimmerman A y Fisher J. Syncope. En: Douglas Z. *Cardiac Electrophysiology: From Cell to Bedside*. 6ed. Madrid: Elsevier; 2014 .p. 1021-1027.
20. Hanna E. Syncope: Etiology and Diagnostic Approach. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* [Internet]. 2014 [citado 2017 Mar] 81(12): 755-766. Disponible en: https://www.cmim.org/pdf2014/articulos_201412Syncope.pdf
21. Calkins H y Zipes D. Hipotensión y síncope. En: Braunwald. *Tratado de Cardiología*. 10ed. España: Elsevier; 2016 .p. 861-871.

22. Gavira J, Hernández A y López E. Síncope. *Medicine* [Internet] 2013 [citado 2017 Dic]; 11(38): 2296-305. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S030454121370619X>
23. Roa R, Mediavilla JD, Ramírez J y Escamilla F. La dificultad del diagnóstico de mareos y síncope. *Rev Clin Esp* [Internet] 2015 [citado 2017 Dic]; 215(5): 291-292. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001425651400469X?via%3Dihub>
24. Palazuelos V, Micheloud D, Nuevo JA y Muñoz I. Síncope. *Medicine* [Internet] 2015 [citado 2017 Dic]; 11(87):5195-200. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215002486>
25. Ruiz R. Síncope cardiovascular. En: Farreras-Rozman. *Medicina Interna*. 17ed. Madrid: Elsevier; 2016 .p. 470-474.
26. Casola R, Casola E, Ramírez LJ, Miranda AE, Casola SM et al. Registro de implante de marcapasos: trece años de experiencia. *Rev. Arch Med Camagüey*. [Internet] 2016 [citado 2017 Dic]; 20(2): 135-44. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4180/2321>
27. Mulet M, Pedrosa D, del Collado R. Reporte de una paciente con tumor de aurícula derecha. *CCM* [Internet]. 2017 [citado 2017 Dic]; 21(1): 311-318. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100028&lng=es
28. Vega R y Vega J. Mixoma auricular pediculado: imágenes ecocardiográficas diagnósticas. *Medisur* [Internet]. 2017 [citado 2017 Dic]; 15(6): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3515>
29. Malamud C, Brunoa E, Chiqueteb E, Sentíes H y Campos M. Fisiopatología del síncope neuralmente mediado. *Neurología*. [Internet] 2016 [citado 2017 Dic]; 31(9):620—627. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0213485314000887.pdf?locale=es_ES

TITULO : SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS. UNA ENFERMEDAD RARA

Autor: Francisco Javier Rodríguez Molina ⁽¹⁾

⁽¹⁾Estudiante de Tercer Año de la Carrera de Medicina. Alumno Ayudante de Neurocirugía.

Tutor: Héctor Cabrera Rodríguez ⁽²⁾

⁽²⁾ Profesor Auxiliar. Máster en Educación Médica.

Resumen:

El Síndrome de Ehlers-Danlos es un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias del tejido conectivo, debidas a alteraciones genéticas que causan defectos en el colágeno. Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo comprendido de enero a mayo del 2017 con el objetivo de identificar los aspectos más relevantes que caracterizan a esta entidad clínica. Se revisaron 40 bibliografías actualizadas referentes a este tema, los datos fueron obtenidos mediante la revisión de artículos presentes en INTENET, INFOMED y libros que abordan esta temática. Su prevalencia es aproximadamente de 1 por cada 5000 nacidos vivos, según su clasificación se divide en 13 tipos, la sintomatología varía ampliamente dependiendo del tipo que presente el paciente, las complicaciones pueden ser articulares y no articulares, no existe una cura para esta enfermedad por lo que el tratamiento es de mantenimiento, se considera una enfermedad rara que a menudo pasa desapercibida.

Palabras clave: Síndrome de Ehlers-Danlos, tejido conectivo, colágeno.

Introducción:

La Hiper movilidad Articular se definió hace algunos años como la conjugación de la laxitud ligamentaria articular y síntomas músculo esqueléticos, en ausencia de una enfermedad sistemática demostrable. ^[1]

En la actualidad algunos de estos principios básicos han tenido variaciones sustanciales que demuestran el polimorfismo del síndrome, amplían las posibilidades de su reconocimiento y revelan su estrecha relación con otros cuadros sistémicos conocidos. El rango de movimiento articular se observa con una distribución gaussiana dentro de cualquier población en la que la laxitud articular podría representar la proporción de uno de sus extremos. ^[2]

La mayor parte de la población con “Laxitud Articular aislada” no sufrirá síntomas músculo-esqueléticos incluso para muchos sujetos hiperlaxos constituye un elemento facilitador para el desarrollo de una amplia variedad de actividades artísticas y deportivas. ^[1]

La anomalía básica en el Síndrome de Ehlers-Danlos (SED) es la formación anormal de tejido conectivo, el cual constituye la armazón que da soporte y sostén a la mayoría de los órganos y sistemas. El SED engloba a un grupo heterogéneo de cerca de 13 asociaciones patológicas, todas relacionadas con una alteración genética de la estructura, la síntesis del colágeno y del tejido conectivo, unificados a partir del Congreso de Genética Humana de Berlín en 1988, aunque a largo plazo, requirió una nueva reunificación de ellos para hacerlos más funcionales. ^[3,4,5]

En el SED, la movilidad articular excesiva que presentan los pacientes fue descrita por primera vez en el año 400 D.C por Hipócrates. Los epónimos del síndrome son: Edvard Ehlers, de Dinamarca, quien la describió en 1901 con base en la hiperelasticidad dérmica, hiperlaxitud articular e hiperequimosis múltiple y Henri-Alexandre Danlos de Francia, quien lo observó en el año 1908 en un paciente con pseudotumores moluscosides; ^[5] aunque algunos estudios previos se habían hecho, atribuidos a

Tschernogobow en 1892 que había descrito la afección en algunas poblaciones del Mar Caspio. Se recoge en la historia también, casos de músicos virtuosos que padecieron esta enfermedad como *Niccólo Paganini* y *Serguéi Rachmaninoff*.^[6]

Según la Ehlers-Danlos National Foundation de los Estados Unidos, actualmente en el mundo, existen 1 500 000 de individuos afectados. Se estima que a nivel mundial la prevalencia del SED es aproximadamente de 1 por cada 5000 nacidos vivos. Inicialmente se pensaba que era de 1 en 250000 a 1 en 500000 personas, pero con el incremento de los estudios y las investigaciones acerca de este tema, se pudo reducir notablemente a esa cifra.^[6] La prevalencia de cada tipo de SED difiere dramáticamente uno de otro, con tendencia a prevalecer el sexo femenino y de raza caucásica aunque no existen diferencias étnicas para su establecimiento. Existen escasas evidencias de estudios realizados en Cuba acerca de esta temática y su comportamiento epidemiológico, lo cual nos impide conocer con exactitud la cifra real de pacientes registrados con esta enfermedad. En una de las investigaciones realizadas en la consulta de ortopedia y traumatología del Hospital Pediátrico Docente «José Martí» perteneciente a la provincia de Santi Spíritus entre los meses de julio de 2001 y julio del 2006 con el objetivo de describir la morbilidad de este síndrome, se diagnosticaron 41 pacientes.^[7]

Según información aportada por el Departamento de Genética de la provincia de Cienfuegos, en el territorio existen casos de pacientes diagnosticados con esta patología aunque se desconoce la cifra total de los mismos.

Debido a la baja frecuencia de esta enfermedad la Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM) la ha definido dentro del grupo de enfermedades raras, esto hace que exista entre el personal médico y los profesionales de la medicina falta de conocimiento de que puede causar daños en múltiples sistemas orgánicos, el hecho de que el cuadro clínico no sea dramático, no existan signos de inflamación, no existan pruebas de laboratorio ni signos radiológicos específicos asociados y a que existe la sensación de que el tratamiento no es efectivo contribuye a que los médicos no se interesen por esta entidad nosológica originando un subregistro de la enfermedad unido a la frecuencia con que se remiten a consulta de Hematología pacientes con SED que presentan tendencia al sangrado cutáneo a pesar que no ha sido reportada la existencia de trastornos hemostáticos como parte de la clínica de la enfermedad. Debido a la falta de un diagnóstico acertado en la infancia, algunos casos de SED se han diagnosticado como Abuso Infantil. El conocimiento de esta patología por parte del especialista en Medicina General Integral permitiría establecer el diagnóstico precoz y las pautas de seguimiento o tratamiento en distintos niveles del Sistema Nacional de Salud.

Por las razones anteriormente expuestas, se plantea como **Problema Científico:**

¿Cuáles son los aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos que caracterizan al Síndrome de Ehlers-Danlos.?

Objetivo General:

- Identificar los aspectos más relevantes que caracterizan al Síndrome de Ehlers-Danlos

Desarrollo:

Se realizó una revisión bibliográfica en el período comprendido de Enero a Mayo del 2017, con el objetivo de identificar los aspectos más relevantes que caracterizan al Síndrome de Ehlers-Danlos. Para el desarrollo de la investigación se revisaron 40 fuentes bibliográficas referentes al temático objeto de estudio, compuesta por libros y

artículos en formato electrónico, presentes en sitios como Infomed e Internet. Durante el proceso de investigación se utilizaron métodos científicos tales como: del nivel Teórico, el Histórico-Lógico y el Analítico-Sintético; y del Nivel Empírico, el Análisis de Documentos. La información fue procesada a través de la computadora.

El Síndrome de Ehlers-Danlos (SED) es un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias del tejido conectivo, debidas a alteraciones genéticas que causan defectos en el colágeno, el cual actúa como una "goma", dándole al cuerpo fortaleza y proveyéndolo de soporte y elasticidad para el movimiento. Los genes alterados afectan las propiedades mecánicas de la piel, las articulaciones, los ligamentos, los vasos sanguíneos y los órganos internos, pudiendo alterar todas las funciones corporales. ^[8]

El SED está causado por un defecto en la estructura, producción y procesamiento del colágeno o de las proteínas que se relacionan e interactúan con él. El colágeno al ser parte del tejido conectivo le brinda fuerza y ayuda a resistir la deformación que puede sufrir el tejido. En el caso del SED el colágeno es anómalo y le va a brindar a las estructuras que compone una mayor elasticidad, dando como consecuencia los signos, síntomas y complicaciones que presenta. ^[9] Existen tres mecanismos fundamentales en la producción del SED, los cuales son:

1. Deficiencias de enzimas procesadoras del colágeno.
2. Efecto dominante-negativo de mutaciones en las cadenas alfa del colágeno.
3. Haploinsuficiencia.

Hasta 1997, el sistema para la clasificación del SED incluía 10 tipos específicos y además reconocía la existencia de otros tipos extremadamente raros. Posterior a este año el sistema de clasificación se reestructuró reduciendo el número de tipos a 6 criterios mayores con el uso de nombres genéricos descriptivos. ^[5] El día 17 de marzo de 2017 fue publicado en el sitio web de la American Journal Medicine Genetics el "Consorcio Internacional para la Clasificación del Síndrome de Ehlers-Danlos" el cual aumenta el número de clasificaciones de esta entidad a 13 tipos. Al igual que en las anteriores clasificaciones se mantuvo la importancia del diagnóstico clínico por encima del diagnóstico genético ya que ni tan siquiera las pruebas genéticas más avanzadas han logrado identificar todas las variaciones que ocurren dentro del síndrome. En la actualización se ofrecen los criterios mayores y menores de cada tipo, complicaciones que pueda presentar y las bases moleculares de cada variante. ^[11]

El autor considera que al ser esta la actualización más reciente que se ha logrado por la comunidad científica internacional con respecto a la clasificación del SED es necesario que se ahonde en ella con el fin de conocer lo más novedoso abordado acerca del tema en estudio.

Las clasificaciones de las variantes del SED según la nueva actualización son los siguientes: ^[11]

1. Tipo Clásico:
2. Por Déficit de Tenascina X
3. Tipo Cardíaco-Valvular:
4. Tipo Vasculor:
5. Tipo Hipermóvil
6. Tipo Artrocalásico
7. Tipo Dermatosparáxico:

- 8. Tipo Cifoscoliosis
- 9. Tipo de Córnea Frágil
- 10. Tipo Displásico Espondiloqueiral
- 11. Tipo Músculo Contractural
- 12. Tipo Miopático
- 13. Tipo Periodontitis

SIGNOS Y SÍNTOMAS

A continuación se refieren los signos y síntomas según los sistemas comúnmente más dañados: ^[12, 13]

Musculoesquelético:

- Hiperflexibilidad o hiperlaxitud articular, inestabilidad articular, lo que las hace propensas a torceduras, dislocaciones, esguinces e hiperextensión, síndrome del tórax en quilla, aparición temprana de osteoartritis avanzada, enfermedad articular crónica degenerativa, deformidad en “Cuello de cisne” de los dedos, Mialgia (dolor muscular) y Artralgia (dolor articular). signo de Trendelenburg, Enfermedad de Osgood-Schlatter.

Piel:

- Piel muy frágil (se desgarrar con facilidad), cicatrices atróficas piperáceas (en forma de papel de cigarro), equimosis, abundantes pliegues cutáneos, pseudotumores moluscoideos (especialmente en los puntos de presión) livedo reticularis (forma de decoloración de la piel).

Cardiovascular:

- Aneurisma y/o ruptura arterial, anomalías en la conducción del impulso eléctrico cardíaco en las formas de SED que cursan con Hipermovilidad. (especialmente el Tipo Hiper móvil), dilatación y/o aneurisma de la Aorta Ascendente, síndrome de la Taquicardia Postural Ortostática, fenómeno de Raynaud, insuficiencia valvular venosa (venas varicosas), murmullo cardíaco.

Otras manifestaciones:

- Hernia hiatal, reflujo gastroesofágico, débil motilidad gastrointestinal, disautonomía, signo de Gorlin (tocar la punta de la nariz con la lengua), síndromes de compresión nerviosa (síndrome del túnel carpiano, acroparestesia y neuropatías), malformación de Arnold-Chiari, fracaso de la agregación plaquetaria, apnea del sueño.

DIAGNOSTICO

Debido a las dificultades para el diagnóstico ya que en la actualidad no hay ninguna prueba sencilla, objetiva y fiable que permita diagnosticar todos y cada uno de los tipos; al hecho de que se considera una enfermedad rara y a que la hiperlaxitud articular es un signo clínico que, muchas veces por obvio, los profesionales de la salud no tienen en cuenta, el SED es una enfermedad que a menudo pasa desapercibida siendo en la actualidad subdiagnosticada. ^[5,11,12]

Uno de los problemas fundamentales de las personas con este síndrome, es que la persona puede presentarse como una persona totalmente normal y no siempre le creen que tenga el problema de dolor de sus articulaciones.

Las pruebas diagnósticas que se realizan a estos pacientes incluyen:

Pruebas de laboratorio: Actualmente, existen pruebas de laboratorio pero estas requieren de un soporte tecnológico y económico muy elevado para llevarlas a cabo. Como ejemplos de estas pruebas están: CNV (Número de Copias de Variación), TEM (Microscopía por Transmisión Electrónica), PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa), SDS PAGE (Sodio-Dodecil-Sulfato Poliacrilamida Gel para Electroforesis) y el Test de Lisil Hidroxilasa (procolágeno lisina-4-hidroxilasa o actividad oxidativa).^[8, 9, 11, 23]

Pruebas genéticas: Entre estas pruebas se encuentran: WGS (Secuenciación Genómica Completa), Pruebas de mutación del gen del colágeno y Análisis secuencial de la región homóloga del pseudogen.^[8, 11, 13]

Clasificación del colágeno a través de una biopsia cutánea: En esta prueba, se toma una pequeña muestra de la piel para observarla en el microscopio de alta potencia en donde se revelan las características anómalas de la estructura del colágeno que se puede ver en ciertos tipos de SED.^[14, 15]

Otros de los exámenes que se realizan a estos pacientes son los estudios de imagen como la TAC (Tomografía Axial Computarizada), la RMN (Resonancia Magnética Nuclear), la Ecocardiografía para detectar alguna anomalía de las válvulas del corazón y la dilatación de la arteria aorta y Electrocardiograma. Pueden realizarse Análisis de Orina (debido a la presencia de enzimas como la lisilpiridolina en la orina) y también radiografías especializadas para detectar la presencia de esferas de calcio que se encuentren debajo de la piel, para determinar el grado de curvatura de la columna vertebral y para comprobar si hay reducción de masa del hueso (Osteopenia).^[2, 16, 17]

COMPLICACIONES

Las complicaciones en el SED pueden aparecer desde el nacimiento y muchas veces se presentan como un problema mayor en la consulta de Reumatología, la mayoría de ellas por el crecimiento de los infantes. Las mismas son de tipo articular y no articular, y a continuación se presentan.^[18]

Complicaciones Articulares:

Pueden presentarse de forma aguda o crónica y los síntomas que anuncian su aparición son los dolores, la impotencia funcional y las deformidades.

1. Dolor: aparece raramente antes de los 5 años. Todas las modalidades del dolor de origen periférico pueden estar presentes en el SED.
2. Luxaciones: Las articulaciones más afectadas son las digitales, codos, hombros y rótula. Tanto el grado de hiperlaxitud como la incidencia de luxaciones disminuyen con el envejecimiento
3. Inestabilidad articular: Las personas más hiperlaxas presentarán inestabilidad articular fundamentalmente tobillos y rodillas, los cuales dificultarán actividades comunes como bailar, correr y permanecer de pie por largos períodos de tiempo, otras veces teclear o simplemente escribir se torna difícil

4. Derrame articular: Es frecuente en articulaciones como en rodillas, aunque los tobillos, codos y dedos pueden afectarse. Generalmente ocurren al final del día.
5. Hipotonía muscular: En la infancia el reconocimiento del síndrome se hace difícil debido a que todos los niños son hiperlaxos y solo puede sospecharse en presencia de una marcada hipotonía muscular que da al paciente un aspecto de "niño caído", provocando retraso en el desarrollo motor del niño que se expresa como retardo al caminar.
6. Deformidad espinal: Se presenta con mucha frecuencia el mal alineamiento de la columna vertebral y la escoliosis tóraco-lumbar es una anomalía común en casos en que aparece desde la infancia.
7. Deformidad podálica: El pie plano es una deformidad observada con mucha frecuencia en pacientes con SED. La deformidad se comienza a observar a partir de los 30 años. El hallux valgus, dedos en forma de martillo y la queratosis plantar son otros de los desórdenes que ocurren asociados al SED.
8. Osteoartritis
9. Bursitis: Ocurre con mayor frecuencia en lugares como el tendón de Aquiles, hallux, olecranon y región prepatelar.
10. Dolores en las piernas: Gran número de personas presentan dolores o calambres en las piernas, que serán más frecuentes en las noches y en edades pediátricas. ^[19,20,21]

Complicaciones no articulares:

1. Cardiovasculares: es común observar en pacientes con SED una válvula mitral flotante.
2. Fenómenos circulatorios periféricos: Se observa la acrocianosis en varios pacientes.
3. Respiratorio: En el SED los pacientes tienen una tendencia aumentada de padecer trastornos de alergia atópica y de asma bronquial .
4. Abdominales: La laxitud tisular produce hernias hiatales, divertículos gástricos, duodenales y a nivel colónico se presenta prolapso rectal, hernias inguinales, femorales y umbilicales. Se observa la hemorragia gastrointestinal con o sin perforación aunque es más frecuente en el tipo vascular.
5. Neurológicos: Se han reportado casos con aneurismas de la arteria carótida interna, fístulas del seno cavernoso y hemorragia subaracnoidea específicamente en el tipo vascular. ^[22]
6. Oculares: Son frecuentes la miopía y el estrabismo.
7. Obstétricas: La fragilidad tisular conduce a la hemorragia preparto y posparto. El parto prematuro, la laceración del periné y el prolapso uterino son relativamente comunes. ^[2, 9, 23]

TRATAMIENTO

No existe una cura para el SED, por lo que el tratamiento es de mantenimiento. Son de mucha ayuda: el monitoreo de cerca del sistema cardiovascular, la fisioterapia, la terapia ocupacional y el uso de instrumentos ortopédicos. El uso de los instrumentos ortopédicos es muy útil ya que ayuda a prolongar la calidad de vida de los pacientes y previene mayor daño articular, aunque no se recomienda su uso hasta que no haya una necesidad imperiosa de usarse debido a la falta de movilidad. La terapia física y las cirugías correctivas pueden ayudar con las lesiones y los dolores con que puede cursar

y pueden desarrollarse en ciertos tipos de SED, aunque se aconseja tomar precauciones extras y prácticas especializadas para prevenir el daño permanente en estos pacientes. ^[20]

Un médico podría prescribir el uso de vendas, fajas ortopédicas e incluso yesos para darle estabilidad a las articulaciones dañadas. También pueden remitir a los pacientes a un fisioterapeuta, el cual le ayudaría a fortalecer los músculos y le enseñaría como cuidarse adecuadamente sus articulaciones. Dentro de los tipos de terapia para estos pacientes están: las terapias manuales (Manualidades) y las terapias acuáticas (ayudan al desarrollo muscular y la coordinación). ^[2]

Si las terapias convencionales no resultaran, entonces se tendría que recurrir a procedimientos quirúrgicos directamente a la articulación que en general se limitan a los casos sintomáticos. ^[24]

Cirugía como tratamiento:

En muy raras ocasiones se recomienda la cirugía para reparar el daño articular provocado por luxaciones frecuentes, fracturas o desgarros. Los procedimientos quirúrgicos más usuales llevados a cabo son: el desbridamiento articular, los reemplazos de tendones y la artroplastia. ^[23, 25]

El tratamiento de estos pacientes en el ámbito psicológico es imprescindible y comienza desde el momento en que los pacientes aceptan su enfermedad, la cual es para toda la vida, lo que es algo muy desafiante ya que, dependiendo de la severidad de los síntomas, la persona afectada puede tener problemas en la casa, el trabajo y hasta en su forma de relacionarse con otras personas.

Como las enfermedades genéticas se expresan al momento del nacimiento o en el desarrollo temprano del niño y durante la infancia, la mayoría de los pacientes son pequeños, por lo que el tratamiento de estos pacientes es fundamental para evitar la frustración a igual que el daño que se puedan hacer, tanto física como mentalmente. ^[3]

PRONOSTICO

El pronóstico para los individuos que tienen SED está en dependencia del tipo que presente. En varios de los tipos específicos como por ejemplo el Tipo Vascular, es obligatorio la revisión por parte de un cardiólogo ya que estos pacientes pueden desarrollar el Síndrome de la taquicardia postural ortostática, para lo cual es necesario la implantación de un dispositivo Holter para comprobar el diagnóstico. Además estos pacientes deben evitar el uso de dietas altamente condimentadas y con mucha cantidad y evitar a toda costa el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES). ^[2, 23]

Aunque todos los tipos de SED peligran la vida, la mayoría de los pacientes tienen una longevidad normal. Sin embargo, los que padecen de fragilidad en los vasos sanguíneos tienen más probabilidad de padecer las complicaciones debido a que pueden sufrir de un aneurisma o ruptura arterial. ^[2]

Dado que todos los tipos de SED tienen efectos negativos sobre la salud, es relevante hacer hincapié en el tipo vascular debido a la alta morbilidad y mortalidad que presenta. El patrón de herencia de este tipo es Autosómico Dominante con penetrancia elevada, lo cual significa que al menos el 50% de la descendencia resultará afectada. A lo anteriormente planteado, se suma el riesgo aumentados de la gestación para la madre y el feto, debido a los peligros inminentes de ruptura uterina, hemorragias y perforaciones intestinales espontáneas. El riesgo asociado durante este estadio de la

vida se traduce en alrededor del 12% de muerte en gestantes, por lo cual se debe sugerir a las jóvenes no llevar a cabo un embarazo y mostrarles las ventajas que brinda la adopción.^[25]

Conclusiones:

El Síndrome de Ehlers-Danlos (SED) es un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias del tejido conectivo, causado por un defecto en la estructura, producción y procesamiento del colágeno o de las proteínas que se relacionan e interactúan con él, se estima que a nivel mundial la prevalencia de esta enfermedad es aproximadamente de 1 por cada 5000 nacidos vivos. Recientemente el Consorcio Internacional para la Clasificación del Síndrome de Ehlers-Danlos definió una nueva clasificación de esta patología determinándose los siguientes tipos: clásico, por déficit de Tenascina X Cardíaco-Valvular, vascular, hiper móvil, artrocalásico, dermatosparáxico, cifoscoliosis, tipo de córnea frágil, displásico espondiloqueiral, músculo contractural, miopático, periodontitis. Los síntomas del mismo pueden variar desde simplemente fragilidad en una articulación hasta complicaciones que peligran la vida, tales como la disección aórtica. El diagnóstico se basa en una evaluación clínica completa, una cuidadosa historia familiar y en un grupo de estudios especializados, el pronóstico para los individuos que tienen SED está en dependencia del tipo que presente. No existe una cura para esta enfermedad, por lo que el tratamiento es de mantenimiento y se basa en la fisioterapia, la terapia ocupacional, cirugía y la atención de la esfera psicológico.

Referencias Bibliográficas

1. Méndez Alejo F. De la Laxitud a la Hiper movilidad articular. Revista Cubana de Reumatología. [Revista en Internet] 2005; [Citado 5 May 2017]; 7(8): [Aprox. 8p]. Disponible en: http://www.socreum.sld.cu/bvrm/q_revista_electronica/v7_n7y8/hipermovilidad.htm
2. Méndez Alejo F. Síndrome de Ehlers-Danlos. En: Coto Hermosilla C, Reumatología Pediátrica, 1ra Ed. Ciudad de la Habana, La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2012. Capítulo 28
3. Anirban M. Enfermedades genéticas y pediátricas. En: Kumar V, Abbas AK, Aster JC, eds. Robbins: Patología Humana. 9na Ed. Barcelona, España. Elsevier, 2013: Capítulo 6. Disponible en: <http://www.medilibros.com>
4. Campo Díaz M, Hernández González J, Gato Santiesteban Y. Evaluación de la Hemostasia en niños con Síndrome de Ehlers-Danlos tipo III. Rev Cub de Hematología Inmunología y Hemoterapia [Revista en Internet] Abr-Jun 2014; [Citado 28 Abr 2017]; 30(2): [Aprox. 6p]. Disponible en: http://www.sld.cu/infosearch_simple_search?Sid=62&text=Sindrome%2520de%2520Ehlers%2520Danlos
5. Wikipedia, la enciclopedia libre. Síndrome de Ehlers-Danlos - Wikipedia, la enciclopedia libre. 2016. [Citado 12 Feb 2017]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Síndrome_de_Ehlers_Danlos
6. Collins J, Parapia L. What are EDS/ The Ehlers-Danlos National Foundation. 2016 Jan 6 [Citado 20 Apr 2017]. Disponible en: www.ednf.org
7. Morales de Ávila H, Valdés Liste J, Martínez Montero E. Síndrome de Ehlers-Danlos. A propósito de un caso. Mediciego. [Revista en Internet] Dic 2007 [Citado 15 Abr 2007]; 13(2): [Aprox. 2p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_02_07/caso

8. Byers PH, Murray ML. Heritable collagen disorders: the paradigm of Ehlers-Danlos syndrome. *Journal of Investigative Dermatology*. [Revista en Internet] 2012 Apr; [Citado 18 Mar 2017]; 15(132): [Aprox. 4p]. Disponible en: <http://ghr.nlm.nih.gov/condition/ehlers-danlos-syndrome>
9. Krakow D. Heritable diseases of connective tissue. In: Firestein's GS, Bud RC, Gabriel SE, O'Dell JR, eds. *Kelly and Firestein's Textbook of Rheumatology*. 10th Ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2017: Chapter 105
10. Malfait F, Wenstrup RJ, De Paepe A. Clinical and genetic aspects of Ehlers-Danlos syndrome, classic type. *Genet Med*. [Revista en Internet] 2010 Oct; [Citado 20 Feb 2017]; 12(10): [Aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
11. Malfait F, Francomano C, Byers P. The 2017 International classification of the Ehlers-Danlos syndromes. *Am J Med Genet A*. [Revista en Internet] Mar 2017; [Citado 20 Abr 2017]; 175(1); [Aprox. 18p]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajmg.c.31552/full>
12. Pyeritz RE. Inheritance diseases in connective tissue. In: Goldman L, Schafer AL, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 25th Ed. Philadelphia, PA. Elsevier Saunders, 2016: Chapter 160
13. Watanabe A, Shimada T. Vascular type of Ehlers-Danlos syndrome. *J Nippon Med Sch*. [Revista en Internet] 2008 Oct; [Citado 20 Feb 2017]; 75(5): [Aprox. 7p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
14. Frank M, Albuissou J, Ranque B. The type of variants at the COL3A1 gene associates with the phenotype and severity of vascular Ehlers-Danlos syndrome. *Eur J Hum Genet*. [Revista en Internet] 2015 May; [Citado 5 Mar 2017]; 23 (5): [Aprox. 7p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=gene&part=eds>
15. Francomano CA. Vascular-Type Ehlers Danlos syndrome caused by a hitherto unknown genetic mutation: A case report. *Vascular Type-EDS Ehlers-Danlos Syndrome Network C.A.R.E.S.* [Citado 28 Mar 2017] Inc. Disponible en: <http://www.rareconnect.org/en/community/ehlers-danlos-syndrome>
16. Ferri FF. Ehlers-Danlos syndrome. In: *Ferri's Clinical Advisor* 2016. Philadelphia, Pa. Mosby Elsevier; 2016. pp.29-56. Disponible en: <http://www.clinicalkey.com>
17. Murray B, Yashar BM, Uhlmann WR. Ehlers-Danlos syndrome, hypermobility type: A characterization of the patients' lived experience. *Am J Med Genet A*. [Revista en Internet] 2013 Dec; [Citado 13 Feb 2017]; 161A (12): [Aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
18. Mayer K, Kennerknecht I, Steinmann B. Clinical utility gene card for: Ehlers-Danlos syndrome types I-VII and variants. *Eur J Hum Genet*. [Revista en Internet] 2013 Jan; [Citado 10 Mar 2017]; 21(1): [Aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=gene&part=eds>
19. Anderson LK. Nursing Management of Patients with Ehlers-Danlos Syndrome. *Am J Nurs*. [Revista en Internet] 2015 Jul; [Citado 13 Feb 2017]; 115(7): [Aprox. 8p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
20. Rohrbach M, Vandersteen A, Serdaroglu G. Phenotypic variability of the kyphoscoliotic type of Ehlers-Danlos syndrome (EDS VII): clinical, molecular and biochemical delineation. *Orphanet J Rare Dis*. [Revista en Internet] 2011 Jun 23;

- [Citado 20 Feb 2017]; 6(46): [Aprox. 6p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
21. Castori M, Camerota F, Celletti C. Natural history and manifestations of the hypermobility type Ehlers-Danlos syndrome: a pilot study on 21 patients. *Am J Med Genet A*. [Revista en Internet] 2010 Mar; [Citado 1 Mar 2017]; 152A (3): [Aprox. 9p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
 22. Shalhub S, Black JH 3rd, Cecchi AC. Molecular diagnosis in vascular Ehlers-Danlos syndrome predicts pattern of arterial involvement and outcomes. *J Vasc Surg*. [Revista en Internet] 2014 Sep; [Citado 10 Mar 2017]; 60(8): [Aprox. 9p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=gene&part=eds>
 23. "Clinical and Genetic Features of Ehlers–Danlos Syndrome Type IV, the Vascular Type". *The New England Journal of Medicine*. [Revista en Internet] 2011 Jan; [Citado 3 May 2017]; 11(5): [Aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.clinicalkey.com>
 24. Lamrock E, Wills E, Fischer G. A case of mosaic Ehlers-Danlos syndrome. *Australas J Dermatol*. [Revista en Internet] 2012 Nov; [Citado 22 Feb 2017]; 53(4): [Aprox. 8p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
 25. Lawrence EJ. The Clinical Presentation of Ehlers-Danlos Syndrome. *Adv Neonatal Care*. [Revista en Internet] 2005 Dec; [Citado 13 Feb 2017]; 5(6): [Aprox. 13p]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Anexos (Anexo No. 1)

Tabla 1. Clasificación clínica del Síndrome de Ehlers-Danlos. Patrones de Herencia, Bases Genéticas y Proteínas afectadas.

Subtipo Clínico de SED	Abreviación de la Herencia Paterna	Bases Genéticas	Proteína(s) afectadas
Clásico	AD	Rare: COL1A1	Colágeno Tipo 1
Por Déficit de Tenascina X	AR	TNXB COL1A2	Tenascina X
Cardíaco-Valvular	AR	COL1A2, ausencia de pro α 2 (I). Principal: COL3A1 Raro: COL1A1	Colágeno Tipo 1
Vascular	AD	c.934C (Arg312Cis) c.1720C (Arg574Cis) c.3227C (Arg1039Cis)	
Hipermóvil	AD	Desconocido	Desconocido
Artrocalásico	AD	COL1A1, COL1A2	Colágeno Tipo 1
Dermatosparaxis	AR	ADMTS2	ADAMTS-2
Cifoscoliosis	AR	PLOD1, FKBP14	LH1, FKBP22
Córnea Frágil	AR	ZNF469 PRSM5	ZNF469 PRDM5
Displásico Espondiloqueiral	AR	B4GALT7, B3GALT6 SLC39A13	β 4GalT7, β 3GalT6 ZIP13
Musculo Contractural	AR	CHST14	
Miopático	AD o AR	COL12A1	Colágeno Tipo XII
Periodontitis	AD	C1R y C1S	C1r y C1s

SÍNDROME DE PRADER WILLI. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Dra. Alina González Hermida, alinagh671222@minsap.cfg.sld.cu, Policlínico “Manuel Piti Fajardo” Área V, Cuba, Máster en Atención Integral al niño.

Dra. Mileidy Portal Amador, mileidypa@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico “Manuel Piti Fajardo” Área V, Cuba.

Est. Beatriz Santos González, medbsg960220@ucm.cfg.sld.cu, estudiante medicina 4to año, Cuba.

Est. Lianarminda Riquelme González, medlrg961125@ucm.cfg.sld.cu, estudiante medicina 4to año, Cuba.

Est. Leslie Rosa Espín González, medlreg960321@ucm.cfg.sld.cu, estudiante medicina 4to año, Cuba.

Est. Oristel Hernández González, medohg950723@ucm.cfg.sld.cu, estudiante medicina 4to año, Cuba.

RESUMEN

El síndrome de Prader-Willi (SPW) es una enfermedad congénita multisistémica compleja. Sus características clínicas principales son hipotonía neonatal, baja estatura, hipogonadismo hipotalámico, retardo mental de grado moderado a severo, apariencia física característica e hiperfagia compulsiva con desarrollo de obesidad precoz y severa. Luego de una revisión previa del tema nos planteamos como objetivo Describir las características clínicas y genéticas del SPW con la presentación y discusión del caso. Observándose además obsesión con la comida que aparentemente tendría su causa en una alteración en los mecanismos de control del apetito a nivel hipotalámico, provocando una disminución en la sensación de saciedad. Genéticamente presentan una ausencia de expresión de los genes paternos en la región crítica para el SPW en el cromosoma 15. Conocer y tener pleno dominio de las particularidades físicas, psicopedagógicas y familiares constituyen las premisas indispensables para el desarrollo de una adecuada rehabilitación, pues la atención al estilo de vida en este síndrome, comienza desde el propio diagnóstico, continúa en la familia y en cada una de las personas y escenario en las que el niño se desempeñe.

Palabras clave: Prader Willi, genética, cromosoma, obesidad.

INTRODUCCIÓN

El síndrome *Prader Willi* (SPW) es una enfermedad genética rara, se tiene referencia a partir de la década del 50 por las investigaciones de Prader, (1956), Labhart, 1956) y Willi, (1956), caracterizada por anomalías hipotálamo-hipofisarias, que cursa con hipotonía grave durante el período neonatal y los dos primeros años de vida, y con hiperfagia con alto riesgo de desarrollar obesidad mórbida en la infancia y la edad adulta; así como dificultades de aprendizaje y graves problemas de conducta y/o psiquiátricos.^{1, 2}

El trastorno afecta a 1 de cada 25.000 recién nacidos, de ambos sexos y de todas las razas. La mayoría de los casos son esporádicos y la recurrencia familiar es poco frecuente. Presentan rasgos faciales característicos (frente estrecha, ojos almendrados, labio superior delgado y boca girada hacia abajo), así como manos y pies muy pequeños.^{2, 3}

Dentro de las principales complicaciones tenemos:

- Orgánicas:
 - Diabetes Mellitus.
 - Obesidad (factor importante que influye en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes).
 - Hipertensión arterial
 - Insuficiencia respiratoria aguda.
 - Dolor torácico.
 - Dolor digestivo con o sin vómito.
 - Fiebre.
 - Flebitis.
- Traumatológicas.
- Psiquiátricas:
 - Episodios agudos de alteración del comportamiento (irritabilidad desmesurada ante situaciones que no lo requieren), por ejemplo: ataques de ira ante una frustración.
 - Manifestaciones de tipo psicótico.

Su etiología se relaciona con anomalías en una región cromosómica crítica, situada en la zona proximal del brazo largo del cromosoma 15 específicamente 15q11-q13; de tal forma que los genes ubicados en esta zona no se expresan cuando se trata del cromosoma 15 de origen paterno.^{3,4}

El diagnóstico precoz, la atención temprana y el manejo interdisciplinario junto con la administración de la hormona del crecimiento han mejorado mucho la calidad de vida de los niños afectados.^{1,2,5,6,7}

El Síndrome ha sido objeto de diversas investigaciones, a nivel internacional, se destacan países tales como Suiza, Suecia, Inglaterra, Italia, Francia, Estados Unidos y Nueva Zelanda. En Latinoamérica sobresalen México, Chile y Argentina, donde investigadores como Calzada León (2005), Méndez-Sánchez (2005), Cortés (2010) y Del Valle Torrado (2010) han tratado temas relacionados con el uso de la hormona de crecimiento (GH), la ghrelina y estudios genéticos en grupos ampliados de Síndrome Prader-Willi.⁶

En Cuba las investigaciones sobre este síndrome son escasas, no muestra hasta el momento referencias sobre la incidencia al nacimiento ni la prevalencia de este síndrome. En la literatura sólo se encuentran reportes aislados de casos. Se refieren trabajos de estudios de caso del área médica, realizados en el año 1999 por especialistas del Hospital “William Soler” y en el año 2006 por un grupo de médicos y una licenciada en la Facultad de Ciencias Médicas “Comandante Manuel Fajardo” de La Habana, desde el punto de vista educativo, las tesis de maestría, de León, (2006) relacionada con la estimulación temprana del lenguaje en niños Prader – Willi y la de Román (2011) relacionada con la superación de docentes para la atención al comportamiento del SPW.^{7,8}

A pesar de todo lo que se ha avanzado en la atención a niños con Síndrome Prader-Willi, este tema se encuentra poco abordado, pues en las investigaciones realizadas no se ha logrado un proceso efectivo y oportuno que permita perfeccionar la estimulación y atención a este grupo de niños, en particular desde las ciencias de la Cultura Física y los Deportes, donde son insuficientes los estudios relacionados con la rehabilitación,

utilizando como medio fundamental la actividad física, para producir efectos deseados en su calidad de vida, así como su integración a nuevos entornos.^{7, 8}

Conocer y tener pleno dominio de las particularidades físicas, psicopedagógicas y familiares constituyen las premisas indispensables para el desarrollo de una adecuada rehabilitación, pues la atención al estilo de vida en este síndrome, comienza desde el propio diagnóstico, continúa en la familia y de cada una de las personas y escenario en las que el niño se desempeña.^{7, 8}

Se infiere de lo expresado anteriormente una contradicción entre la importancia de una sistemática práctica de actividad física como medio de lograr un estilo de vida saludable en el niño con Síndrome de Prader- Willi y los limitados recursos psicopedagógicos que aseguren la calidad de este proceso.^{7, 8}

Con todo lo anterior expuesto y la revisión realizada del tema nos planteamos como objetivo describir las características clínicas y genéticas del SPW con la presentación y discusión del caso.

DESARROLLO

Presentación del caso.

Escolar de 6 años producto de embarazo que cursó sin riesgo obstétrico, parto eutócico a las 38.3 semanas de gestación.

Al nacer: Peso: 2770 gramos, Talla: 53 centímetros, Circunferencia cefálica: 32 cm, APGAR: 8-9 llanto débil e hipotonía generalizada. Fue ingresado en Cuidados Intensivos Neonatales por 15 días pasando posteriormente para alojamiento conjunto. En su estancia hospitalaria se le realizan estudios genéticos, moleculares y virológicos sin arrojar resultados positivos, fue valorado por las especialidades de Cardiología y Oftalmología sin nada a señalar.

Durante su primer año de vida mantiene hipotonía generalizada con pobre sostén cefálico y retardo del desarrollo psicomotor, que fue evolucionando de forma lenta con seguimiento en equipo provincial de neurodesarrollo y con terapia rehabilitadora. Nutricionalmente estuvo desnutrido en el primer y segundo mes por pobre succión con mejoría clínica en la medida que mejora la hipotonía, caminó solo a los 22 meses y a partir de entonces comienza a estar obeso.

Es intervenido quirúrgicamente a los 4 años por una criptorquidia bilateral con ausencia de testículos, se le realiza cariotipo al año siguiente confirmando el diagnóstico de Síndrome de Prader-Willi.

Actualmente se encuentra con gran avidez por la ingestión de alimentos propio de la entidad que padece, se mantiene normotenso, normoglucémico y con el indicador peso talla por encima del 97 percentil (Obeso).

Discusión de caso.

La clínica del SPW es cambiante con la edad, existiendo un signo clínico de vital importancia para su diagnóstico temprano: la hipotonía axial neonatal que se asocia con hipomotilidad fetal y frecuentemente la presentación pélvica dificulta el nacimiento por parto normal. Con frecuencia los pacientes tienen alteraciones de succión y deglución que dificultan la alimentación y justifican el escaso progreso de peso en las etapas iniciales.⁹

La disfunción hipotalámica puede ser la responsable de muchos de los rasgos del SPW ya que, entre otros, existe una insuficiente secreción de hormona de crecimiento (GH) originando un aumento de la masa grasa (MG), disminución de la masa magra (MM),

talla baja, manos y pies pequeños, niveles disminuidos de IGF-I y finalmente, respuesta positiva al tratamiento con GH exógena que no sustituye la dieta y la práctica de ejercicios físicos.^{4,9}

La obesidad, se debe a dos factores: una disfunción hipotalámica que ocasiona una ausencia de sensación de saciedad y una ingesta desaforada de alimentos, por otro lado, un metabolismo basal anómalo con unas necesidades energéticas muy bajas para su edad y estatura.⁶

En pacientes con SPW existe disminución de la capacidad secretora de insulina y una conservación relativa de la sensibilidad a la insulina respecto a pacientes con obesidad no sindrómica.⁶

El hipogonadismo hipogonadotropo se cree podría ser debido a lesiones a nivel hipotalámico, centros superiores del SNC e incluso a factores periféricos y se presenta de por vida.⁹

La causa de la criptorquidia en varones se asocia a un déficit en la secreción de gonadotropinas por parte de la hipófisis fetal: hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH).^{1,2,6}

En los primeros años de vida son contentos, tienden a ser cariñosos y obedientes, luego presentan un cambio sutil y comienzan a presentar terquedad, rabietas y depresión que aumentan con la edad. Aún así su carácter es amigable y sociable. Generalmente aparecen en edad preescolar, se ha informado de depresiones verdaderas y episodios psicóticos.⁷

Problemas de dicción y lenguaje, probablemente se debe a la hipotonía que afecta a los músculos de la boca o a la producción reducida de saliva.⁷

En la actualidad, el diagnóstico genético es ampliamente accesible, lo que ha modificado el valor de los criterios clínicos en el diagnóstico.⁹

En estudios *post mortem* en niños obesos con manos y pies pequeños. El cerebro estaba disminuido de tamaño, con circunvoluciones delgadas, tortuosas y surcos amplios. Al corte se encontró leve hidrocefalia *ex vacuo*. Estos datos de atrofia son inespecíficos y son los que se han descrito en el síndrome de Prader-Willi.^{10,11}

Existen múltiples comunicaciones que demuestran la eficacia de la GH en el crecimiento de los niños con SPW. Con todos estos datos, se puede asegurar que la talla en SDS aumenta significativamente durante el tratamiento y que prácticamente todos alcanzan una talla en rango con sus respectivas tallas genéticas, aunque en algunos de ellos no es así por no presentar un correcto pico de velocidad de crecimiento puberal. La Edad Ósea (EO) no se ve afectada por la GH. Existe un moderado retraso de la EO en pacientes menores de 5 años, con tendencia a la normalidad a partir de los 7 años. Esta pequeña aceleración de la EO es debida en parte a la típica adrenergia que presentan estos pacientes. Por ello, si la EO no se acelera con la GH, la talla adulta normal se conseguirá si el tratamiento se inicia varios años antes de la pubertad y el pico de velocidad de crecimiento puberal es optimizado. Es llamativo el tener que considerar en ocasiones la suspensión del tratamiento en pacientes con trastornos del comportamiento agresivos ya que con la talla alcanzada es particularmente difícil su manejo diario.

Específicamente en pacientes con SPW los programas de reducción de peso convencionales son totalmente inadecuados para obtener resultados sustanciales y prolongados, dado básicamente por la falta de cooperación en la restricción voluntaria

en la comida. Las conjunciones de apetito insaciable con retardo mental hacen fracasar cualquier intento de cambio conductual respecto a hábitos de alimentación.^{1, 8}

Cuando se mencionan las palabras Síndrome, Hipotonía muscular, Ataxia cerebelosa, Botulismo Infantil, Hipervitaminosis, la imagen sobre la persona afectada, es fruto de la evolución histórica de la percepción de este problema en la sociedad.¹

La historia enseña cómo la sociedad ha ido evolucionando en la forma de enfrentar la discapacidad, en correspondencia con el cambio de las condiciones socioeconómicas, y el desarrollo de la ciencia.¹

CONCLUSIONES

El SPW requiere de reevaluación según los criterios clínicos en las diferentes etapas de la vida para diagnóstico de certeza.

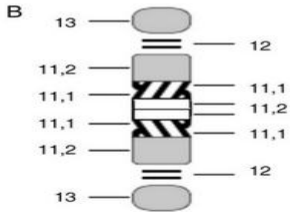
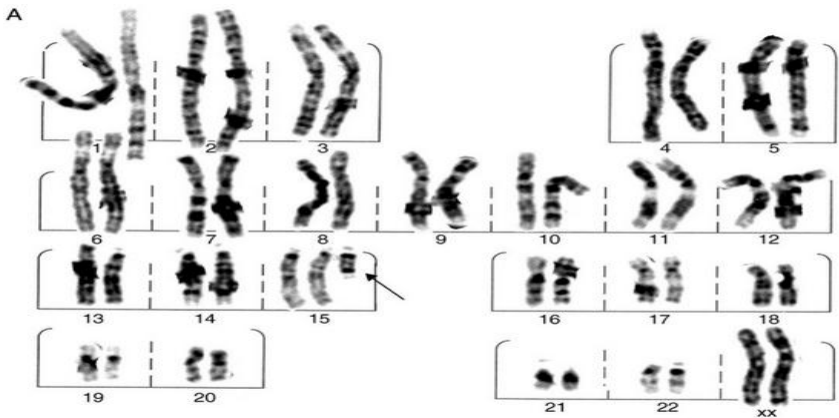
La presencia de hipotonía neonatal y dificultades en la alimentación son elementos asociados al diagnóstico por delección 15q11-q13.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Travieso Tellez Anitery, Menéndez García Reinaldo, Licourt Otero Deysi. Clinic genetic characterization of Prader-Willi syndrome. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Dic 11] ; 18(6): 974-982. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000600005&lng=es.
2. Quiroga-de Michelena Maria Isabel. Obesidad y genética. An. Fac. med. [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Abr 30] ; 78(2): 192-195. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200014&lng=es.
3. Laurito S, Roqué M. Análisis de variación del número de copias y de patrones de metilación en la región 15q11-q13. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2018 Feb [citado 2018 Abr 30] ; 78(1): 1-5. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802018000100001&lng=es
4. Padrón-Martínez, Miriam, Partida-Gaytán, Armando, & Ridaura-Sánz, Cecilia. (2015). Preescolar masculino con Síndrome Prader-Willi y tromboembolia pulmonar. *Acta pediátrica de México*, 36(2), 105-113. Recuperado en 11 de diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000200008&lng=es&tlng=es.
5. Orphanet Urgencias. Síndrome de Prader-Willi[Internet]. España: Orphanet; 2017 [citado 20 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.orpha.net/data/patho/Emg/Int/es/SindromePraderWilli ES es EMG ORPHA739.pdf>
6. Braghetto M Italo, Rodríguez N Alberto, Debandi L Aníbal, Brunet L Luis, Papapietro V Karin, Pineda B Pedro et al . Síndrome Prader-Willi asociado a obesidad mórbida: tratamiento quirúrgico. Rev. méd. Chile [Internet]. 2003 Abr [citado 2017 Dic 11] ; 131(4): 427-431. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000400011&lng=es.

7. Basain Valdés J M, Valdés Alonso M del C, Pérez Martínez M, Marrero Rodríguez R M, Martínez Izquierdo A, Mesa Martín I. Influencia en el balance energético de los factores que regulan el control del apetito y la saciedad a corto plazo. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Abr 30] ; 89(2): 187-202. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000200009&lng=es.
8. Cano del Águila B, Ortiz Movilla R, Iglesias Escalera G, Martínez Badás I. Síndrome de Prader-Willi: diagnóstico en el periodo neonatal. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Abr 30] ; 19(74): 151-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000200008&lng=es.
9. Talavera Vargas-Machuca S, Gamboa Oré I, Huamán Dianderas F, Fujita Alarcón R, Fajardo Loo M L, Guevara Gil M L. Molecular diagnosis of Smith-Magenis syndrome using MLPA (Multiplex Ligationdependent Probe Amplification). Horiz. Med. [Internet]. 2017 Jul [citado 2018 Abr 30] ; 17(3): 73-78. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300012&lng=es.
10. Schrandt-Stumpel CT, Curfs LM, Sastrowijoto P, Cassidy SB, Schrandt JJ, Fryns JP. Prader-Willi syndrome: causes of death in an international series of 27 cases. Am J Med Genet A 2004;124A:333-8
11. Roa I, del-Sol M. Perikymata: A Non-existent Term. A Scientific Literature Invention? Terminology Analysis and Proposal. Int. J. Morphol. [Internet]. 2017 Dic [citado 2018 Abr 30] ; 35(4): 1230-1232. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000401230&lng=es.

ANEXOS



SISTEMA DE CIENCIA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD.

MSc. Lic. Jayce Díaz Díaz, email: jaycedd@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Lic. Esther Hernández Pérez, email: metdircit3003@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Lic. MSc. Yamirka González Puerto, email: yamirkapg@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Lic. MSc. Zenia Tamara Sánchez García, email: zeniatsg@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Dra. Amarilis Martínez Guerra, email: dircit@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

MSc. Lic. Marianela Fonseca Fernández, email: metdircit3002@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN:

Fundamento: El Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica (SCIT), estructurado a nivel nacional, territorial y municipal, rectorado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA), constituye la forma organizativa que permite la implementación en forma participativa de la política científica y tecnológica que el estado cubano. **Objetivo:** Analizar los resultados de la implementación del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en la provincia de Cienfuegos. **Resultados:** El análisis de los resultados de la implementación del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en la provincia de Cienfuegos evidencia la efectividad de la gestión de programas y proyectos como una herramienta para la planificación, organización y control de la actividad científica en respuesta a las demandas de la sociedad, expresadas a través de las prioridades establecidas en el territorio.

PALABRAS CLAVE: Ciencia, Innovación, Tecnología, Proyectos, Salud.

INTRODUCCIÓN

En el año 90 con la creación del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA), se formularon un conjunto de políticas que pusieron el énfasis en la innovación y resaltaron el papel de las instituciones de investigación en la recuperación económica del país. En 1996 se inició la implementación gradual del nuevo Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica (SCIT), cuyo propósito principal declarado fue colocar en su centro a la producción de bienes y servicios, sobre bases de eficiencia y competitividad, que condujeran a una economía moderna y a su inserción ventajosa en el mercado internacional.

En Cuba, el Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica (SCIT), estructurado a nivel nacional, territorial y municipal, rectorado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA), constituye la forma organizativa que permite la implementación en forma participativa de la política científica y tecnológica que el estado cubano y su sistema de instituciones establecen para un período determinado, de conformidad con la estrategia de desarrollo económico y social del país y de la estrategia de ciencia y tecnología.^{1,2}

En términos de implementación, dos han sido las cuestiones centrales planteadas a la política científica y tecnológica nacional, identificadas a partir de los estudios sobre su trayectoria. La primera, desarrollar el potencial científico y tecnológico del país y la segunda, aprovechar mejor ese potencial para incrementar el impacto de la ciencia y la tecnología en la economía y la sociedad.³

Siguiendo la misma línea de trabajo del CITMA, se creó el Sistema Nacional de Ciencia e Innovación Tecnológica en Salud (SCITS), que se implementa a través de la Proyección Estratégica de Ciencia y Técnica, la cual se diseñó tomando en consideración como documentos rectores: las Proyecciones Estratégicas de la Salud Pública Cubana, la Estrategia Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y la identificación de las brechas en el proceso de gestión de la Ciencia e Innovación Tecnológica, la cual se orienta hacia el perfeccionamiento de la organización del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en la provincia.

La Estrategia de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud se corresponde al compromiso político y ético de que la producción y adquisición de conocimientos y tecnologías contribuyan a mejorar la calidad de la formación de recursos humanos y a la atención de salud a la población, como un proceso de perfeccionamiento continuo a través de la Investigación-Desarrollo-Innovación (I+D+I). Disponer de la estrategia constituye una guía para la unidad de acción, una orientación para atender las prioridades y una convocatoria a la integración vertical y horizontal que involucre a todas las áreas, territorios y población, tanto dentro del sector, como con otros sectores.

Se implementa en todos los niveles: unidad de base, CEMS, municipal, provincial y nacional controlándose a través de la evaluación de los indicadores y acciones establecidas según objetivos establecidos.

En la provincia de Cienfuegos, como en el resto de las provincias del país, a mediados de la década de los 90 se comenzó la implementación del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica (SCIT).

Dentro del SCIT, encontramos el sistema de programas y proyectos, los resultados científicos técnicos y su generalización, componentes esenciales en la gestión de la actividad científica.

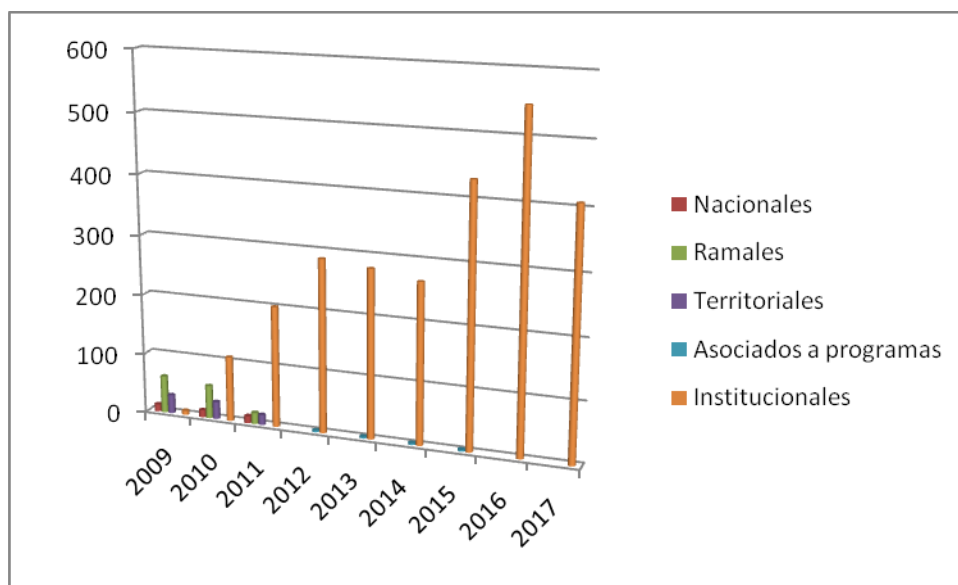
El presente trabajo tiene como objetivo analizar los resultados de la implementación del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en la provincia de Cienfuegos.

DESARROLLO

Para la realización del estudio se utilizaron como fuentes de información primaria los planes anuales de ciencia, tecnología e innovación del sector salud en la provincia, la información estadística y los balances anuales del SCIT desde 2009 hasta el 2017.

En relación al sistema de programas y proyectos se evidencia un incremento de los proyectos institucionales y una disminución de los proyectos nacionales asociados a programas, lo que responde a las políticas establecidas y a la implementación de la Resolución No. 44/2012 del CITMA donde se aprueba el Reglamento para el proceso de elaboración, aprobación, planificación, ejecución y control de los programas y proyectos de ciencia, tecnología e innovación. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Sistema de programas y proyectos. Cienfuegos 2009 - 2017

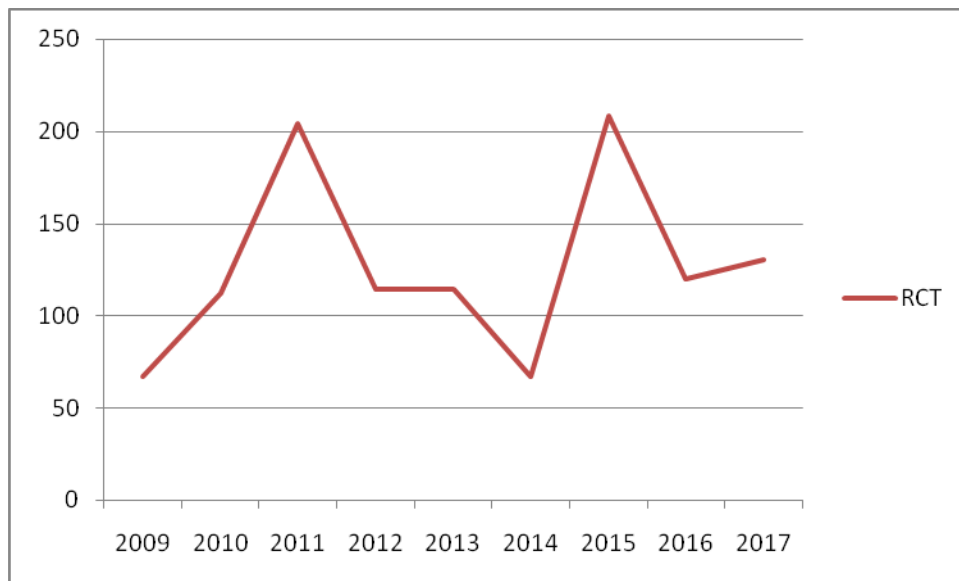


En el caso del total de proyectos presentados, se mostró un significativo incremento de una etapa a otra, el cual si bien no es un indicador de la calidad del proceso, es un reflejo del incremento en el nivel de participación de las entidades del sector en el territorio y constituye una medida de la cultura de la gestión de proyectos como herramienta de trabajo en la planificación y organización de las investigaciones alcanzadas.

En la actividad de I+D existen estudios como el de Szakonyi (1990) citado por Fidel Castro Díaz Balart,⁴ que resaltan el papel del proyecto y la necesidad de su gerencia como una herramienta efectiva para llevarla a efecto, lo cual se ha evidenciado en la literatura nacional e internacional relacionada con la temática consultada por las autoras, en la que la gestión de proyectos se presenta como una herramienta que favorece el desarrollo efectivo de diferentes procesos, entre los cuales se encuentra la investigación científica.^{5,6} Uno de los sectores en los que se ha encontrado un significativo nivel de aplicación lo constituye precisamente la salud pública,^{7,8} en el cual, en estas dos últimas décadas, se exhiben importantes aportes metodológicos.^{9,10}

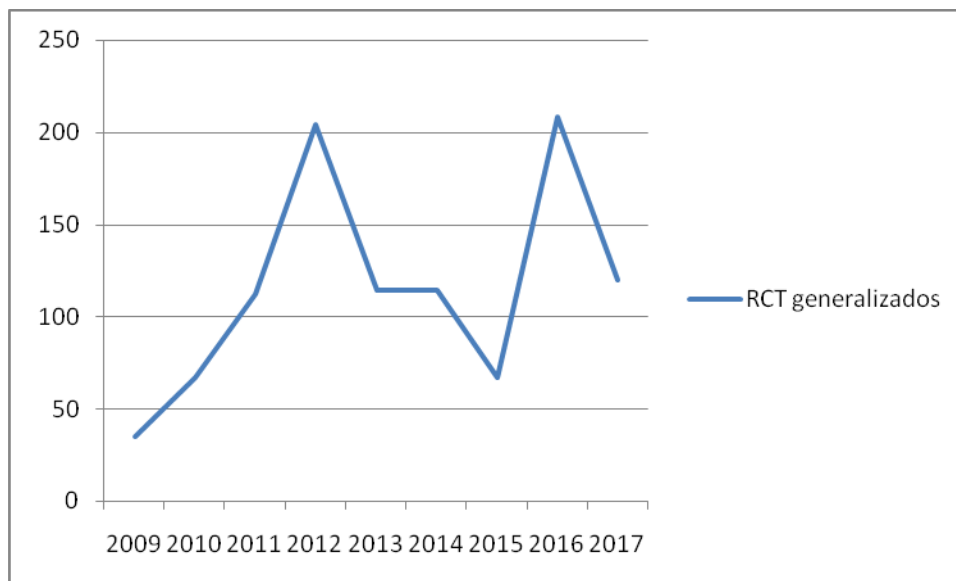
El análisis de los resultados científico técnico arrojó un predominio de productos y tecnologías blandas como bases de datos, organización de diversos procesos, estrategias de intervención, protocolos de atención de diferentes patologías, metodologías y procedimientos que responden a las prioridades de salud y a la formación de recursos humanos. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Resultados científico técnico. Cienfuegos 2009 – 2017



En relación a la generalización de los resultados obtenidos, se alcanzó un cumplimiento por encima del 90 % de lo planificado en correspondencia con los indicadores establecidos en la Proyección Estratégica para el SCIT en Salud. (Gráfico 3)

**Gráfico 3: Generalización de los resultados científico técnico.
Cienfuegos 2009 – 2017**



CONCLUSIONES

El análisis de los resultados de la implementación del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en la provincia de Cienfuegos evidencia la efectividad de la gestión de programas y proyectos como una herramienta para la planificación, organización y control de la actividad científica en respuesta a las demandas de la sociedad, expresadas a través de las prioridades establecidas en el territorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CITMA. Conocimiento e innovación para el desarrollo en Universidad para Todos. Parte 1. La Habana: Editorial Academia [Internet]. 2009 [citado 4 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.medioambiente.cu>
2. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA). Documentos rectores de la ciencia y la innovación tecnológica en Cuba. La Habana: 2001.
3. Núñez Jover Jorge. La política de ciencia, tecnología e innovación tecnológica en Cuba: evaluación y propuestas. La Habana. Editorial Universitaria Félix Varela. Congreso Universidad Vol. IV, No. 3, 2015. Disponible en: <http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/congresouniversidad/index>
4. Castro Díaz-Balart F. Ciencia, innovación y futuro. La Habana: Instituto Cubano del Libro. Ediciones Especiales; 2001. p. 333-4.
5. Gutiérrez S, Vargas W, Gracia K, Dzul LA. Proyectos, Innovación y Estrategia (PIE). Un paso firme hacia nuevos modelos en la gestión empresarial. Tecnología en Marcha [Internet]. 2011 [citado 6 de diciembre de 2017];24(4):69-84. Disponible en: http://www.tec.ac.cr/sitios/Vicerrectoria/vie/editorial_tecnologica/Revista_Tecnologia_Marcha/pdf/tecnologia_marcha_24-4/
6. Pollack J. The changing paradigms of project management. International Journal of Project Management [Internet]. 2007 [citado 6 de diciembre de 2017];25(3):266-74. Disponible en: <http://www.journals.elsevier.com/international-journal-of-project-management>
7. Usherwood T. Introduction to project management in health research: a guide for new researchers. Open University Press. Buckingham [Internet]. 1996 [citado 6 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.iberlibro.com/9780335197071/Introduction-Project-Management-Guide-New-0335197078/plp>
8. Payne J. Researchers' experience with project management in health and medical research: Results from a post-project review. BMC Public Health [Internet]. 2011 [citado 13 de enero de 2018]. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/424>
9. Manual de gestión de proyectos. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, Colombia [Internet]. 2009 [citado 6 de diciembre de 2017]. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/56121522/Manual-Gestion-Proyectos>
10. Executive Agency for Health and Consumers (EAHC). Project management in public health in Europe. European Union [Internet]. 2011 [citado 13 de enero de 2018]. Disponible en: http://ec.europa.eu/eahc/documents/health/leaflet/project_management2.pdf

TÍTULO: SOBREPESO Y OBESIDAD EN ESCOLARES CIENFUEGUEROS VINCULADOS AL PROYECTO EXTENSIONISTA.

AUTORES: Lic. Arianna Carreño Nieblas, email: ariannacn@minsap.cfg.sld.cu, Dirección Provincial de Salud Cienfuegos. Dra.C. Vanessa Vázquez Sánchez, email: vanevaz@fbio.uh.cu, Universidad de La Habana, Vicedecana Facultad de Biología. MSc Dulce Milagros Niebla Delgado, email: dulcemilagro@ffh.uh.cu. Lisandra Peña Gómez, email: filisofia962@ucm.cfg.sld Ernesto Jacomino López, email: ejacomino@ucf.edu.cu

Resumen:

En el mundo por lo menos el 10 % de los niños en edad escolar tienen sobrepeso u obesidad. Cuba no escapa de esta situación global, por lo que resulta oportuno desarrollar el presente estudio. **Objetivo:** Diagnosticar sobrepeso y obesidad en escolares cienfuegueros vinculados al Proyecto extensionista. **Materiales y método:** Investigación Acción Participativa. Universo: 73 escolares de la Escuela Primaria Urbana “Juan Suárez del Villar” de 9 y 12 años, durante el curso 2017-2018. Muestra: 24 escolares con sobrepeso u obesidad, producto del muestreo no probabilístico intencional. Técnicas empleadas: Observación, cuestionario, Test de Silueta, Técnica de Rostros, Grupos focales, Juego de Roles. **Resultados:** Las características socio demográficas exploradas son: escolares de 9 a 12 años, de ambos sexos y procedencia urbana. Consideran que la obesidad no es una enfermedad, aunque la perciben como no saludable y que conduce a la aparición de enfermedades. Predominan los inadecuados hábitos de alimentación y la exposición a la televisión, computadoras y video/juegos por más de 2 horas. Se sienten insatisfechos con su imagen corporal y se sienten rechazados.

Conclusiones: Existe una marcada tendencia al sobrepeso y la obesidad en edad escolar. Se hace necesario que los escolares adopten estilos de vida saludables y lleguen a interpretar la salud como un valor de elevada significación.

Palabras clave: sobrepeso, obesidad, escolares, estilos de vida saludables

Introducción:

Desde 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó a la obesidad como una epidemia mundial debido a que existía más de un billón de adultos con sobrepeso, y por lo menos 300 millones de estos eran obesos.

Los niños no están exentos de esta tendencia; de acuerdo con la definición internacional de obesidad en edades pediátricas. En el mundo por lo menos el 10 % de los niños en edad escolar tienen sobrepeso u obesidad, la mayor prevalencia está en América (32 %), Europa (20 %) y Medio Oriente (16 %). América Latina está sosteniendo una rápida transición demográfica, epidemiológica y nutricional, y ha alcanzado tasas de obesidad que se han incrementado de manera importante durante los últimos años, particularmente entre niños en edad escolar. ⁽¹⁾

Cuba no escapa de esta situación global. La información aportada por la observación continua en sitios centinelas, y los resultados de las “Encuestas Nacionales de Crecimiento y Desarrollo” y las “Encuestas Nacionales de Factores de Riesgos de la Población cubana”, entre otras fuentes, han señalado una tendencia hacia el incremento del sobrepeso y la obesidad en todas las edades y las regiones geográficas del país. ⁽²⁾

Las causas de la obesidad son variadas, pero parece estar claro que los factores ambientales juegan un papel significativo, especialmente el aumento de la disponibilidad a alimentos “hipercalóricos” y el aumento de estilos de vida más sedentarios. La literatura consultada muestra como las características psicopatológicas tienen un peso relevante en la etiología y el mantenimiento de la obesidad, así como en su tratamiento, tanto en adultos como en niños. Pero hay que tener en cuenta que la relación entre obesidad y psicopatología es compleja y multifactorial. Hay ciertas variables psicopatológicas que tradicionalmente se han relacionado con la obesidad, como la depresión o la ansiedad, la baja auto-estima y la insatisfacción corporal. Otra variable relevante a tener en cuenta es el contexto cultural, que puede estar mediando entre las variables psicológicas y la obesidad, ya que interacciona con el sujeto generando patrones de ingesta, nutricionales y dietéticos diferentes. ⁽³⁾

La etapa escolar es un período importante en el desarrollo humano por las múltiples transformaciones psicológicas y fisiológicas que durante ella ocurren. Se comprende entonces la profunda influencia que la alimentación y la nutrición pueden ejercer en el estado de salud del escolar, y por ende, los distintos conocimientos del mismo, como el rendimiento físico e intelectual. ⁽⁴⁾

Numerosas evidencias han resaltado la importancia de las acciones de promoción de salud y de prevención primaria en edades escolares dirigidas al control de la aparición de las Enfermedades No Transmisibles durante la vida adulta. Estas estrategias no muestran cambios totalmente reversibles sobre el estado de salud de los adultos, se sugiere brindar mayor énfasis en la prevención de estas enfermedades en edades tempranas. ⁽⁵⁾

De ahí la necesidad de incentivar la comprensión de la salud como valor, resaltando la importancia del autocuidado, la responsabilidad y la concientización.

Desarrollo:

1.1- Sobrepeso y la obesidad infantil: Consideraciones generales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido al exceso de peso (en sus dos vertientes: el sobrepeso y la obesidad) como la acumulación anormal (incluso excesiva) de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. Sin embargo, la obesidad debe ser vista en realidad como una enfermedad de curso crónico, en la que se involucran y entremezclan aspectos genéticos y bioquímicos, conductas dietéticas, influencias ambientales, y estilos de vida no saludables. ⁽⁶⁾ Su aumento en las últimas

décadas se produjo como consecuencia de la transición nutricional, caracterizada por cambios importantes en los patrones de alimentación y de actividad física de la población asociados a un modelo de desarrollo económico explosivo. ⁽⁷⁾

El sobrepeso y la obesidad en el mundo están considerados como un problema global de salud pública, dada la magnitud de su extensión, la rapidez de su incremento, y el efecto negativo que le imparte a la salud de la población que la padece. ⁽⁶⁾ Es una enfermedad que presenta características heterogéneas, con una génesis multifactorial compleja y acompañada de comorbilidad. Otro componente clave es su carácter crónico, por lo que no es posible pretender una solución rápida y definitiva del trastorno. Desde el punto de vista psicológico se puede ver asociada con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), depresión u otras patologías. ⁽⁸⁾

Es la obesidad la enfermedad relacionada con la nutrición de mayor interés en la actualidad. Cada vez más las investigaciones demuestran la importancia de una correcta alimentación y nutrición para el buen desarrollo y salud del niño, así como los impactos de la nutrición en la salud pueden trascender, incluso, a las siguientes generaciones. ⁽⁹⁾ Ha dejado de ser una enfermedad poco frecuente, para convertirse en una epidemia emergente, y un problema globalizado con efectos inmediatos en la infancia. ⁽¹⁾ Es importante diagnosticar el sobrepeso y la obesidad durante la etapa infantil y preescolar, edades en las cuales se produce un aumento sustantivo de su prevalencia. ⁽¹⁰⁾

El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor 3.4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. ⁽¹¹⁾

Existen dos tipos de distribución de grasa típica de los obesos, a saber, la obesidad androide, en la que una proporción predominante de la masa grasa se sitúa alrededor de la zona del abdomen y la cintura, y la obesidad ginecoide, que sitúa gran parte de la masa grasa en el glúteo y en las zonas femorales. De manera general, la obesidad es altamente perjudicial para la salud y el bienestar en general, con independencia del tipo que presente. ⁽¹²⁾

1.2- Causas del sobrepeso y la obesidad.

Una de las causas del sobrepeso y la obesidad es la falta de educación en alimentación saludable en las escuelas y la mala alimentación que reciben los niños en su hogar, como consecuencia de los hábitos y conductas parentales. Frente a este problema, existe consenso en la necesidad urgente de incorporar los temas de alimentación y nutrición en las escuelas para educar a los profesores, niños y sus familias en hábitos de alimentación saludable, con el objetivo de prevenir el sobrepeso y la obesidad infantil y mejorar su salud y calidad de vida en la edad adulta. ⁽¹³⁾

El aumento desproporcionado de la obesidad a escala mundial en los últimos 30 años está asociado a cambios en los hábitos alimentarios, destacándose entre ellos el

consumo incrementado de alimentos energéticamente densos. Ello ha ido unido a la reducción de la actividad física de la población, que puede estar condicionada por la falta de áreas verdes para el esparcimiento y la práctica deportiva; y la expansión de los juegos electrónicos que ocupan gran parte del tiempo de los niños. ⁽¹⁴⁾

A todo lo anterior se suma el desconocimiento por parte de la población de los beneficios de una vida saludable, y que la obesidad es una enfermedad asociada a pequeños desbalances mantenidos en el tiempo, y que constituye una amenaza a la salud. Todos estos elementos han sido descritos como un ambiente obesogénico que favorece el desarrollo y la extensión del sobrepeso y la obesidad. ⁽¹⁵⁾

1.3- Alteraciones psicológicas en escolares con sobrepeso u obesidad.

Los primeros años de la infancia son en los que se define una representación mental del tamaño, figura y de la forma de nuestro cuerpo en general y de sus partes; es decir, cómo lo vemos y cómo creemos que los demás lo ven.

Para los niños, es muy importante cómo son percibidos por sus compañeros(as); algunos harían cualquier cosa para formar parte del grupo y no ser excluidos, la incertidumbre de esta permanencia genera a menudo estrés, frustración y tristeza. La aceptación del grupo, al igual que el aspecto físico, son dos elementos especialmente importantes en esta etapa que se correlacionan con la autoestima ⁽¹⁶⁾

A menudo los niños sobrepeso u obesos expresan vergüenza, pena y culpa, estos sentimientos de frustración se intensifican con los repetidos fracasos por controlar el peso, cuando experimentan una pérdida de él y vuelven a subirlo en un corto plazo de tiempo. ⁽¹¹⁾

1.4- Proyecto de extensionista de Promoción de salud.

En la actualidad existe una marcada tendencia al sobrepeso y la obesidad, de origen multifactorial, lo que representa un sólido argumento para desplegar a través del Proyecto de trabajo de promoción de prácticas saludables de vida en escolares, con el objetivo de transformar conductas y mejorar la calidad de vida en función de un tratamiento preventivo oportuno y de esa forma evitar sus consecuencias.

El ámbito escolar, junto al familiar, representan los medios de mayor influencia; por tanto, la instauración de programas de Educación Alimentaria y Nutricional sería el método idóneo para iniciar y/o consolidar la adhesión psicoafectiva a unas buenas prácticas alimentarias y a estilos de vida saludables.

Uno de los propósitos de este trabajo es promover prácticas de vida saludable integradas mediante acciones psicoeducativas que permitan incidir de manera positiva en estos escolares.

El Proyecto extensionista “De la mano de Martí aprendo a cuidar mi salud” medio del cual se vale la Universidad de La Habana, en colaboración con el Instituto de Nutrición

e Higiene Epidemiología y Microbiología y el Ministerio de Educación Superior, para lograr la promoción de prácticas saludables de vida en escolares de 5^{to} y 6^{to} grado de cuatro escuelas de la capital, ante la tendencia al sobrepeso y la obesidad que se manifiesta en la actualidad. Las actividades planificadas se dirigen a dar respuesta a la necesidad de sensibilizar sobre el problema, e invertir en forma adecuada los recursos disponibles, con miras a obtener la solución del problema o necesidad en forma organizada, sistematizada, clara y concreta. De ahí la necesidad de incentivar la comprensión de la salud como valor, resaltando la importancia de la responsabilidad y el autocuidado.

Lo anteriormente señalado se materializó en la Provincia de Cienfuegos con la implementación del proyecto el 4 octubre de 2017 en la Escuela Primaria “Juan Suárez del Villar” ubicada en el Consejo Popular Punta Gorda, y aportó desde las acciones desplegadas por especialistas de la Dirección Provincial de Salud y profesores de la Universidad de Ciencias Médicas y la Universidad Carlos Rafael Rodríguez de Cienfuegos, disímiles evidencias.

Metodología

1. Evaluación de inicio. Busca conocer de forma confiable y directa el procedimiento a seguir según los propósitos deseados, conciliar las actividades acorde a las necesidades, conocimientos y características reveladas por los destinatarios
2. Actividades teóricas y lúdicas en que se realiza el acercamiento intencionado a textos martianos seleccionados por encerrar enseñanzas sobre salud, responsabilidad y autocuidado.
3. Evaluación antropométrica del estado nutricional mediante la medición del peso, la estatura y la circunferencia de cintura. Se emplearon las normas cubanas del índice de masa corporal para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad (Esquivel y Rubí, 1991).
4. Cuestionario a los escolares que permitirá detectar posibles problemáticas relacionadas con el sobrepeso y la obesidad al profundizar en:
 - A. Variables sociodemográficas.
 - B. Uso del tiempo libre
 - C. Práctica de actividad física
 - D. Preferencias y consumo de determinados alimentos
 - E. Percepción y satisfacción con la imagen corporal. Se aplicó el test de siluetas y la técnica de rostros.
5. Grupos focales con los padres de escolares clasificados como obesos y sobrepeso.
6. Encuestas sobre contenido de los alimentos a los escolares
7. Remisión de los escolares obesos a la consulta de Nutrición que atiende el médico especialista en el tema que pertenece al proyecto.
8. Talleres para escolares, maestros y padres.
9. Evaluación de cierre. Se evalúan la percepción de los escolares acerca de los temas centrales abordados, de modo que permitiesen conocer si ocurrieron cambios en sus hábitos y prácticas de alimentación y los efectos de las acciones desarrolladas, sean positivos o negativos, buscados o no y directos o indirectos.

Resultados:

1. La encuesta aplicada en el primer encuentro arrojó lo siguiente:

El 90 % de los escolares conoce la obra martiana, sin embargo no recuerdan haber leído algún texto donde se haga referencia a la salud. En relación al concepto de salud, la mayoría coincide en que “es estar sano” y “no estar enfermo”. El 32 % reconoce la responsabilidad individual en el cuidado y atención de su salud. El 61% afirma que son sus padres los responsables de su salud y el 7% piensa que es el médico de la familia. Identifican la posible contribución a la salud con la higiene, la limpieza, cuidarse, alimentarse adecuadamente, hacer ejercicios, ser obediente y bañarse. El 100 % considera que la obesidad no es una enfermedad, aunque la perciben como no saludable y que conduce a la aparición de enfermedades. Por otra parte no creen que exista diferencia en el sobrepeso y la obesidad. El 100% afirma que le gustaría aprender nuevas formas de ser un niño sano.

Las respuestas de los escolares muestran que tienen valorada la salud, independientemente de que no existe conciencia plena de la importancia de la responsabilidad individual al respecto, tampoco conocimiento profundo de la importancia de hábitos y conductas que garanticen modo de vida saludable.

Resultó importante poder valorar críticamente la comunidad escolar a la que se enfrentaron los especialistas en cuanto a conocimiento previo e intereses, para buscar información complementaria y hacer la proyección sobre cuál ha de ser la respuesta más coherente, flexible y contextualizada requerida desde el primer acercamiento teórico. Se hace presente la necesidad de tener en cuenta las subjetividades individuales y colectivas de los participantes con enfoque integrador, multidimensional y articulador de la diversidad existente para lograr un proceso educativo, de construcción de saberes y fortalecimiento de valores.

2. Actividades teóricas y lúdicas

Se realizaron lecturas comentadas y reflexiones sobre los textos martianos que se presentan en la multimedia diseñada. Se utilizaron diferentes técnicas, juegos de participación, creación de dibujos, cine debate, donde expresaron sus conocimientos e interpretaciones sobre los temas tratados. La promoción de salud estuvo especialmente dirigida a las prácticas y hábitos saludables de alimentación acompañados de la necesidad de realizar ejercicios físicos. Los escolares fueron capaces de expresar claramente todo lo aprendido durante las sesiones. Estas sesiones del proyecto no sólo persiguen contribuir a la transmisión del contenido presente en el pensamiento martiano, sino también lograr la configuración e interiorización de los valores en aquellos que se pretenden educar, de manera tal que le permita a los escolares concientizar los nuevos conocimientos y percatarse de cuáles son los impedimentos en el desarrollo de su vida y puede actuar en consecuencia.

Resultó interesante todo lo aprendido según refieren padres, maestros y escolares, jugaron y a su vez aprendieron, pero sobre todo, entendieron y concientizaron la salud como valor y la

importancia de cuidar de ella, esto influye en la toma de decisiones para realizar cambios en su modo de vida.

3. Evaluación antropométrica del estado nutricional

Con la colaboración de especialistas del Instituto de Nutrición e Higiene Epidemiología y Microbiología se evaluaron 73 escolares de 5^{to} y 6^{to} grado, de ellos 24 fueron sobrepeso u obesos. Predomina el sexo masculino con 20 niños, lo que representa el 83%. La proporción de uno cada tres estudiantes fue calificado como sobrepeso u obeso, igual que en las cuatro escuelas estudiadas en La Habana. Resultado preocupante que se corresponde con la información que aporta la observación continua en sitios centinelas, y los resultados de las “Encuestas Nacionales de Crecimiento y Desarrollo” y las “Encuestas Nacionales de Factores de Riesgos de la Población cubana”, entre otras fuentes, que han señalado una tendencia hacia el incremento del sobrepeso y la obesidad en todas las edades y las regiones geográficas del país. ⁽²⁾

4. Cuestionario a los escolares

El resultado de las entrevistas realizadas muestra que el 54 % de los escolares practica ejercicio físico, no obstante reflejan el uso por más de 2 horas de la televisión, computadora, y/o videojuegos, los hábitos alimentarios tienden fundamentalmente hacia comidas poco saludables, el 87 % refiere que le gustan las chucherías dentro de las que se destacan los bombones, galleticas y caramelos, por otra parte, el gusto por los alimentos fritos representa el 100 %, los alimentos más comunes consumidos en la merienda son: pan, embutido y refrescos.

El 70 % de los escolares con sobrepeso u obesidad refieren malestar al ser llamado alguna vez gordas/os. Aunque algunos responden que no les importa, la mayor parte manifiestan sentirse mal, rechazados, ofendidos, incluso explicaron que se ponen furiosos y se alteran por las constantes burlas.

La obesidad afectó directamente la percepción que tienen los escolares sobre su peso y su cuerpo, y es causa de insatisfacción con la figura. La preocupación por la delgadez se relacionó con una valoración sociocultural basada en estereotipos, fundamentalmente en relación con el aspecto estético, y ambos van conformando su imagen corporal bajo la influencia del contexto social, con rechazo hacia la obesidad. ⁽¹⁷⁾

5. Grupos focales con los padres

El grupo focal se realizó con los padres de los escolares sobrepeso y obesos. De 24 padres participaron 13, representando el 54 % y durante la actividad se pudo conocer que el sobrepeso y la obesidad son reconocidos como serios problemas a los que hay que prestarle especial atención y que sin la integración de la escuela, la familia y la comunidad, poco se puede hacer.

Entre los criterios comunes que surgieron en la actividad se encuentran los siguientes:

- Sentimientos de culpabilidad por fomentar en los hijos inadecuados hábitos de alimentación.
- Es más un problema de salud que un problema estético.
- Afectación psicológica: ansiedad, depresión, baja autoestima e insatisfacción con la imagen corporal.
- Es difícil gestionar las comidas por la situación económica y la falta de tiempo.
- No siempre hay disponibilidad de frutas y vegetales en el mercado.
- Los precios no están al alcance de todos.

Algunos padres refirieron no saber que sus hijos eran sobrepeso, situación que agrava aún más la problemática, no obstante están de acuerdo en tomar todas las medidas necesarias para lograr que sus hijos tengan un peso adecuado.

La educación en hábitos y prácticas de alimentación saludables en la familia ha de ser el punto inicial, reconocen que se enfrentan a un serio problema de salud y la inquietud manifiesta es la necesidad de escuchar criterios diferentes para resolver el problema porque muy poco lo que se puede hacer sin la ayuda de la escuela, los padres y la comunidad que es el entorno en que el niños se desarrollan.

6. Encuestas sobre contenido de los alimentos

Las encuestas aplicadas a los escolares arrojaron que no tienen suficiente conocimiento acerca de la importancia y la función de las proteínas, las grasas y los carbohidratos para el organismo. Sin embargo reconocen que el consumo excesivo de azúcares provoca caries dentales, sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus.

Resultó interesante que los resultados encontrados en las encuestas sobre gustos, preferencias y frecuencias de consumo contrastan con estos resultados de las encuestas aplicadas con el propósito de valorar sus conocimientos acerca de las propiedades de los alimentos y coincide con estudios que ponen de manifiesto la no necesaria correlación entre mayor información nutricional y adecuados hábitos alimentarios.

Indudablemente existe una marcada contradicción entre los conocimientos que poseen y las actitudes asumidas, tienen bien definido el concepto de alimentación sana, no obstante lo que de manera habitual consumen y prefieren está alejado de lo que se pretende. Ello representa un signo de alarma para los especialistas del Proyecto, acerca de la posibilidad que esté ocurriendo una recepción pasiva y mecánica del conocimiento.

Es importante lograr transformar los conocimientos en convicciones que modelen hábitos y estilos de vida y es el propósito de este proyecto comunitario. Se ha de insistir tanto en la formación como en la instrucción con la inserción en actividades educativas

colaterales al proceso docente que pueden constituir, como esta, una vía importante para el desarrollo de otros saberes, habilidades y valores que contribuyen a la transformación favorable de conductas individuales y grupales en los escolares. La profundidad de esos conocimientos está en dependencia, entre otros, de la calidad de los procesos educativos a los que se han vinculado.

7. Remisión de los escolares obesos a la consulta de Nutrición que atiende el médico especialista en el tema que pertenece al proyecto.

A pesar de haberlo solicitado en las entrevistas, ningún padre llevó a los escolares a la Consulta de Nutrición. Ello muestra que aún queda mucho por hacer.

8. Talleres para escolares, maestros y padres.
9. Evaluación de cierre

Las dos últimas actividades quedan pendientes, debido a que el Proyecto no se ha concluido.

Conclusiones:

Existe una marcada tendencia al sobrepeso y la obesidad en edad escolar. Uno cada 3 niños es sobrepeso u obeso.

Se hace necesario que los escolares adopten estilos de vida saludables y lleguen a interpretar la salud como un valor de elevada significación.

Se logra en los escolares cambios de percepción de la relación salud/enfermedad y la responsabilidad al respecto.

Aumenta el conocimiento acerca de hábitos y prácticas saludables de alimentación.

Referencias bibliográficas:

- 1- Vicente B, García K, González AE, Saura CE. Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años. Rev Finlay (Cub) 2017; 7 (1).
- 2- Jiménez SM, Rodríguez A, Díaz M. La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales. Rev Cub Alim y Nut. 2013; 3 (2): 297-308.
- 3- Cebolla A, Baños RM, Botella C, Empar L, Torró MI. Perfil Psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. Rev Psicopat y Psicol Clín. 2011; 16 (2): 125-134.
- 4- Álvarez LR, Rojas M, Escobar G, Sierra VH, Espinosa J, Fonseca DM. Estado nutricional de los escolares atendidos en un hogar ecuatoriano para huérfanos. Rev Cubana Alim y Nut. 2017; 27 (1): 68-80.

- 5- Mancipe JM, García SS, Correa JE, Meneses JS, González E, Schmidt J. Efectividad de las intervenciones educativas realizadas en América Latina para la prevención del sobrepeso y obesidad infantil en niños escolares de 6 a 17 años: una revisión sistemática. *Rev Nutr Hosp.* 2015; 31 (1): 102-114.
- 6- Díaz MG, Larios JO, Mendoza ML, Moctezuma LM, Salgado V, Ochoa C. La obesidad escolar. Un problema actual. *Rev Cub Alim y Nut.* 2016; 26 (1): 137-156.
- 7- Vázquez F, Díaz E, Lera L, Meza J, Salas I, Rojas P. Impacto del ejercicio de fuerza muscular en la prevención secundaria de la obesidad infantil; intervención al interior del sistema escolar. *Rev Nutr Hosp.* 2013; 28 (2): 347-356.
- 8- Lafuente MD. Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 2011; 14 (1): 1490-1504.
- 9- Jiménez Acosta S, Rodríguez Suárez A. Evolución del sobrepeso en preescolares cubanos en un período de diez años. *Rev Cub de Pediat.* 2013; 85 (4): 428-438.
- 10- Vázquez M, Carrasco V, Martínez C. Efecto de un programa de intervención de actividad física sobre el IMC y la distancia recorrida en el test de 6 min en niños y niñas de nivel transición 2 (NT2) en la comuna de Collipulli, región de la Araucanía. *Rev Cienc de la Activ Fís UCM.* 2015; 16 (2): 47-56.
- 11- Espejo T, Cabrera A, Castro M, López JF, Surita F, Chacón R. Modificaciones de la obesidad a través de la implementación de herramientas físico- posturales en escolares. *Retos* 2015; 28 (2do semestre): 78-83.
- 12- Aguilar MJ, Ortigón A, Mur N, Sánchez JC, García JJ. Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes; revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2014; 30 (4): 727-740.
- 13- Vio F, Salinas J, Montenegro E, González CG, Lera L. Efecto de una intervención educativa en alimentación saludable en profesores y niños preescolares y escolares de la región de Valparaíso, Chile. *Nutr Hosp.* 2014; 29 (6): 1298-1304.
- 14- Jiménez SM, Rodríguez A, Díaz M. La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales. *Rev Cub Alim y Nut.* 2013; 3 (2): 297-308.
- 15- Colectivo de autores. Manejo práctico del sobrepeso y la obesidad en los niños y las niñas. Cuba, 2015.
- 16- Romero, E., Márquez-Rosa, S., Bernal, F., Camberos, N., De Paz, J.A. Imagen corporal en niños obesos: Efectos producidos por un programa de ejercicio físico. *Rev. de Cienc del Deporte.* 2014; 10 (3): 149-162.
- 17- Vázquez, V; Delgado, A, Díaz, ME, Rodríguez, L; Niebla DM. Percepción de la imagen corporal en niños y niñas obesos. Análisis desde la perspectiva de género. *MEMORIAS IX Taller Internacional mujeres en el siglo XXI.* Editorial de la Mujer. 2013: 1-8.

Título: TAI CHI CHUAN: OPCIÓN DE PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. PROPUESTA INVESTIGATIVA

Autores:

Dra. C. Ma. Caridad Bestard González. mbestardgonzalez@gmail.com
Universidad de Cienfuegos, Cuba.

Dr. C. Juan Eligio López García. juaneligiolopez51@gmail.com. Universidad de Cienfuegos, Cuba.

Lic. Juan Antonio Medina. Fisioterapeuta Medicina Deportiva. Maestrante. Universidad de Cienfuegos, Cuba.

M Sc. Yoisell López Bestard. ybestard@gmail.com. Doctorando en Ciencias Sociales por la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul (PUCRS).

Resumen:

En el Siglo XXI, Cuba se ubica entre los países más envejecidos de América Latina y el Caribe y la ciudad de Cienfuegos, está entre una de las más envejecidas del territorio cubano. En la comunicación se argumentan ideas de aproximación teórica, desde el llamado que se obtiene de las políticas sociales, públicas, programas y proyectos, que en Cuba relacionen a sectores de la salud pública, la educación superior y el Instituto de Deportes y Recreación (INDER) en una perspectiva intersectorial de profesionales, instituciones, en beneficio de la calidad de vida del adulto mayor. Por tal razón se socializan las primeras ideas de un diseño de investigación en favor de las necesidades de formación continuada de Licenciados en Cultura Física respecto a algunas modalidades de práctica de Tai Chi Chuan como formas de profilaxis y terapéutica para el adulto mayor en Cienfuegos.

Palabras clave: Intersectorialidad, políticas, adulto mayor.

Introducción:

El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas del Siglo XXI, [...] es un fenómeno que ya no puede ser ignorado. P.6 (Fondo de Población, 2012). Espinosa lo caracteriza como un fenómeno universal, natural y en el ser humano es irreversible. Es un proceso que conduce a la vejez y que en una mirada alentadora, lejos de una exclusión, (Martínez-Pérez, González- Aragón, Castellón- León, & González Aguiar, 2018) lo reconoce

como “un mérito, una distinción, espacio donde la vida cobra un nuevo sentido”.P.61

En el Siglo XXI, Cuba se ubica entre los países más envejecidos de América Latina y el Caribe y la ciudad de Cienfuegos, está entre una de las más envejecidas del territorio cubano.

Dado que el envejecimiento conlleva a implicaciones en la capacidad funcional conducente a la disminución de destrezas para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente, se tiene en cuenta al sedentarismo, la inactividad física como uno de los factores que inciden en la disminución de la capacidad funcional. Desde esta perspectiva, la pretensión es argumentar ideas de aproximación teórica desde la derivación conceptual de las políticas sociales, públicas a los programas y proyectos, que en Cuba relacionen a sectores de la salud pública, la educación superior y el Instituto de Deportes y Recreación (INDER) en una perspectiva intersectorial de profesionales, instituciones, en beneficio de la calidad de vida del adulto mayor.

Tales argumentos acercarán a los autores a un primer esbozo de ideas para un diseño de investigación en favor de las necesidades de formación continuada de Licenciados en Cultura Física para la profilaxis y terapéutica aplicada al adulto mayor en Cienfuegos.

Desarrollo:

1. De las políticas sociales a políticas públicas y la necesaria Intersectorialidad: Salud, Educación Superior - INDER.

Las políticas sociales son programas de acción que a través del esfuerzo organizado, se dirigen a atender necesidades sociales cuya solución traspasada iniciativa privada, industrial y espontánea, y requiere decisión colectiva reglamentada y amparada por leyes impersonales y objetivas que garanticen derecho. (Pereira, en César, 2005:10) Citado por (Espina Prieto, S/A) P. 65.

Desde las políticas sociales, para el bien de la sociedad, las políticas públicas generan programas de beneficio social que luego se van materializando en diferentes proyectos para la satisfacción de necesidades sociales que, por supuesto, son cada vez más crecientes, dados los adelantos de la ciencia y la tecnología y la cultura adquirida por la sociedad. También desde esas mismas

políticas sociales detectadas y organizadas, se crean y ponen en funcionamiento instituciones, se forman especialistas, etc.

La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas de la sociedad y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas. (OPS, 2007) Citado por (Valenti Pérez, 2015) P.3

Para los intereses de esta comunicación se presta especial atención a las políticas públicas en el sector de la salud. Desde estas políticas se han creado en Cuba diferentes programas de salud, entre ellos, los encaminados a la atención a enfermedades crónicas y a grupos poblacionales específicos como el Programa de Atención a Personas de la Tercera Edad.

Los programas de salud están fundamentados en sólidos conocimientos científicos que los profesionales de la salud han diseñado con el propósito de elevar el estado de salud, sobre todo de los grupos más vulnerables, a partir de su aplicación en cada nivel de atención de forma continuada y coordinada, con la introducción de la tecnología más avanzada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con diferentes condiciones de salud. P.4. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud, 2015.

Dentro de la clasificación de políticas públicas para la salud, se alude en la comunicación al tercer conjunto de políticas de primera importancia conocido como «la salud en todas las políticas» y se basa en el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población mediante políticas controladas principalmente por sectores distintos del sanitario. Citado en Convención Internacional Cuba Salud, 2015.

Según lo expresa la OMS, la salud en todas las políticas es un enfoque para abordar las políticas públicas a través de todos los sectores, que tiene en cuenta, de manera sistemática, las consecuencias de las decisiones sobre la salud, busca sinergias y, al mismo tiempo, evita los efectos negativos para la salud de las políticas públicas, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud (OMS, 2013). P.1. (Salud., 2015)

El logro de la salud requiere la concertación de una multiplicidad de condiciones y factores, dado que coexisten diversos mecanismos sociales que generan los procesos de salud y enfermedad. Es sabido que gran parte de tales condiciones y mecanismos están fuera del alcance directo del sector de la salud. P.3 (...) Castell (2007) señala que “la salud aparece como un producto social y las acciones trascienden las fronteras del denominado sector de la salud”. Este es uno de los argumentos centrales para trabajar “juntos” con otros sectores, es decir, para el desarrollo del trabajo intersectorial (Solar et al., 2009). P.3 En Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. 2015

La perspectiva intersectorial, considerada en la presente comunicación, se refiere a la actuación del Licenciado en Cultura Física, en vínculo con el sector de la salud, preparado desde su Plan de estudios para enfrentar esferas de actuación como la Educación Física, la Recreación, el Deporte y la Cultura física profiláctica y terapéutica.

2. El Licenciado en Cultura Física, los Combinados deportivos y la atención al adulto mayor, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública.

La Atención Primaria de Salud en Cuba, desde la perspectiva intersectorial, cuenta con la colaboración organizada para la atención al adulto mayor en las comunidades, con una institución denominada Combinados deportivos, que repartida por diferentes barrios de cada municipio, tiene entre las funciones de sus especialistas, Licenciados en Cultura Física, la atención al adulto mayor en la esfera de la cultura física profiláctica y terapéutica. En este sentido dichos graduados de Cultura Física desarrollan acciones principalmente de tipo rehabilitadoras, aunque también trabajan en la comunicación social de la prevención y promoción de salud.

La evolución de los conceptos de envejecimiento y vejez, unido al constante crecimiento de la población envejecida en Cuba, obligan a los graduados de Licenciatura en Cultura Física, a estar actualizados en las formas de enfrentar el envejecimiento exitoso, saludable, activo, como ha ido denominándosele a esta etapa de la vida de los seres humanos. La perspectiva humanista, que con relación a los derechos de las personas, conlleva a tener y disfrutar de una vejez digna, segura, y con calidad de vida, precisan de actualizar

constantemente los conocimientos de los recursos humanos que en estas instituciones atienden al adulto mayor.

2.1. Las tareas para el Licenciado en Cultura Física de los Combinados deportivos: Proyecciones de salud y Lineamientos de la Política económica y social del Partido y la Revolución.

El desarrollo de recursos humanos para la salud ha sido una prioridad nacional. En la población cubana, la proporción de médicos es superior a la de cualquier otro país. La formación del personal de atención primaria se interesa específicamente por los determinantes sociales de la salud. Los profesionales de diversos sectores se incorporan a equipos multidisciplinarios de establecimientos de atención primaria integral en los que se responsabilizan de la salud de una población definida geográficamente y prestan asistencia curativa y preventiva. Trabajan en estrecho contacto con sus comunidades, servicios sociales y escuelas, de ahí que los Licenciados en Cultura Física deban prestar especial atención a las proyecciones de salud en Cuba y a los lineamientos de la Política económica y social del partido y la Revolución.

2.1.1. Del documento proyecciones de salud en Cuba.

En sus proyecciones de salud, (Proyecciones de salud en Cuba para 2015. , 2015) el Estado cubano tiene en cuenta que el envejecimiento de la población será el escenario predominante, por ello las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud prevalecerán e incidirán significativamente en la estructura de la morbilidad y la mortalidad. Este contexto futuro precisará de enfoques preventivos y de promoción de salud, así como del desarrollo de servicios y tecnologías con mayor capacidad resolutiva. [...] Aunado a este proceso de envejecimiento de la población se incrementarán los índices de invalidez y discapacidad. En atención a tal escenario, se tiene en cuenta la necesaria formación del capital humano que atiende a los adultos mayores, desde una perspectiva del sedentarismo como riesgo: El sedentarismo es uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en la población general. La contrapartida del sedentarismo es la actividad física [...] Pruebas irrefutables muestran que quienes llevan una vida activa son más saludables, viven más tiempo y tienen una mejor calidad de vida que las personas inactivas. La actividad física es un término amplio que abarca actividades que varían en intensidad. [...]Una actividad física moderada

puede llevarla a cabo cualquier persona, sin costo alguno y además, acomodarse a su rutina cotidiana [...] Se plantean entonces como nuevos problemas de la salud, el estar saludable, conservar las capacidades físicas y mentales, la autonomía (valerse por sí mismo) y el equilibrio emocional y psicosocial.P.11

2.1.2. Del documento Lineamientos de la Política económica y social del Partido y la Revolución

De igual forma, el llamado a la formación del capital humano que atiende al adulto mayor, encontrará una convocatoria a la actualización permanente de su formación en los Lineamientos de la Política económica y social del Partido y la Revolución porque contiene en su Lineamiento 144, la tarea de “brindar particular atención al estudio e implementación de estrategias en todos los sectores de la sociedad para enfrentar los elevados niveles de envejecimiento poblacional”.

Debido a que muchos adultos mayores consideran que ya no están aptos para hacer determinados ejercicios físicos por su avanzada edad, se ha comprobado que el arte marcial milenario del Tai Chi Chuan es una práctica de actividad física asequible y del gusto de la mayoría de los adultos mayores en Cuba, el profesional de la Cultura Física que trabaja en los Combinados deportivos atendiendo a adultos mayores, deberá estar capacitado para dirigir la práctica del Tai Chi Chuan, y la orientación de la reflexión colectiva hacia estilos saludables de vida, coordinadamente con miembros de los servicios de salud. Porque se conoce bien la relación entre ciertos comportamientos – el tabaquismo, la alimentación, el ejercicio físico, etc. – y los resultados sanitarios, pero conocemos mucho menos la manera de lograr cambios de comportamiento de forma sistemática y sostenible a nivel poblacional. (salud., 2008) P.75.

3. De la situación problemática a la propuesta de diseño investigativo: Una posible solución.

La provincia de Cienfuegos cuenta con 18 Combinados deportivos, atendidos por un graduado de Cultura Física como metodólogo provincial. Específicamente el municipio de Cienfuegos tiene 6 Combinados atendidos por un metodólogo municipal. En el municipio laboran 73 Técnicos Medio en

Cultura Física, 33 Licenciados tiene la categoría científica de Master en Ciencias y 61 Licenciados en Cultura Física trabajan con adultos mayores.

La observación sistemática y las conversaciones informales sostenidas con algunos Licenciados en Cultura Física que trabajan en los Combinados deportivos del Municipio de Cienfuegos, permitió conocer que la mayoría no conoce con exactitud, las diferentes modalidades de práctica del Tai Chi Chuan, entre ellas: el Liang Gong Chi Ba Fa, los ejercicios de Quieto como un árbol, el Juego de los cinco animales, las 8 piezas del brocado y los ejercicios de 18 y 24 movimientos respectivamente. La mayor parte de estos ejercicios son aplicables a la práctica de actividad física de los adultos mayores.

La pregunta – problema que se deriva de tal situación de la realidad que precisa ser transformada, en la formación permanente de los graduados de Cultura Física, que en los Combinados deportivos trabajan con adultos mayores es: ¿cómo contribuir a la formación de los especialistas de Cultura física en los Combinados deportivos del Municipio de Cienfuegos en el conocimiento del Tai Chi Chuan como opción de actividad física para el envejecimiento activo?

Para su respuesta se deberá tener como objeto de estudio al proceso de formación de los especialistas de Cultura física que atienden adultos mayores en los Combinados deportivos del Municipio de Cienfuegos, en el conocimiento del Tai Chi Chuan como opción de actividad física para el envejecimiento activo.

La solución que se propone desarrollar como Objetivo general es la elaboración de una estrategia de capacitación que actualice a los especialistas de Cultura física que atienden adultos mayores en los Combinados deportivos del Municipio de Cienfuegos en el conocimiento del Tai Chi Chuan como opción de actividad física para el envejecimiento activo. Porque se defiende la idea de que una estrategia de capacitación contenedora de la teoría, metodología y práctica respecto al Tai Chi Chuan y algunas de sus formas de realización, contribuirá a la formación de los especialistas de Cultura física en los Combinados deportivos del Municipio de Cienfuegos en el conocimiento del Tai Chi Chuan como opción de actividad física para el envejecimiento activo.

Sin pretender presentar todos los elementos del diseño de investigación, para tal propósito se deberá primeramente, determinar los fundamentos teórico

metodológicos que sustentan el proceso de superación profesional de los especialistas de Cultura física en los Combinados deportivos del Municipio de Cienfuegos para enfrentar el envejecimiento activo. Posteriormente. Se deberá realizar la determinación del estado inicial de la preparación de los especialistas de Cultura física en los Combinados deportivos del Municipio de Cienfuegos en sus potencialidades y necesidades para ofrecer una atención a adultos mayores para el envejecimiento activo.

La oportunidad de investigar se tiene en la existencia en la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Cienfuegos, de una Maestría en el tema de la Condición física saludable del adulto mayor.

3.1. Esbozo de algunos antecedentes.

Se conoce en la facultad de Cultura Física de la Universidad de Cienfuegos, de algunas experiencias prácticas de Programas de Tai Chi Chuan desarrollados con adultos mayores en la comunidad desde el año 2004 a la actualidad, y que luego de la Maestría Actividad física en la comunidad desarrollada en dicha Facultad, se incrementaron los proyectos de intervención comunitaria barriales con diferentes actividades físicas para los adultos mayores. Se conoce también que, gracias a la existencia de las cátedras honoríficas del Adulto Mayor, y de la de Artes marciales y deportes de combate en la Universidad de Cienfuegos, se han realizado también intervenciones comunitarias con práctica de Tai Chi Chuan con adultos mayores en algunos barrios del municipio de Cienfuegos. En el año 2012, un total de 16 profesores de Educación Física de los 8 municipios de la provincia de Cienfuegos cursó un diplomado sobre Tai Chi Chuan y Adulto mayor, que permitió que se obtuvieran otras intervenciones comunitarias en los municipios cienfuegueros. Pero en realidad, no se han producido acciones de actualización formativa en el tema del Tai Chi Chuan para los Licenciados en Cultura Física que trabajan con adultos mayores en los combinados deportivos.

Conclusiones:

Actualmente crece la demanda a satisfacer para la preparación de los recursos humanos que trabajan con adultos mayores en los combinados deportivos de Cienfuegos y desde esta perspectiva, contribuir intersectorialmente a la calidad de vida del adulto mayor y en función de su atención primaria de salud.

Los llamados que organizadamente se corresponden con la necesidad de cumplir con demandas de las políticas sociales, públicas, en el sector de la salud y apoyado intersectorialmente por el sector de la Educación Superior y el INDER con sus combinados deportivos, unido a lo que específicamente demandan los Lineamientos de la Política económica y social del partido y la Revolución, así como en estrecha concordancia con la Agenda 2030, aseguran para esta investigación un paso firme en pos del beneficio de la calidad de vida de los adultos mayores y la formación del capital humano que les atenderá.

Referencias Bibliográficas.

- (2015). *Proyecciones de salud en Cuba para 2015*. . La Habana: Ciencias Médicas.
- Espina Prieto, M. (S/A). *Políticas de atención a la pobreza y la desigualdad*. La Habana.
- Fondo de Población, N. U. (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una celebración y un desafío*. Nueva York y Londres: Reino Unido.
- Martínez-Pérez, T., González- Aragón, C., Castellón- León, G., & González Aguiar, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista FINLAY* 8(1), 59 - 65.
- OPS. (2007). Salud en las Américas. Vol I- Regional. En OPS, *Capítulo 4. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud*. OPS.
- Salud., P. E. (2015). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica*. Washington, D.C.: OPS.
- Proyecciones de salud. (2008). *informe sobre la salud en el mundo. Capítulo 4*. OMS.
- Valenti Pérez, C. (2015). Los Programas de Salud como Políticas Públicas en Cuba. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2015*, (pág. 8 p). La Habana.

Temática: Nutrición y educación nutricional.

TAMIZAJE NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS A SU INGRESO. HOSPITAL PEDIÁTRICO DE CIENFUEGOS.

Dra. MSc. Elsy Roxana Geroy Moya, roxanagm@hosped.cfg.sld.cu. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos, Dra. Claudia Águila Abreu. Municipio Cumanayagua, Dra. MSc. María Elena Quiñones Hernández, marigui64@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos. Jefa del Servicio de Enfermedades Digestivas, Dra. María Dolores García Suárez. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos. Dra. C María Felicia Casanova González neurofisiologia@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos. Jefa del Departamento de Neurofisiología.

RESUMEN

Fundamento. La alimentación y la vigilancia del estado nutricional constituyen objetivos fundamentales de la actuación del pediatra en la atención tanto del niño sano como enfermo. **Objetivo.** Determinar el estado nutricional de los niños menores de 2 años hospitalizados, en el Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto" de Cienfuegos. **Método.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en el período comprendido del 1 julio al 31 de diciembre del 2016. Se estudiaron las siguientes variables: Peso, talla, variables sociodemográficas, antecedentes perinatales, lactancia materna, hábitos alimentarios, presencia de infecciones a repetición y enfermedades crónicas. **Resultados:** Predominaron los pacientes eutróficos, seguido del binomio sobrepeso/obesidad. Destacándose, la desnutrición global (85,7%), en los niños desnutridos. Fueron representativos el sexo masculino y el grupo menor de 1 año. El 99% y más de los malnutridos por exceso y normopeso, nacieron después de las 37 semanas, relacionándose el parto pretérmino, con la malnutrición por defecto (40,9%). Los pacientes eutróficos, exhibieron un buen peso al nacer (96%), relacionándose el peso insuficiente, con la malnutrición por defecto y la macrosomía, con la malnutrición por exceso. El 68,8% de los casos recibió lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses, no recibiendo ésta, el 100% de los malnutridos por defecto, más allá de esa edad. Predominaron los hábitos alimentarios adecuados en pacientes eutróficos, siendo inadecuados, en los malnutridos. La infección respiratoria aguda y las digestivas crónicas constituyeron las primeras causas de morbilidad, exhibiendo los malnutridos por defecto, los mayores porcentajes.

PALABRAS CLAVES: Estado Nutricional, Tamizaje nutricional.

Introducción:

La nutrición es un derecho fundamental de cualquier niño y está ligada con el fenómeno biológico del crecimiento. Aparece incluido en la Convención de los Derechos del Niño. En el 2000, un total de 189 países decidieron fortalecer dicho pacto con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con metas internacionales que debían cumplirse antes de 2015. Entre esas metas figuraba acabar con el hambre en el mundo, especialmente con la desnutrición infantil. ⁽¹⁾

El conocimiento acerca del estado nutricional es de vital importancia para hacer juicios pronósticos, primero, y establecer la estrategia terapéutica, después. ^(2, 3) El patrón de crecimiento y desarrollo físico es el mejor método para evaluar el estado de salud y nutrición de las niñas y niños, tanto a nivel clínico como a nivel poblacional. Hasta el año 2013, solo algunos países latinoamericanos habían elaborado sus propios patrones de referencia de crecimiento y desarrollo físico: Argentina, Brasil, Cuba y Venezuela los cuales se han generado a partir de estudios nacionales de crecimiento y desarrollo humano en población sana. ⁽⁴⁾

Los niños que se privan de una nutrición adecuada puede que no alcancen nunca el pleno desarrollo de sus capacidades físicas o cognitivas. Constituyen uno de los grupos más vulnerables a las deficiencias nutricionales, siendo los niños menores de dos años de edad, los que se afectan mucho más, debido a las demandas del crecimiento. ⁽⁵⁻⁷⁾

En nuestra región aún existen 7,1 millones de niños menores de 5 años afectados con desnutrición y una tasa de sobrepeso y obesidad de 7%. La desnutrición y la obesidad no son tan diferentes, más bien la malnutrición es el denominador común de ambas condiciones. ^(8, 9)

Cuba no presenta desnutrición infantil grave: en 2012 la tasa de desnutrición crónica era del 7,8 por ciento, y la desnutrición aguda del 2,3 por ciento. Algunas deficiencias nutricionales de hierro, vitamina A y yodo persisten entre las embarazadas y los niños. También hay un número cada vez más alto de niños obesos y con sobrepeso; en 2012 representaban el 17,3 por ciento de los niños menores de 5 años. La anemia sumada al sobrepeso crea problemas de doble morbilidad. ⁽¹⁰⁾

Mediante el tamizaje nutricional en las áreas hospitalarias se pueden definir los riesgos nutricionales a fin de priorizar la atención e implementar una terapia nutricional temprana y oportuna. ⁽¹¹⁾

Objetivo: Conocer el estado nutricional de los niños menores de 2 años de edad a su ingreso en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos e identificar los factores que influyen en éste, con el fin de lograr una adecuada identificación de los riesgos para poder realizar intervenciones, lo que repercutirán en una mejor evolución en el proceso de recuperación y crecimiento de los niños.

Desarrollo

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo, de corte transversal en el Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto", durante el periodo comprendido entre el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2016.

El universo estuvo constituido por los niños menores de 2 años que ingresaron durante ese periodo.

Se incluyeron en el estudio todos los niños que se le pudo realizar una correcta evaluación antropométrica. Se excluyeron del estudio a aquellos pacientes cuyos padres o tutores no respondieron adecuadamente el instrumento creado al efecto, o se negaron a su participación en él.

En el periodo ingresaron un total de 1 482 pacientes menores de 2 años, que cumplieran con los requisitos para ser incluidos en esta investigación.

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes según su estado nutricional, por las Tablas Cubanas de crecimiento donde se observó un predominio de los pacientes eutróficos (67,9%), en relación con los malnutridos (32,1%). Al evaluar los riesgos nutricionales destaca el sobrepeso, constituyendo junto a la obesidad, el segundo grupo nutricional con mayor número de ingresos, con 343 pacientes. Dentro de los pacientes evaluados como desnutridos (3,3%), predominó la desnutrición global, con el 85,7% del total de los mismos.

En la revisión de la bibliografía, los análisis muestran que de acuerdo a los tres indicadores peso para edad, talla para edad y peso para talla, la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas fue de 2,4 % y 2,6 %, el riesgo de desnutrición 22% y 5,1%, la desnutrición crónica 35,9% y 12,8%, el sobrepeso 28,9% y 12,9%, respectivamente. ⁽¹²⁾

En Cuba, en el año 2012, la prevalencia del exceso de peso llegó a ser del 18.4%, con relación al 2002: De acuerdo con el sexo del niño, el comportamiento del exceso de peso fue mayor en los niños (23.3%). El comportamiento del sobrepeso en el 2002: 7.4% vs. 2012: 13.7% y la obesidad: 2002: 6.6% vs. 2012: 9.6%. ⁽¹³⁾

Varias agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) advirtieron del doble riesgo que en materia de malnutrición afronta América Latina, una región que todavía soporta el problema del hambre en algunos países y por otro registra un aumento de la población obesa. Debemos enfrentar el doble reto de alimentar adecuadamente a los 47 millones de personas que aún sufren hambre, al mismo tiempo preocuparnos de la obesidad, señaló la FAO. ⁽⁸⁾

Al analizar la relación del estado nutricional con las variables sociodemográficas (Tabla 3) se pudo apreciar que el mayor número de pacientes, corresponde a los menores de 1 año, representando el 62,2% del total. A consideración de los autores esto debe estar relacionado con el hecho de que existen amplios criterios de ingreso para la protección de este grupo de edad, encontrándose dentro de este grupo, el mayor número de pacientes representado por los eutróficos (63,6%), seguidos de los malnutridos por exceso, con un 60,9%. En el grupo de 1 a 2 años predominó la malnutrición por defecto, representando el 45,5%.

Según el sexo, hubo un predominio del sexo masculino (54,8%), siendo representativo para este sexo, los pacientes malnutridos por exceso, con un 55,7%, con inversión de la relación en los malnutridos por defecto, donde predominó el sexo femenino con valores muy similares a los anteriores (55,4%).

Un estudio clínico epidemiológico de desnutrición proteico energética en menores de 10 años, realizado en Santiago de Cuba, mostró el predominio del sexo masculino (19 para 59,3 %), según grupo de edades. ⁽¹⁴⁾

Según datos ofrecidos por la OMS y UNICEF las madres desnutridas tienen mayor probabilidad de dar a luz niños con bajo peso al nacer que las madres nutridas de manera adecuada. Los partos se producen antes del término de la gestación. Se estima que entre el 60 % y 80% de muertes neonatales ocurren entre bebés con

bajo peso al nacer. En el sur de África más de un 25 % de los niños nacen con bajo peso. ⁽⁸⁾

En la Tabla 4 se representan a los pacientes por su estado nutricional, relacionándolo con los antecedentes perinatales. Es relevante la relación entre los pacientes nacidos después de las 37 semanas, con la malnutrición por exceso y el normopeso, con un 99,4% y 99%, respectivamente. En el caso de los pacientes malnutridos por defecto, se observa que existe un incremento en su relación con el parto pretérmino, a diferencia de los grupos nutricionales restantes (40,9%).

En cuanto al peso al nacer, el mayor número de pacientes está representado por los eutróficos, que nacieron pesando entre 3 000-3 999 gramos, para un 96%. La malnutrición por defecto, en este caso se relaciona con el peso insuficiente, representando el 44,7% de los casos, mientras que los malnutridos por exceso exhibieron un peso al nacer entre 3 000-3 999 g, para un 68,8%.

En Camagüey, Cuba se publicó un estudio relacionado con el parto pretérmino. Se encontró que, la mayor cantidad de partos ocurrió después de las 33 semanas, para un 70 %, siendo la depresión respiratoria transitoria (27.9 %) la principal morbilidad de los neonatos, influyendo posteriormente, en el desarrollo pondoestatural del niño. ⁽¹⁵⁾

Al relacionar el estado nutricional y el tiempo que los pacientes recibieron lactancia materna (Tabla 5), el mayor porcentaje de los pacientes lactó de manera exclusiva hasta los 3 meses de vida, representando el 68,8% (1 019 de 1 482), los restantes 458 niños y niñas, representando un 31,2% extendieron la lactancia hasta 6 meses.

Se aprecia además que, en los pacientes que su lactancia materna se extendió más de 3 meses, el 80,6% fueron eutróficos, la malnutrición por exceso fue del 20,4%; en cuanto al grupo que lactó hasta los primeros 3 meses se observa que el 36,5% se encuentra malnutrido ya bien sea por defecto (12,9%) o por exceso (24,5%).

En los niños con bajo peso al nacer es casi cinco veces más frecuente el no comenzar la práctica de lactancia materna, y tres veces más frecuente que la inicien luego de la primera hora de vida con respecto a los niños nacidos con peso mayor de 2 500 gramos. Además, la probabilidad de que al nacer consuman una leche diferente a la materna es casi ocho veces mayor, y cuatro veces más frecuente no cumplir con la recomendación de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. ⁽¹⁶⁾

Se pudo apreciar en este trabajo que cuando se relaciona el estado nutricional con los hábitos alimentarios (Tabla 6), 755 niños (51%), tenían hábitos alimentarios inadecuados; dentro de los adecuados, el mayor número de pacientes coincide con el grupo de pacientes evaluados nutricionalmente como eutróficos, (87,9%). En la malnutrición tanto por exceso, como por defecto predominaron los hábitos alimentarios inadecuados con un 35,5% y 15,8%, respectivamente.

Existen otros trabajos, como el llevado a cabo a través de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS) en Argentina en que se estimó un máximo de 31% de

niños con Lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y evidenció que el 70% había incorporado alimentos complementarios antes de esa edad. Este patrón de introducción temprana se observa en diferentes países, y existe diversidad en las características de los alimentos ofrecidos. ⁽¹⁷⁾

Las infecciones agudas producen una alta morbilidad en todos los grupos nutricionales, como se observa en la Tabla 7. Es destacable que, el mayor número de pacientes presentan enfermedades respiratorias a repetición, siendo los pacientes malnutridos por defecto, los que exhiben el mayor porcentaje, con un 37,1%. Por otra parte, coincide este mismo grupo nutricional con los mayores porcentajes de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: las enfermedades digestivas (13,6%), seguidas de las cardiovasculares y las respiratorias, con el 5,3% y 3%, respectivamente.

Las enfermedades respiratorias agudas, junto a las diarreas, constituyen las dos primeras causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Causan casi dos tercios de las muertes de los niños menores de 5 años. Más de un tercio se puede atribuir a la desnutrición. ^(18, 19)

En el estudio realizado en la provincia de Villa Clara, publicado en el año 2012, existió relación entre el estado nutricional y la morbilidad de enfermedades infecciosas, sobre todo por diarreas. ⁽²⁰⁾

Por otra parte, las enfermedades agudas y crónicas asociadas con el exceso de peso afectan la calidad de vida del individuo e incrementan el costo individual, de la sociedad, costos de salud y baja productividad. ⁽²¹⁾

Los niños con cardiopatías congénitas también pueden presentar fallo de medro o malnutrición y retraso del crecimiento por su lesión cardíaca. La desnutrición afecta inicialmente al peso y, si es grave y prolongada, también al crecimiento en longitud y al crecimiento cerebral. ⁽²²⁾

Conclusiones: En el estudio se evidenció un significativo predominio de los pacientes eutróficos, seguido del sobrepeso y obeso; estos últimos a considerar por el desarrollo de enfermedades crónicas en la adolescencia y adultez. El abandono de la lactancia materna en los primeros 3 meses de vida está estrechamente relacionada con la malnutrición por defecto, así como los hábitos alimentarios inadecuados que se relacionan con ambas formas de malnutrición. Una nutrición deficiente en los primeros meses de vida debido al menor tiempo de lactancia materna y la ablactación precoz son factores que han incidido directamente en el estado nutricional de los pacientes. Las infecciones respiratorias agudas y las digestivas crónicas constituyeron las primeras causas de comorbilidad en el paciente desnutrido, lo que causa una elevada de la morbilidad y mortalidad en este grupo tan vulnerable.

Bibliografía

- 1-El reto de alimentar a más de 65 millones de personas y acabar con la desnutrición infantil [Internet]. Madrid: UNHCR; [actualizado 2017; citado 24/3/2018]. Disponible en: <https://eacnur.org/es/labor/areas-de-trabajo/nutricion>
- 2-Jiménez García, R; Pérez Martínez, E; Alfonso Novo, L; Santana Porbén, S; Álvarez Fumero, R; Piñeiro Fernández, E; González Ochoa, T; Sánchez Machado, O. Evaluación de la desnutrición hospitalaria dentro de los hospitales pediátricos por los Grupos de Apoyo Nutricional (GAN): Primera Experiencia Cubana. 2012
- 3-Gaviria JA, Largo C, Rodríguez-Morales AJ. Estado nutricional en menores de 10 años atendidos en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, Risaralda, Colombia, en el período de 2008-2012. MÉD.UIS. 2015; 28(2):209-20.
- 4- UNICEF presenta el Estado Mundial de la Infancia 2016 [Internet]. Madrid: ; [actualizado 2016; citado 23/3/2018]. Disponible en: <http://plataformadeinfancia.org/estado-mundial-de-la-infancia-2016-informe-unicef-es-emi2016/>
- 5- Wisba, W. La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Madrid: UNICEF; 2011. Fecha de consulta: 19 Octubre de 2014. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
- 6-De Alimentos PM. Serie de Informe sobre el hambre en el mundo 2006: el hambre y el aprendizaje. Roma: Naciones Unidas; 2006. Disponible en:http://www.unicef.org/lac/Informe_hambre_2006_completoSpa%281%29.pdf
- 7- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la infancia: más allá de los promedios – Lecciones de los ODM*, No. 11, UNICEF, Nueva York, junio de 2015.
- 8-El costo de la doble carga de la malnutrición [Internet]. Mórolo: Programa Mundial de Alimentos; [actualizado 2017; citado 18 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://es.wfp.org/doble-carga-double-burden>
- 9-Presentación Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013 [Internet]: Oficina regional de la FAO para América Latina y del Caribe; [actualizado 2013; citado 18 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/FAONoticias/presentacin-panorama>
- 10- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El desarrollo en la primera infancia en Cuba la experiencia de un sistema integrado y ampliado para que todos los niños y niñas comiencen la vida de la mejor manera[Internet]. Ciudad Habana: 2016 [citado 24/3/2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/cuba/cu_resources_LairePrimeraInfanciaLibro.PDF
- 11- Facultad de Medicina-Carrera de Nutrición 2017. Contenidos Teóricos Evaluación Nutricional [Internet]. Buenos Aires: 2017 [citado 24/3/2018]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/nutrievaluacion/2017/evaluacion.pdf>
- 12- Echagüe, G; Sosa, L; Díaz, L; Funes, P; Rivas, L; Granado, D; Ruiz, I; Zenteno, J; Pistilli, N. Malnutrición en niños menores de 5 años indígenas y no indígenas de zonas rurales, Paraguay. Mem. Inst. Investig.Cienc. Salud [Internet].

2016 [citado 30 de Mayo de 2017]; 14(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n2/v14n2a60.pdf>

13- Acosta Jiménez, S M; Rodríguez Suárez, A; Díaz Sánchez, M E. LA OBESIDAD EN CUBA. UNA MIRADA A SU EVOLUCIÓN EN DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición [Internet]. 2013 [citado 23/3/2018]; 23(2):[aprox. 1-12 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53291>

14-Sosa Zamora M, Suárez Feijoo D, Portelles Mendoza S, Boudet Molina R, Mojena Orue DM. Aspectos clínico epidemiológicos de la desnutrición proteica energética en menores de 10 años. Medisan. 2014 Sep; 18(9):1212-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n9/san04189.pdf>

15-Vera López M, Castillo Fernández FA, Navas Ábalos N. Repercusión del parto pretérmino. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2006 Feb; 10 (1):75-84. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v10n1/amc080106.pdf>

16-Chávez Zúñiga C, Merino Zeferino B, del Mazo Mendoza A, Guarneros Soto AN, Landero Leal P, González Espinosa B, Lima Carcaño MD. Diagnóstico del estado nutricional de los niños de uno a seis años de edad del turno completo de una estancia de desarrollo y bienestar infantil en la Ciudad de México. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2012; 17(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47325181003.pdf>

17-Mangialavori G, Gilardon EA, Guidet AB, Durán P, Kogan L. La alimentación de los niños menores de 2 años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud-ENNyS. 2010. Disponible en: <http://adolescencia.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf>

18-Longhi F, Del Castillo A. La desnutrición infantil en Tucumán: manifestaciones espaciales y temporales en los primeros años del siglo XXI de un problema histórico para la provincia. III Jornadas argentinas de estudios de población. Salta, Argentina. 2014. Disponible en: http://www.economicas.unsa.edu.ar/web/archivo/otros/AEPA/SESSION-17/Sesion-17-Longhi-del_Castillo.pdf

19-Base mundial de datos de UNICEF “El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada” (p. 15), UNICEF, 2012.

20-Cordero Herrera, A M. Principales enfermedades asociadas al estado nutricional en el niño menor de un año. Medicent Electrón. [Internet]. 2014 [citado 30 de mayo de 2017]; 18(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v18n3/mdc03314.pdf>

21-Liria, R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012 Jul; 29(3):357-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n3/a10v29n3.pdf>

22-Velandia S, Hodgson MI, Le Roy C. Evaluación nutricional en niños hospitalizados en un Servicio de Pediatría. Rev Chil Pediatr. 2016; 87(5):359-365

Anexos:

Tabla 1: Evaluación Antropométrica de los pacientes menores de 2 años, según

Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Desnutridos	49	3,3
Global	42	85,7
Crónicos	4	8,2
Agudos	3	6,1
Delgado	83	5,7
Malnutridos por defecto	132	8,9
Eutróficos	1 007	67,9
Sobrepeso	235	15,9
Obeso	108	7,2
Malnutridos por exceso	343	23,2
Total	1 482	100,0

Tablas de Crecimiento Cubanas

Fuente: Encuesta.

Tabla 2: Distribución de las variables sociodemográficas, según Estado Nutricional. Hospital Docente Pediátrico de Cienfuegos

Variables sociodemográficas	Eutróficos		Malnutridos por defecto		Malnutridos por exceso		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Edad								
Menor de 1 año	641	63,6	72	54,5	209	60,9	922	62,2
De 1-2 años	366	36,4	60	45,5	134	39,1	560	37,8
Sexo								
Masculino	555	54,9	59	44,6	198	55,7	812	54,8
Femenino	452	45,1	73	55,4	145	42,3	670	45,2
Total	n=1 007		n=132		n=343		n=1 482	

Fuente: Encuesta.

Tabla 3: Distribución de los pacientes menores de 2 años, según estado nutricional y antecedentes perinatales. Hospital Docente Pediátrico de Cienfuegos

Antecedentes perinatales.	Eutróficos		Malnutridos por Defecto		Malnutridos por Exceso	
	No	%	No	%	No	%
Nacimiento						
Menos de 37 semanas	11	1,0	54	40,9	2	0,6
Más de 37 semanas	996	99,0	78	59,1	341	99,4
Peso al Nacer						
Menos de 2 500g	1	0,1	26	19,7	0	0,0
Peso Insuficiente	22	2,2	59	44,7	2	0,6
De 3000-3999g	967	96,0	45	34,0	236	68,8
Más de 4 000g	17	1,7	2	1,6	107	30,6
n=1 482	n=1 007		n=132		n=343	

Fuente: Encuesta.

Tabla 4: Relación entre el Estado Nutricional y lactancia materna exclusiva.

Estado Nutricional	Lactancia Materna Exclusiva			
	De 0 – 3 meses		Más 3 a 6 meses	
	No.	%	No.	%
Eutróficos	638	62,6	369	80,6
Malnutrición por Defecto	132	12,9	0	0,0
Malnutrición por Exceso	249	24,5	94	20,4
n=1 482	1 019	68,8	458	31,2

Hospital Docente Pediátrico de Cienfuegos

Fuente: Encuesta.

Tabla 5: Estado Nutricional y su relación con los Hábitos alimentarios. Hospital Docente Pediátrico de Cienfuegos

Hábitos Alimentarios	Adecuados		Inadecuados	
	No.	%	No.	%
Eutróficos	639	87,9	368	48,7
Malnutrición por Defecto	13	1,8	119	15,8
Malnutrición por Exceso	75	10,3	268	35,5
	n = 727		n = 755	

Fuente: Encuesta

Tabla 6: Enfermedades agudas a repetición y enfermedades crónicas. Su relación con el Estado Nutricional. Hospital Docente Pediátrico de Cienfuegos.

Antecedentes patológicos personales	Eutróficos		Malnutrición por defecto		Malnutrición por exceso	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enfermedades agudas a repetición						
Respiratorias	107	10,6	49	37,1	43	12,5
Digestivas	53	5,3	44	33,3	8	2,3
Renales	5	0,5	-	0,0	-	0,0
Neurológicas	1	0,1	-	0,0	-	0,0
Enfermedades crónicas						
Respiratorias	5	0,5	4	3,0	-	0,0
Neurológicas	5	0,5	-	0,0	2	0,6
Digestivas	4	0,4	18	13,6	-	0,0
Cardiovasculares	1	0,1	7	5,3	-	0,0
Hematológicas	-	0,0	-	0,0	1	0,3
	n=1 007		n=132		n=343	

Fuente: Encuesta.

TAREAS DOCENTES PARA LA AUTOPREPARACIÓN DEL ESTUDIANTE EN LA ASIGNATURA ENFERMERÍA FAMILIAR Y SOCIAL. LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. EDUCATIONAL TASKS FOR THE STUDENT'S AUTOPREPARACION IN THE SUBJECT FAMILY AND SOCIAL INFIRMARY. DEGREE IN INFIRMARY.

Lic. Dayami Pérez Soto, ⁽¹⁾ Lic. Nélide Sosa Botana, ⁽²⁾ Lic. Yanet Rojas Rodríguez, ⁽³⁾

Lic. Miriam Olano Rivalta⁽⁴⁾ Asbely Yera Sánchez⁽⁵⁾, Roviert Silva Céspedes⁽⁶⁾

⁽¹⁾ dayani96@nauta.cu. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba.

Licenciada en Enfermería. Master en Educación. ⁽²⁾ metextension@ucm.cfg.sld.cu

Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba. Licenciada en Enfermería. Master

en Educación Médica Superior. ⁽³⁾ metpostgrado@ucm.cfg.sld.cu Universidad de

Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba. Licenciada en Enfermería. Master en Educación.

⁽⁴⁾ Licenciada en Historia y Ciencias Sociales Universidad de Ciencias Médicas.

Cienfuegos. Cuba. ⁽⁵⁾ Licenciada en Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas.

Cienfuegos. Cuba. ⁽⁶⁾ Licenciado en Electromedicina. Centro Provincial de

Electromedicina. Cienfuegos. Cuba

RESUMEN

Fundamento: es de suma importancia realizar investigaciones que fundamenten teóricamente cómo lograr una mejor preparación académica e intelectual de los estudiantes. La autopreparación es una de las formas organizativas del proceso docente educativo en la que el estudiante realiza trabajo independiente sin la presencia del profesor. Se enfoca en el estudio de diferentes ramas del saber para la asimilación y adquisición de conocimientos, hábitos y habilidades. Se realiza tanto de forma individual como colectiva. **Objetivo:** elaborar tareas docentes para la autopreparación de los estudiantes en la asignatura Enfermería Familiar y Social que se imparte en el cuarto año de la carrera Licenciatura en Enfermería. **Métodos:** del nivel teórico como: el analítico-sintético, inductivo-deductivo y el histórico-lógico, y métodos del nivel empírico como: análisis de documentos, encuestas, controles a clases. **Resultados:** se diseñaron las tareas docentes en la asignatura Enfermería Familiar y Social. **Conclusión:** el sistema de tareas propuesto, desde lo reproductivo, productivo y creativo activa el proceso y constituye un medio auxiliar para diseñar nuevas tareas y aplicarlas, teniendo en cuenta las características concretas de los alumnos. Este constituye una vía didáctica para la autopreparación del estudiante en la asignatura Enfermería Familiar y Social.

Palabras clave: Enseñanza; aprendizaje; autopreparación; tareas docentes.

SUMMARY

Foundation: it is of supreme importance to carry out investigations that base theoretically how to achieve a better academic preparation and the students' intellectual. The autopreparación is one in the organizational ways of the educational educational process in the one that the student carries out independent work without the professor's presence. It is focused in the study of different branches of the knowledge for the assimilation and acquisition of knowledge, habits and abilities. He/she is carried out so much in an individual way as collective. Objective: to elaborate educational tasks for the autopreparacion of the students in the subject Family and Social Infirmary that is imparted in the fours year of the career Degree in Infirmary. Methods: of the theoretical level as: the analytic-synthetic, inductive-deductive and the historical-logical one, and methods of the empiric level as: analysis of documents, surveys, controls to classes. Results: the educational tasks were designed in the subject Family and Social Infirmary. Conclusion: the proposed system of tasks, from the reproductive, productive and creative active the process and a half assistant constitutes to design new tasks and to apply them, keeping in mind the concrete characteristics of the students. This constitutes a didactic road for the student's autopreparacion in the subject Family and Social Infirmary.

Words key: Teaching; learning; autopreparacion; educational tasks.

INTRODUCCIÓN

En la Educación Superior, la formación de un profesional activo, reflexivo y creativo es una aspiración social del modelo pedagógico cubano.

La Educación Médica Superior no ha sido ajena a esta situación, los Centros de Educación Médica Superior en la actualidad tienen la misión de formar un profesional que responda a las demandas de la sociedad, por lo que el proceso de su formación exige de una conducción como requisito esencial, un carácter contextualizado, un enfoque sistémico y dinámico y la valoración como componente curricular rector de los problemas que deben ser resueltos por el futuro egresado. (1)

En Cuba, la formación de los profesionales de la salud ha sufrido cambios importantes como consecuencia de transformaciones en las relaciones internas de las universidades, así como de las relaciones de éstas con la sociedad. (2)

La enfermería es una de las profesiones que se distinguen de la educación médica superior por la actuación profesional de este recurso en salud, que esencialmente se concreta en cuatro dimensiones fundamentales: el Cuidado de enfermería, la persona (familia, comunidad), la salud y el entorno. Se ocupa de la satisfacción de las necesidades de salud de la persona, la familia y la comunidad, aplicando la lógica del Proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión; teniendo en cuenta acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para garantizar el bienestar físico, mental y social. Además utiliza los procesos docente, administrativo e investigativo para garantizar la calidad y optimización de los servicios de enfermería, en la búsqueda de la excelencia.

Las condiciones sociales actuales demandan de la Universidad Médica un giro en el proceso formativo de enfermeros y enfermeras basado en una concepción flexible que satisfaga en primer lugar las carencias y necesidades crecientes de este miembro del equipo de trabajo, en las distintas unidades docente-asistenciales. Para ello, se ha diseñado el proceso en un nuevo modelo formativo estructurado en tres niveles con salidas intermedias: al concluir el primer año el educando estará en condiciones de desempeñarse como un enfermero básico, que al continuar y concluir sus estudios en el nivel intermedio (con una duración mínima de dos cursos académicos más) habrá adquirido la formación de un enfermero técnico o enfermero general, quien podrá tener su continuidad de estudios universitarios durante otros dos cursos más y egresar como Licenciado en Enfermería. La actividad presencial de los estudiantes presenta una

tendencia a la disminución, con un proceso basado en métodos que estimulan el autoaprendizaje de los estudiantes. (3)

La autopreparación es una de las formas organizativas del proceso docente educativo en la que el estudiante realiza trabajo independiente sin la presencia del profesor. Tiene como objetivo el estudio de diferentes fuentes del conocimiento orientadas por el profesor, que le permite al estudiante prepararse para lograr un aprovechamiento adecuado en las distintas actividades docentes; así como, para realizar las diferentes evaluaciones previstas. Se realiza tanto de forma individual como colectiva y constituye una condición indispensable para el logro de los objetivos propuestos. (4)

La educación académica centrada en planteamientos eruditos que no responden a las necesidades culturales e intelectuales contemporáneas, corre el riesgo de formar ciudadanos con carencias formativas, lo cual dificultará su desenvolvimiento en el mundo que les toque vivir, lo cual es aplicable a la enseñanza superior y en este sentido, una buena estrategia pedagógica será la que trate de lograr una acción formativa integral, que incluya de forma equilibrada, tanto los aspectos intelectuales como los valores, que potencian el desarrollo armónico del estudiante, sin olvidar la práctica y el contexto social en que se desarrollan.

Sin embargo, en la práctica educativa se aprecia que los docentes se enfocan más hacia la preparación metodológica de las actividades que se realizan frente al estudiante que a la planificación, organización, control y evaluación de la autopreparación que éste realiza.

Precisamente bajo la influencia de las necesidades sociales se ha perfeccionado el plan de estudio de la carrera Licenciatura en Enfermería; se han actualizado los programas de estudio cuyo contenido incluye, de forma más completa y profunda, los logros de la ciencia moderna; se ha ampliado la esfera de influencias educativas de la escuela sobre el tiempo extra docente y libre, y han surgido nuevas formas efectivas de trabajo conjunto entre la institución académica, las instituciones asistenciales, la familia y la sociedad. Para lograr este propósito, se requiere la conducción consciente y en forma óptima de los procesos fundamentales que se desarrollan para la preparación del hombre. Para que un individuo se considere preparado es necesario que se haya apropiado de parte de la cultura que lo ha precedido y, consecuentemente conozca su profesión, que sea instruido. Lo primero que tiene que resolver el proceso formativo, con vistas a preparar al hombre es, dar carrera para vivir.

Desde los colectivos de asignatura y en nuestras aulas se aprecia cómo los docentes le confieren mayor importancia a la repetición de los contenidos y a su reafirmación que a incentivar en los estudiantes la actividad de búsqueda, y la solución de problemas que se presentan en el marco de su desempeño como futuros profesionales.

Existe una contradicción entre lo que sucede en la práctica educativa y lo que se pretende con este modelo pedagógico que se apoya en el autoaprendizaje y el estudio independiente como modo de organizar la actividad cognoscitiva del estudiante. Lo que nos conduce a plantearnos el siguiente problema científico: ¿Cómo contribuir a la autopreparación del estudiante en la asignatura Enfermería Familiar y Social en el tercer año de la carrera de Enfermería en la Filial de Ciencias Médicas de Cienfuegos?

El objetivo de esta investigación es: Elaborar tareas docentes que contribuyan a la autopreparación de los estudiantes así como al perfeccionamiento del proceso docente educativo en la asignatura Enfermería Familiar y Social, en la formación del Licenciado en Enfermería.

MÉTODOS

Se realizó esta investigación en la Filial de Ciencias Médicas de Cienfuegos desde septiembre del 2016 a Junio del 2017.

El universo lo conformaron un total de 56 profesores y estudiantes. La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo estratificado, seleccionado aleatoriamente de cada uno de los estratos, por lo que quedó constituido por 3 profesores y 28 estudiantes. Se incluyeron en el estudio a los estudiantes y profesores que formaban parte del proceso docente educativo en la carrera de enfermería.

La utilización del sistema de tareas para la autopreparación del estudiante en la asignatura Enfermería Familiar y Social contempla los siguientes momentos didácticos: planificación, orientación, ejecución, control y evaluación.

La autora toma como referencia el algoritmo utilizado por Iglesias León M. en su tesis doctoral para estructurar el sistema de tareas. (5)

La estructura de las tareas docentes contempla:

- Tema: estructura lógica de los contenidos de la asignatura.
- Objetivo: propósito de la tarea condicionado por el nivel que posee el estudiante.
- Acciones: se identifican con los objetivos y son las habilidades que se desea desarrollar en los estudiantes.
- Operaciones: relacionadas con las condiciones.
- Evaluación: análisis de lo que se aprendió en correspondencia a los objetivos de la asignatura.

Durante el desarrollo de la investigación, para lograr recolectar los datos necesarios se utilizaron los siguientes métodos:

Métodos

Del nivel teórico:

Histórico-Lógico: Este método se utilizó para analizar el problema tema de investigación a través de la historia, de forma que nos permita argumentar su estado actual, asimismo en el estudio del contexto educativo investigado.

Analítico-sintético: El análisis fue muy útil a través de toda la revisión bibliográfica, para fundamentar teóricamente el problema. La síntesis ligada directamente al análisis, estuvo presente en todo el proceso lo que permitió precisar los aspectos significativos en cada etapa y expresarlos de forma lógica en el informe.

Método inductivo-deductivo: Este método se utilizó para el estudio de las fuentes de

información, extraer de ellas tendencias relacionadas con el tema de la investigación, hacer inferencias y elaborar conclusiones que ayudaron a comprender el objeto de investigación y solucionar el problema planteado.

Del nivel empírico:

Análisis de documentos: para la obtención de información que permitió valorar el estado actual del problema de investigación en la práctica educativa cotidiana, así como para aprovechar experiencias similares.

Encuesta: para recopilar información acerca del problema científico y su validación en la práctica educativa.

Controles a clases: para la observación del desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje.

RESULTADOS

El sistema de tareas docentes propuesto tiene como características fundamentales; las siguientes: consta de una tarea docente integradora de cada temática de la asignatura, propicia el tránsito de los estudiantes por los diferentes niveles de asimilación de los contenidos de forma gradual y ascendente, en función de los objetivos, posibilita que el estudiante dedique mayor tiempo al estudio, se realiza a través del binomio profesor-alumno, donde el primero planifica y organiza, el segundo ejecuta y se evalúa al estudiante como centro del proceso, favorece el aprendizaje activo del estudiante, en la solución de los problemas de salud, la búsqueda de información y el desarrollo de sus potencialidades creativas e independientes, el carácter activo del estudiante en la solución de las tareas le otorga la condición de protagonista principal de su aprendizaje, el estudiante ejecuta la tarea en correspondencia con sus necesidades, motivaciones, intereses, inquietudes, autorrealización, autocontrol, utilizando medios propios para darle cumplimiento a los objetivos planteados, tributa a fijar los conocimientos, consolidar, y desarrollar habilidades y favorece el desarrollo de la independencia cognoscitiva del estudiante.

DISCUSIÓN

Con esta investigación se aportan las tareas docentes en la asignatura Enfermería Familiar y Social que contribuyen a una mejor preparación del estudiante para su actividad profesional.

Álvarez de Zayas C. (1999): “La independencia cognoscitiva forma parte de la independencia de la personalidad, cualidad esta que todo ser humano posee potencialmente y que se desarrolla fundamentalmente mediante la actividad misma. La independencia cognoscitiva se manifiesta en la capacidad de ver y de representarse el problema, la tarea cognoscitiva de carácter teórica o práctica, en la determinación del plan, los métodos para su solución, utilizando los procedimientos más seguros y efectivos, en el proceso mental activo, en la búsqueda creadora de soluciones adecuadas y en la comprobación de las soluciones adoptadas”. (6)

La autora del trabajo se manifiesta de acuerdo a los criterios expresados en éste acápite referente a la independencia cognoscitiva del estudiante en el proceso docente educativo la cual se forma en el transcurso de la asimilación de los conocimientos y la aplicación de éstos en la práctica, así como mediante el dominio de hábitos y habilidades. En la medida en que el estudiante sienta la necesidad de comprender el conocimiento asimilado, sea capaz de orientarse frente a nuevas situaciones y darle solución a nuevas tareas utilizando para ello vías propias, desarrollará su independencia cognoscitiva.

En el diseño de las tareas docentes propuestas se parte del principio que, para lograr el aprendizaje del estudiante, se requiere de una gran actividad interna como sujeto activo de su propio aprendizaje, por lo que el profesor debe considerar procesos como: atención, memoria, pensamiento, imaginación, lenguaje, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- González Mesa. M. I. La autopreparación del estudiante en la asignatura Oftalmología. Propuesta de un sistema de tareas docentes. [Tesis maestría]: en Educación Superior, Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado, Cienfuegos, 2009.
- 2.- Carreño de Celis R, Salgado González L. Cronología de algunos hechos de interés para la Educación Médica Superior (1959-2001). Rev Cubana Educ Med Super. La Habana, 2002. 16 No.4, p140-6.
- 3.- Ministerio de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería. La Habana: (2008): p 2-4.
- 4.- Reglamento para el trabajo docente y metodológico. Artículo 126 Resolución No. 210/2007.
- 5.- Iglesias León M. Sistema de autopreparación para desarrollar el trabajo independiente de los estudiantes en la Educación Superior [Tesis doctoral]. Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 1997. p. 52.
- 6.- Álvarez de Zayas C. Didáctica. La escuela en la vida: Los componentes operacionales del proceso docente educativo. La independencia cognoscitiva del estudiante. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1999. p. 50.

TERAPIA CON CÉLULAS MADRE. REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN CIENFUEGOS.

Autora:

Mabel Collazo Díaz mabelcd@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Educación Médica

Coautores:

Dargy Regla González Alonso bclinico7404@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Educación

Josefina I. Vázquez Martínez fifi@jagua.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Bioseguridad

Miladys Cedeño Borges bclinico7406@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba, Máster en Bioseguridad

Antonia Yasmen Colina Fernández bclinico7403@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba

Bárbara Susana Rojas Rivero jdbclinico@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba

Resumen

Las células madre se han definido como aquellas que pueden dividirse simultáneamente para mantener, por un lado, su autorrenovación, con producción de otras semejantes a ellas y, por otro, generar células hijas que se diferencian en diversos tipos de unidades especializadas, tanto morfológica como funcionalmente. Por tal motivo realizamos un estudio teniendo en cuenta los datos obtenidos del Servicio de Transfusiones así como los de Ortopedia y Angiología del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos en el año 2015. Se analizó el número de trasplantes por meses, por grupos etáreos, servicios que lo realizaron y número de amputaciones por grupos de edades. Se evidenció la gran efectividad del tratamiento con el mejoramiento en la calidad de vida y la reincorporación de las personas a la sociedad. Los resultados obtenidos evidencian los beneficios que la terapia celular puede aportar en pacientes con arteriosclerosis obliterante estadios III-IV sin posibilidades de revascularización, trastornos isquémicos de las extremidades por Pie Diabético, para evitar la amputación o disminuir el sitio de amputación y en el servicio de Ortopedia en Artrosis de rodilla para el mejoramiento de los síntomas.

Introducción:

La medicina regenerativa es una rama de la medicina que se ha desarrollado considerablemente en los últimos años. Los avances en este campo se han vinculado estrechamente con los nuevos conocimientos adquiridos sobre las células madre y su capacidad de convertirse en células de diferentes tejidos. Esta medicina se sustenta en conductas adoptadas por el organismo para remplazar por células sanas a las dañadas por diversos procesos en determinados tejidos. Las medidas terapéuticas empleadas pueden incluir trasplante de células madre, el uso de moléculas solubles, terapia génica e ingeniería de tejidos. En la actualidad, el método más empleado es el trasplante de células madre adultas..^(3,4)

A medida que han ido aumentando los conocimientos en este campo han ido apareciendo diferentes definiciones de la medicina regenerativa, y aunque todas tienen en mayor o menor grado elementos comunes, recientemente se ha señalado la necesidad de una definición que sea corta, práctica y refleje integralmente las funciones de esta medicina.

Entre otras definiciones que se han hecho de la medicina regenerativa están las siguientes:

- Se utiliza con frecuencia como sinónimo de ingeniería de tejidos, aunque la medicina regenerativa pone más énfasis en el uso de células madre para producir tejidos.⁽¹⁾
- Es la rama de la bioingeniería que se sirve de la combinación de células, métodos de ingeniería de materiales y bioquímica para mejorar o remplazar funciones biológicas. En la práctica, el término está íntimamente relacionado con las aplicaciones para reparar o remplazar parcial o totalmente tejidos.^(5,6)
- Se refiere a la investigación de tratamientos que restauren partes del organismo adulto. Hay 3 estrategias para la aplicación de futuros tratamientos: la administración de células madre o de células progenitoras, la inducción de sustancias, y el trasplante de órganos y tejidos obtenidos *in vitro*.^(1,4)
- Esta disciplina médica se ha basado fundamentalmente en los nuevos conocimientos sobre las células madre y en su capacidad de convertirse en células de diferentes tejidos. Ella se apoya en los mismos factores que el organismo emplea para su autorreparación.⁽³⁾
- Puede resumirse como los tratamientos que buscan la restauración de estructuras y funciones dañadas y por esta definición incluye al trasplante de órganos sólidos.⁽⁸⁾

Según lo expuesto, se puede mantener en sentido general el criterio de que la medicina regenerativa se sustenta en conductas usadas por el organismo para remplazar por células sanas a las dañadas por diversos procesos en determinados tejidos por lo que es utilizada en el tratamiento de múltiples afecciones con resultados satisfactorios. Teniendo en cuenta lo antes señalado nuestro trabajo tiene como objetivos:

- Destacar la repercusión social de la terapia regenerativa en Cuba.
- Citar logros de la aplicación de células madre en Cienfuegos como terapia para mejorar la calidad de vida de los pacientes tratados.

Desarrollo:

Células madre

Los términos aplicados en español para identificar a estas células han sido variados. Inicialmente se utilizó el mismo término empleado en inglés: *stem cells*, pero posteriormente se han introducido diversos nombres, entre ellos los de células troncales, células tronco, células precursoras, células progenitoras y células estaminales. De estos preferimos el de células madre. Por otra parte, la célula progenitora o precursora puede considerarse una célula que ya ha alcanzado una diferenciación parcial y ha perdido la capacidad regenerativa propia de la célula madre.

Desde el punto de vista de su capacidad reproductiva y funcional, las células madre se han definido como aquellas que pueden dividirse para mantener simultáneamente por un lado su autorrenovación, con producción de más células madre semejantes a ella, y por otro lado, la generación de células hijas comprometidas con diferentes linajes celulares que se diferencian en diversos tipos de células especializadas. Además, se ha añadido su capacidad de implantación persistente tanto en tejidos dañados como en sanos.

Las células madre derivadas de la médula ósea, con reconocida plasticidad y capacidad proliferativa, pueden circular en la sangre periférica y migrar a diferentes tejidos distantes, en los que pueden asentarse y contribuir a la regeneración de sitios dañados.

(2)

Todos estos hechos han contribuido a extender la aplicación clínica de la terapia celular regenerativa con células madre adultas.

En los animales superiores, las células madre, según su estado evolutivo, pueden ser embrionarias y somáticas o adultas.

Células madre embrionarias

Las células madre embrionarias pueden ser de 3 tipos de acuerdo con su procedencia: células madre embrionarias propiamente dichas, células madre germinales y células madre de tumores de células germinales (teratomas y teratocarcinomas).

Las células madre embrionarias propiamente dichas, o simplemente células madre embrionarias, derivan del embrión de los mamíferos en su etapa de blastocisto y poseen la capacidad de generar cualquier célula diferenciada en el organismo.

Las células madre germinales se localizan en la cresta germinal de los fetos, lugar donde se produce la diferenciación de la línea germinal. Las células germinales no inician la diferenciación sexual hasta la mitad de la gestación. Se conoce que hasta ese momento mantienen capacidad de diferenciación hacia diferentes líneas celulares. Tal como ocurre con las células madre embrionarias, ellas poseen una gran capacidad proliferativa, que se hace evidente cuando se someten a cultivo.

Las células madre de los teratomas y teratocarcinomas se localizan en estos tipos de tumores gonadales. Dichas células derivan de células primordiales germinales del embrión después de su implantación; estos tumores están conformados por una gran variedad de estructuras celulares que incluyen células musculares, cartílagos, huesos, dientes, epitelio y otras derivadas del endodermo, mesodermo y ectodermo embrionario.

Célula madre somática o adulta

Clásicamente se ha definido como una célula especializada dentro de la organización de las células de un tejido específico de un organismo ya formado, que está restringida en su capacidad de diferenciación y es capaz únicamente de generar células del tejido que representa, a las que debe recambiar de forma natural. Se ha sugerido que en su evolución, el organismo sitúa en los tejidos células madre somáticas como parte de los mecanismos que emplea para su renovación en condiciones fisiológicas o ante un daño hístico.

Diversas informaciones han señalado la existencia de células madre adultas en varios sitios del organismo, entre ellos médula ósea, sangre periférica, sangre del cordón umbilical, cerebro, médula espinal, grasa, pulpa dentaria, vasos sanguíneos, músculo esquelético, piel, tejido conjuntivo, córnea, retina, hígado, conductos pancreáticos, folículo piloso, tejido gastrointestinal, pulmón.⁽²⁾

El mejor ejemplo de esta versatilidad celular está representado por las células madre hematopoyéticas cuyas fuentes más utilizadas son:

- ___ Médula ósea
- ___ Sangre periférica
- ___ Sangre de cordón umbilical

Las células madre se clasifican según su origen, potencial de diferenciación y tejido donde se asientan. ^(6,9)

1. Según su origen

- Embrionarias: Derivan del embrión de los mamíferos en su etapa de blastocisto, por lo que desde el primer momento de su manipulación y destino han enfrentado una fuerte oposición en diferentes países, basada principalmente en aspectos éticos, religiosos y políticos)
- Células madre adultas o postnatales: Poseen notables ventajas sobre las mencionadas, pues su manejo resulta más simple, pueden ser autólogas y, por tanto, no ocasionan trastornos inmunológicos ni presentan limitaciones éticas o legales, así como tampoco se ha comprobado que produzcan cáncer, lo cual contrasta positivamente con las características de las células embrionarias, cuya obtención y expansión es más compleja, inducen una respuesta inmunitaria por ser alogénicas y provocan numerosos tumores en animales de experimentación).

2. Según su potencial de diferenciación

- Totipotenciales: Son las capaces de originar desde un embrión hasta un individuo completo.
- Pluripotentes: Pueden generar células de las tres capas germinativas: ectodermo, mesodermo y endodermo.
- Multipotentes: En una línea celular específica, dan lugar a células de un órgano o tejido en particular.
- Oligopotentes: Al igual que las anteriores, tienen capacidad para desarrollar un conjunto de tipos de celulares, pero mucho más reducido.
- Unipotentes: Se diferencian en un único tipo celular.

3. Según el tejido donde se asientan

Es de medular importancia comprender el concepto de nichos, acuñado por Scofield en 1978, pues se trata de los elementos que rodean a las células troncales cuando se

encuentran en su estado nativo, incluidas las no troncales que puedan estar en contacto directo con ellas, así como la matriz extracelular y las moléculas solubles que se hallan localmente cercanas. Existen nichos en las siguientes localizaciones: médula ósea, piel, tejido adiposo, cordón umbilical, folículo piloso, intestinos, sistema nervioso y dientes. .⁽⁶⁾

Terapia Regenerativa en Cuba

Los primeros ensayos clínicos con células madre hematopoyéticas en el país comenzaron a ejecutarse a partir del 24 de febrero de 2004, cuando se efectuó el primer trasplante de células madre adultas autólogas, procedentes de la médula ósea, en un paciente con isquemia crítica en un miembro inferior e indicación médica de una amputación mayor, quien evolucionó favorablemente sin tener que realizar la exéresis de la extremidad afectada, gracias a la colaboración conjunta de profesionales del Instituto de Hematología e Inmunología, el Hospital General Docente “Enrique Cabrera” y el Hospital Pediátrico Docente “William Soler”. Dos días después, el 26 de febrero, se llevó a cabo en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, con el apoyo de especialistas del Instituto de Hematología e Inmunología, la primera implantación miocárdica de células madre hematopoyéticas adultas autógenas en un paciente con isquemia miocárdica crónica postinfarto, quien también evolucionó de manera satisfactoria. A partir de entonces, la terapia celular regenerativa ha ido aplicándose en personas con otras afecciones, en las cuales puede resultar una mejor opción terapéutica que las medidas convencionales.

Desde 2004, cuando se materializaron con éxito los primeros implantes de células madre hematopoyéticas adultas autólogas, se ha ido incrementando su uso en forma progresiva, particularmente el de las células derivadas de la médula ósea, movilizadas a la sangre periférica mediante estimulación con el factor estimulador de colonias de granulocitos (Filgrastim). Como reconocimiento a esta importante y compleja actividad se ha señalado que Cuba es una de las pocas naciones en desarrollo que están introduciendo terapias regenerativas en consonancia con las necesidades y capacidades de su sistema de salud.

Un total de 1612 nuevos pacientes cubanos fueron tratados con células madre durante el 2015, cifra que sitúa a nuestro país dentro del reducido grupo de naciones del mundo que han comunicado una tasa de más de cien casos atendidos mediante la también llamada terapia celular por diez millones de habitantes. Así lo informó el Doctor en Ciencias Porfirio Hernández Ramírez, coordinador del grupo de Medicina Regenerativa y Terapia Celular del Ministerio de Salud Pública en una conferencia magistral impartida en la Convención Ibero-Latinoamericana de Ciencias Básicas Biomédicas 2016. En su disertación también indicó que dicha terapia ya ha sido introducida en 14 provincias sumando 9124 los casos tratados desde Febrero del 2004. (Tomado del periódico Granma. Jueves 2 de Junio de 2016)

También se trataron con plaquetas más de cinco mil 500 pacientes, y en total superan los 13 mil a quienes se les aplicó la medicina regenerativa, cifra que sitúa a Cuba entre los primeros países del mundo con mayor empleo y desarrollo de esta moderna rama de la medicina.

El Doctor explicó que estas se usan con notables éxitos en la isquemia crónica de miembros inferiores, linfedema, lesiones y quistes óseos, fracturas complejas, artrosis de cadera y de la rodilla, en lesiones de la córnea y de la retina, Parkinson, periodontitis, dolencias pulmonares, en quemaduras y vitiligo, entre otras, acotó. Resaltó que en gran parte de los pacientes aquejados de insuficiencia arterial grave de los miembros inferiores, se evitó la amputación mayor.

El eminente científico cubano subrayó que se utiliza, además, en lesiones neurológicas crónicas asociadas a secuelas de infartos cerebrales.

Además introducirán el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas en las Inmunodeficiencias Primarias y otras dolencias hematológicas y genéticas, entre otras proyecciones.

Además del beneficio para el paciente y la pronta recuperación, esta terapéutica es menos invasiva en la mayoría de los casos y brinda un significativo ahorro a la economía, ya que se realiza con métodos menos costosos y resultados positivos, precisó el doctor.

En la ortopedia y traumatología, se emplea en fracturas óseas, necrosis de los huesos de la cadera y cabeza del fémur; y en la oftalmología, en el pterigium y lesiones de la córnea.

El doctor Porfirio Hernández encomió los avances científicos en este campo, los cuales demuestran que las células madre adultas no solo regeneran el propio tejido sino, son capaces de formar otros.

(Tomado de Granma, 03 Febrero 2015 09:11)

Terapia regenerativa en Cienfuegos

Durante muchos años la médula ósea fue la fuente convencional de células progenitoras hematopoyéticas. En la década de los 60 del siglo pasado se conoció la existencia de esas células progenitoras circulantes en la sangre periférica, aunque en niveles muy bajos para lograr una colección significativa. Posteriormente en las décadas 1980-90, se reportó que bajo determinadas circunstancias fisiológicas, como ejercicios e infecciones, estas células aumentan sus niveles en la sangre; igualmente que este fenómeno podía lograrse mediante estimulación con quimioterapia y citocinas. Esto unido con el desarrollo tecnológico de los separadores celulares, permitió que las células progenitoras hematopoyéticas de sangre periférica puedan ser recolectadas y utilizadas para trasplante.

La aplicación del trasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica, ha facilitado identificar una serie de ventajas en relación con el de médula ósea, como son: la recolecta de un mayor número de CM; la frecuencia menor de efectos adversos, que cuando ocurren son menos intensos y menos duraderos; la no necesidad de salón de operaciones, ni de anestesia; y además que se puede realizar en caso de deformaciones o afecciones óseas que contraindiquen la punción ósea para la obtención de la médula ósea. Estas circunstancias determinan beneficios directos para el paciente y para el centro de trasplante, ya que disminuye la estadía hospitalaria y se abaratan los costos del proceder.

(Tomado de Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter v.24 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2008)

El procesamiento y obtención de células progenitoras hematopoyéticas se realiza en el Servicio de Transfusiones por el Tecnólogo en Medicina Transfusional, profesional que comenzó su formación en la provincia en el curso 2005-2006 los cuales se desempeñaban como Técnicos en Banco de Sangre.

Procedimiento:

La movilización de CM se efectúa con FEC-G (Leukocim, Centro de Inmunología Molecular, La Habana) en dosis de 40 mg x Kg. de peso dividido en 4 subdosis de 10mg x Kg. de peso cada 12 horas. La última dosis se administra entre 3 y 6 horas antes de la extracción de sangre. Se realiza hemograma antes de la movilización y a las 3 horas de la última dosis de medicamento. Si el conteo de leucocitos es mayor de $20 \times 10^9/L$ y el resto de los parámetros normales, se procede a la extracción de sangre periférica. Si el conteo es menor se continúa con la movilización cada 12 horas con 10 mg x Kg. de peso hasta alcanzar la cifra de leucocitos antes mencionada.

Método de obtención y separación de las células mononucleares

Autodonación

Con el paciente acostado en decúbito supino, se le canaliza una vena gruesa en el antebrazo y se efectúa la extracción de sangre hacia una bolsa colectora con CPDA (sistema cuádruple).

Una vez alcanzada la cantidad deseada (250 mL), se procede a cortar la tubuladura y conectar una nueva bolsa (sistema doble) y se repite el proceder.

Al concluir la donación de los primeros 500 mL se retira la bolsa y la ligadura y se conecta a la línea de acceso a la vena una infusión de solución salina al 0,9 % a goteo lento durante 45 a 60 minutos.

A continuación se transfunden los concentrados de eritrocitos obtenidos de las bolsas donadas.

Concluida la transfusión, se procede a la autodonación de 2 nuevas bolsas de forma similar a la antes señalada. La transfusión de los 2 concentrados de eritrocitos de las últimas bolsas depende de los niveles de Hb previos y del estado físico del paciente. Efectuada o no la autotransfusión, se infunde solución salina 0,9 % para hidratar al enfermo. Concluido el proceder, se comprueba el examen físico normal del paciente que retorna a la sala si está ingresado o se mantiene ambulatorio según el estado de su enfermedad.

Procesamiento de la sangre periférica

En un gabinete de seguridad biológica se abre el sistema de bolsas con la sangre obtenida y se le adicionaron 40 mL de hidroxietil almidón (HES), equivalente a 1 mL de HES por 6 mL de sangre.

Se sella nuevamente y se somete a sedimentación invertida durante 1 hora. Al finalizar la sedimentación, sin abrir el sistema, se pasan los eritrocitos hacia la bolsa satélite con SAGMan, y en la bolsa madre queda el plasma rico en leucocitos, plaquetas y CM.

Se sella la bolsa con el concentrado de eritrocitos y se separa de todo el sistema para su transfusión al paciente.

Con la segunda bolsa donada se repiten los pasos comentados. En el gabinete de seguridad biológica, las bolsas madres 1 y 2 se abren y se unen a través de un conector. El contenido se pasa a la bolsa madre del sistema cuádruple. Se sella la bolsa

y en posición invertida se deja sedimentar hasta el día siguiente en un refrigerador de 2-6 °C.

Al terminar la sedimentación, se hace una segunda depleción de eritrocitos que se pasan a otra bolsa, mientras que el plasma y la capa leucoplaquetaria quedan en la bolsa madre. La capa celular se pasa hacia la última bolsa libre del sistema, mientras que el plasma permanece en la bolsa madre. Con las bolsas 3 y 4 se repite el procesamiento descrito.

Las 2 bolsas con el contenido celular se abren y se unen a través de un conector para pasar el contenido a una sola bolsa. Después se homogeniza ese contenido, se determina el volumen en mL y se toman muestras para estudios microbiológicos y de viabilidad celular. Posteriormente se sella la bolsa y rotula con el nombre del paciente, la fecha y los mililitros que contiene. Finalmente se almacena entre 2-6 °C hasta su entrega para la implantación celular.

En nuestro Hospital “Gustavo Aldereguía Lima” se ha utilizado la terapia regenerativa en el servicio de Angiología para el tratamiento de pacientes con arteriosclerosis obliterante estadios III-IV sin posibilidades de revascularización, trastornos isquémicos de las extremidades por Pie Diabético, que en muchos casos requieren amputaciones mayores para evitar la amputación o disminuir el sitio de amputación y en el servicio de Ortopedia y Traumatología en Artrosis de rodilla.

Se entrevistaron varios doctores de los servicios antes mencionados y la efectividad rebasa el 97 %, en el caso de los pacientes de Angiología se evitó la amputación de los miembros y en Ortopedia a las 2 semanas del tratamiento se observaba la recuperación de la rodilla disminuyendo procesos inflamatorios, dolor y otros signos que señalan mejoría marcada teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos el trasplante fue realizado en rodilla.

Conclusiones:

- La terapia celular regenerativa está considerada como un proceso revolucionario dentro de la medicina actual y se basa fundamentalmente en la aplicación de células madre.
- En Cuba se han demostrado los avances de la medicina regenerativa en miles de pacientes beneficiados con dicha terapia celular (9124 hasta el cierre del año 2015)
- En Cienfuegos en el año 2015 se ha brindado servicio de trasplante de células hematopoyéticas a 159 pacientes en las especialidades de Angiología y Ortopedia evidenciándose la gran efectividad del tratamiento con el mejoramiento en la calidad de vida y la reincorporación de las personas a la sociedad teniendo en cuenta que un gran número de ellas no superan los 60 años de edad y solo existió la necesidad de amputación en un 2.51% de los pacientes tratados en el servicio de Angiología.

Recomendaciones:

- Valorar la posibilidad de extender la terapia celular regenerativa a otros servicios del Hospital Gustavo Aldereguía Lima.

Anexos

No. de trasplantes por meses del año 2015

Mes	No. de trasplantes
Enero	23
Febrero	-
Marzo	-
Abril	-
Mayo	2
Junio	11
Julio	42
Agosto	10
Septiembre	33
Octubre	25
Noviembre	8
Diciembre	5
Total	159

Fuente: Libro registro del Servicio de Transfusiones

No. de trasplantes y amputaciones por Servicios asistenciales Año 2015

Servicio asistencial	No. de trasplantes	No. de amputaciones
Angiología	47	4
Ortopedia	112	-
	159	4

Fuente: Libro registro del Servicio de Transfusiones

No. de trasplantes y amputaciones por grupos de edades Año 2015

Grupos etáreos	No. de trasplantes	No. de amputaciones	%
Menos de 60 años	66	1	1.51
60-70	56	1	1.78
71-80	37	2	5.40
	159	4	2.51

Fuente: Libro registro del Servicio de Transfusiones
Estadísticas del Servicio de Angiología

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Becerra J, Santos Ruiz L, Andrades JA, Mari-Beffa M. The Stem Cell Niche. Should be a Key Issue for Cell Therapy in Regenerative Medicine. *Cell Rev and Rep*. 2014;30 October
2. Feito Castex T, Perurena Llamasa C, Aparicio Suárez J L, Bustillo Santandreu MJ, García Seco F. Implante de células madre hematopoyéticas en pacientes con isquemia crónica de los miembros inferiores. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Abr 19] ; 16(1): 64-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000100009&lng=es.
3. Hernández P. Medicina regenerativa II. Aplicaciones, realidad y perspectivas de la terapia celular. *Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 2011;(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642892006000100002&lng=es&nrm=iso
4. Hernández Ramírez P. Medicina regenerativa y aplicaciones de las células madre: una nueva revolución en medicina. *Rev Cubana Med Int*. 2011 [citado 12 Abr 2014];50(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol50_4_11/med01411.htm
5. Hernández Ramírez P, Dorticós E. Medicina regenerativa. Células madre embrionarias y adultas. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086402892004000300001&lng=es&nrm=iso
6. Hernández Ramírez P, Dorticós Balea E, Hernández Padrón C, Cortina Rosales L, Marsán Suárez V, Macías Abraham C et al. Trasplante de células madre autólogas en el miembro inferior isquémico de un paciente con arteriosclerosis obliterante crítica. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [revista en internet] 2005 Abr [citado 27 de febrero 2015]; 21(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892005000100007&lng=es
7. Hernández Ramírez P. ¿Es realmente útil el tratamiento con la terapia celular regenerativa?. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 Abr 19] ; 33(1): 1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892017000100005&lng=es.
8. Mata-Miranda M, Vázquez-Zapién G, Sánchez-Monroy V. Generalidades y aplicaciones de las células madre. *Perinatología y Reproducción Humana* [revista en internet] 2013 Jul [citado 27 de febrero 2015]; 27(3): 194-199. Disponible en: *MedicLatina*.
9. Mironow V, Visconti R, Markwald R. What is regenerative medicine? Emergence of applied stem cell and developmental biology. *Expert Opin Biol Ther* 2014;4:773-81.

TERMOTERAPIA POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA ORAL. CIENFUEGOS 2015-2016

Autor: Dr. Ramón Ahmed Pérez García, ramon.perez@gal.sld.cu, Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba.

Coautor: Dr. Blas Jorge Gonzalez Manso, blas.jorge@gal.sld.cu, Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cuba. Máster en Medicina Natural y Tradicional

Coautor: Lic. Nicolás Ramón Cruz Pérez, moncycp@ucm.cfg.cu, Universidad de Ciencias Médicas Cienfuegos, Cuba.

Resumen

Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva longitudinal de serie de casos con el objetivo de determinar la utilización y el efecto de la termoterapia en los pacientes operados en cirugía oral en el período comprendido entre octubre 2015 a octubre 2016 en el servicio de Cirugía Maxilofacial de la provincia de Cienfuegos. El universo estuvo constituido por todos los pacientes que necesitaron cirugía oral y como muestra 120 pacientes operados por el autor en el período propuesto. Se dividieron equitativamente por un muestreo aleatorio simple aplicándose las diferentes formas en los grupos seleccionados (30 pacientes por grupos). En cuanto a las sintomatologías evaluadas, grupos de tratamiento y tiempo de evaluación se observó como a los 7 días el 50% de los pacientes que se le aplicó la termoterapia combinada no presentaron inflamación y en el mismo periodo el 80% de los pacientes que se le aplicó termoterapia con frío no presentaron dolor. La termoterapia con frío fue la menos representada en los pacientes con impotencia funcional a las 48 horas y a los 7 días el 76.7% no presentaban dicha sintomatología.

Palabras claves: cirugía oral, termoterapia,

Introducción.

El hombre desde sus orígenes siempre ha tenido la necesidad de luchar por su supervivencia, lo cual muchas veces esto se ha relacionado con la búsqueda de la salud, convirtiéndose ésta, en una prioridad indispensable. En esta búsqueda constante de la salud y del bienestar físico y mental, el hombre primitivo ya usaba para sus curaciones plantas silvestres y pócimas de diversa índole, pues durante mucho tiempo su pensamiento en relación con la salud lo fundamentaba en un origen mágico-religioso ⁽¹⁾. Los primeros datos sobre la utilización terapéutica del frío se remontan a Hipócrates, quien ya sugería el enfriamiento de heridas recientes como recurso analgésico y hemostático, así como el uso de agua caliente para combatir infecciones. En 1939, Korp, Nieman y Lerner aplican técnicas de enfriamiento en diferentes lesiones de acné vulgar. Una nueva era se abre a partir del año 1940 con la comercialización del nitrógeno líquido⁽²⁾. Entre los agentes y medios físicos que forman parte de la medicina física terapéutica o fisioterapia, se encuentra la energía térmica, la cual, si bien tiene sus máximas aplicaciones en el calor, también desde la antigüedad se ha utilizado el frío como agente terapéutico. El uso de agentes térmicos para controlar el proceso inflamatorio se lleva usando desde hace muchos años, y se denomina termoterapia a la

aplicación de calor o frío, con el objetivo de mejorar la salud ^(3, 4). Los agentes físicos son todos los elementos físicos con que cuenta la medicina que se emplean para intervenir en el cuerpo con fines curativos. Algunos consideran que los agentes físicos son puramente empíricos, ya relegados a la historia de la medicina, y otros, en cambio, los consideran un simple placebo o prescripción de complacencia. Sin embargo, el aumento de las publicaciones científicas ha llevado a un incremento en el conocimiento de la efectividad de ciertos agentes en el control del dolor y la inflamación ⁽⁵⁾.

La termoterapia se basa en la aplicación del frío y calor como agente terapéutico. La reducción de la temperatura del organismo tiene como finalidad el alivio del dolor y/o la reducción del edema, a través de la generación de una respuesta tisular, fundamentada en la transferencia térmica de energía calórica que generará diversas respuestas fisiológicas en función del objetivo terapéutico buscado ^(6,7). La activación directa de los receptores cutáneos del frío estimula la musculatura lisa de las paredes del vaso sanguíneo para contraerse ^(6,8,9). Estos efectos tisulares son los responsables de una serie de efectos terapéuticos atribuidos a la termoterapia con frío como son: disminución de la reacción inflamatoria producto del trauma agudo, disminuye el dolor, retrasa la formación de edema y reduce la herida hipóxica secundaria a la noxa ⁽¹⁰⁾

La termoterapia con calor es la aplicación con fines terapéuticos de calor sobre el organismo por medio de cuerpos materiales de temperatura elevada, por encima de los niveles fisiológicos. En la cirugía maxilofacial, la termoterapia con calor se utiliza principalmente para controlar el dolor, aumentar la extensibilidad de partes blandas y la circulación y acelerar la cicatrización. El calor tiene efectos terapéuticos debido a su influencia sobre los procesos hemodinámicos, neuromusculares y metabólicos. El calor causa vasodilatación y, por tanto, aumento en el flujo de sangre ⁽¹¹⁾. En estudios sobre la terapéutica de las diferentes formas de aplicar el calor en el alivio del dolor, se ha observado como puede aumentar el umbral de dolor ⁽¹²⁾. El calor aumenta la actividad de los termorreceptores cutáneos, lo cual puede tener un efecto inhibitorio inmediato sobre la transmisión de la sensación dolorosa a nivel medular. La vasodilatación producida por la termoterapia puede acelerar también la recuperación del umbral de dolor hasta valores normales al acelerar el proceso de cicatrización de los tejidos ⁽¹³⁾. Con el desarrollo de la medicina física, la aplicación de la termoterapia en el ámbito médico en las diferentes modalidades de uso ha ido encaminada como tratamiento coadyuvante frente a diferentes patologías de acuerdo a los efectos biológicos de cada forma de aplicación. En ortopedia y traumatología se aplica fundamentalmente en fracturas e intervenciones quirúrgicas, esguinces, politraumatizados, celulitis, lesiones tendinosas. En reumatología en lesiones degenerativas periféricas, enfermedades reumáticas inflamatorias: artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, lupus eritematoso. En neurología la poliomielitis, mononeuritis, lesiones medulares y centrales, esclerosis múltiple. En angiología; insuficiencia venosa, pie diabético linfedemas, úlceras vasculares. En dermatología: dermatitis, herpes zoster, acné, hiperqueratosis, queloides, psoriasis. En otorrinolaringología: disfonías, sinusitis. Proctología; hemorroides. Medicina deportiva; utilizada como relajación ⁽¹⁴⁾. En la cirugía maxilofacial es aplicada la termoterapia con calor fundamentalmente como pilar de tratamiento en los procesos sépticos de origen odontogénicos y no odontogénicos, en el síndrome doloroso del ATM, y como tratamiento coadyuvante de traumas faciales donde se aplica la termoterapia con frío fundamentalmente durante las primeras 24 horas así como en el período postoperatorio de extracciones de dientes retenidos solo en las primeras 24 horas ^(15,16). En relación con

la termoterapia en cirugía oral Archer ⁽¹⁷⁾ se refiere al uso del frío en el postoperatorio inmediato y calor en el mediato basándose inicialmente en la vasoconstricción provocada por el frío que disminuye la reacción inflamatoria local y fundamenta el uso del calor pasada las 24 hora en provocar una vasodilatación que aumenta la vascularización permitiendo un proceso de cicatrización adecuado. Otros autores como Zimerman ⁽¹⁸⁾ también emplea el frío, pero traza pautas para su utilización como el uso de compresas sobre la cara durante 30 minutos, además plantea que el uso del calor para reducir el edema es mínimo, motivo por lo cual lo refuerza con suero fisiológico tibio como enjuagatorio. Gay Escoda en su libro Tratado de Cirugía Bucal ⁽¹⁹⁾ plantea que el uso del frío evita la congestión local, previene la hemorragia y los hematomas, y disminuye el dolor y el edema utilizándose a intervalos con el fin de no enfriar demasiado la piel de la zona operada; recomienda mantenerlo durante 24 horas, aunque su mayor efecto se obtiene durante las 6 a 8 primeras horas. Su empleo más allá de los tres primeros días del postoperatorio es completamente ineficaz o, cuando no, perjudicial. Otros autores como Castañón ⁽²⁰⁾ evita el uso del frío, solo preconiza el uso del calor pasadas 24 horas de haber operado. El objetivo del presente trabajo es determinar la utilización de la termoterapia como tratamiento postquirúrgico en la cirugía oral.

Material y método.

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo correlacional sobre una serie de casos en el servicio de Cirugía Maxilofacial Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Cienfuegos “Gustavo Aldereguía Lima” en el período comprendido desde octubre del 2015 a octubre del 2016. El universo estuvo constituido por todos los pacientes que asistieron al Servicio de Maxilofacial con criterio para realizarse un proceder de cirugía oral. Se tomó como muestra 120 pacientes operados en el período propuesto donde se confeccionó cuatro grupos homogéneos en el número de casos seleccionando de forma aleatoria donde se creó una tabla del 1 al 4 para 200 números. Al grupo que se identificó como No.1 se le aplicó después de la intervención termoterapia con frío exclusivamente, al grupo No. 2 exclusivamente termoterapia con calor, al grupo No. 3 una combinación, en las primeras 24 horas la termoterapia será con frío y después continua con calor y por último el grupo No. 4 que no se utilizó ningún tipo de tratamiento postoperatorio solo el chequeo de su estado al egreso. El tratamiento tuvo una duración de 7 días después de operado el paciente, con chequeo a las 72 horas y al séptimo día. En la consulta previa a la cirugía se registraron los datos de cada paciente, donde se obtuvo la impresión diagnóstica, apertura bucal máxima medida con pie de rey y tipo de cirugía oral a efectuar. La toma de los resultados se ejecutó momento antes de la intervención quirúrgica. En caso de las patologías que no guardaron relación directa con la musculatura facial la aplicación de la termoterapia fue en forma de enjuagatorios bucales con agua hervida y sal y donde existía relación directa se realizaron enjuagatorios bucales más compresas húmedas en el lado donde se realizó el acto quirúrgico. En ambos casos se aplicó 3 veces al día durante 15 minutos en un período de 7 días. En caso de los enjuagatorios se indicaron al siguiente día de la operación. Se tomó como referente la triada sintomática dolor, inflamación e impotencia funcional para comparar los resultados según grupos de tratamientos. Se aplicó la escala visual analógica de la OMS para medir la intensidad del dolor. Para medir la inflamación se tuvo en cuenta la deformidad de los rasgos anatómicos visibles, el color y textura de los tegumentos. La impotencia funcional se

registró basado en la dificultad para realizar la apertura bucal y la dificultad para ingerir los alimentos. Una vez recogida toda la información necesaria para el estudio con la misma se confeccionó una base de datos empleando el software estadístico SPSS en su versión 15.0, que además nos permitió aplicar los procedimientos estadísticos que nos permiten llegar a los resultados según las variables. También nos admitió presentar los resultados en número de frecuencia y porcentualmente.

Análisis y discusión de los resultados.

En cuanto a la relación de los pacientes según termoterapia aplicada e inflamación en los diferentes tiempos evaluados (anexo 1), se observó como a las 72 horas predominó la inflamación ligera donde se aplicó la termoterapia con calor seguido de la misma inflamación pero en la termoterapia con frío para un 50 y 46.7% respectivamente, resultado afín según los efectos sobre los tejidos de ambas modalidades las cuales inducen a la disminución de la inflamación aunque por mecanismos diferentes ^(10,21). A los 7 días el 50% de los pacientes que se le aplicó la termoterapia combinada no presentaron inflamación seguido de los pacientes que se le aplicó termoterapia con calor y con frío, ambas para un 46.7%, esta ausencia inflamatoria a los 7 días en la combinación de ambas pudiera estar relacionado que al interactuar se potencia el efecto antiinflamatorio y pudieran contribuir a acelerar la cicatrización de los tejidos ⁽²²⁾. No existió inflamación severa a los 7 días y solo el 8.3% lo presentaron a las 72 horas en donde predominó el grupo al cual no se le indicó tratamiento alguno en un 23.8%, demostrando con este resultado la mejoría del signo usando alguna modalidad de tratamiento. En el anexo 2 se muestra la relación de los pacientes según termoterapia aplicada y dolor donde se observó como a las 72 horas de evaluación el 56.7% de los pacientes que se le aplicó termoterapia con frío presentaron dolor leve, así como a los 7 días el 80% dentro del mismo grupo no presentaban dolor. Este resultado viene a corroborar que el uso del frío desacelera el metabolismo tisular, la actividad enzimática y la conducción nerviosa disminuyendo considerablemente la sensación dolorosa ⁽²³⁾. Estos efectos tisulares son los responsables de una serie de efectos terapéuticos atribuidos a la termoterapia con frío como son la disminución del dolor y reduce la herida hipóxica secundaria a la noxa⁽¹⁰⁾. La reducción del diámetro del vaso sanguíneo causa una disminución significativa del flujo de sangre del tejido subcutáneo reduciendo de esta forma la filtración de fluido al intersticio y el edema secundario llevando a una disminución de la sensación dolorosa^(9,24). Solo el 7.5% a las 72 horas presentó dolor severo siendo el grupo sin termoterapia el más representado para un 16.7% resultado que demostró que en los pacientes que no se le aplicó alguna variante de tratamiento su recuperación postoperatoria fue más tórpida. El anexo 3 muestra la relación de la termoterapia aplicada e impotencia funcional donde se constató como a las 72 horas de evaluación el 56.7% de los pacientes que se le aplicó la termoterapia con calor y combinada presentaron dificultad para realizar la apertura bucal, resultado que discrepa con estudios realizados donde el aumento de la temperatura incrementa la extensibilidad de las partes blandas⁽²⁵⁾, no siendo así con el grupo de termoterapia con frío donde resultó el porcentaje más bajo dentro de esta sintomatología siendo el 46.7%, resultado contradictorio pues entre las propiedades del frío se encuentra la rigidez de los tejidos acompañado de reducción de su viscoelasticidad ⁽²⁶⁾ sin embargo en nuestro estudio no se comportó de esa manera. A los 7 días el 76.7% de los pacientes que se les aplicó

termoterapia con frío no presentaron impotencia funcional siendo el grupo con mejores resultados postoperatorios dentro del conjunto evaluado. Solo el 0.8% de las personas tratadas presentaron dificultad para ingerir alimentos y tragar a los 7 días.

Conclusiones

El uso de las diferentes formas de aplicación de la termoterapia en nuestro estudio tuvo efectividad sobre los síntomas y signos evaluados que se tradujo en una mejor evolución postoperatoria de los pacientes en los diferentes momentos evaluados. Según sintomatologías evaluadas, grupos de tratamiento y tiempo de evaluación a los pacientes que se le aplicó la termoterapia combinada en el último período de evaluación presentaron menos inflamación que el resto de los grupos. Al grupo que se le indicó la termoterapia con frío fueron los pacientes que menos dolor sufrieron al igual que disminuyó la impotencia funcional.

Referencias bibliográficas

1. Franco GA. El dolor en la historia. *Rev Soc Esp Dolor*. 1999; 6(4): 261-265.
2. Miranda Díaz, Belkis Tamara. Empleo de la crioterapia para el tratamiento de las verrugas plantares. *Rev. medica electron*; 32(1), ene.-feb. 2010.
3. Hüter-Becker A, Schewe H, Heipertz W. Physiotherapy: Descriptions of techniques and methods. *J RehabMed* 2011; 29(5): 279-85.
4. Ruiz Sáenz Pedro Luis. Eficacia del acetónido de triamcinolona intralesional en el control del postoperatorio tras la cirugía del tercer molar inferior. Tesis para optar por el grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de odontología. Madrid 2012.
5. Dehghan M, Farahbod F. The Efficacy of Thermotherapy and Cryotherapy on Pain Relief in Patients with Acute Low Back Pain, A Clinical Trial Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 Sep, Vol-8(9)
6. Martínez Morillo M, Pastor Vega J, Sendra Portero F. *Manual de Medicina Física*. Ed. Harcourt Brace; 1998:105-14.
7. Murgier J, Cassard X: Cryotherapy with dynamic intermittent compression for analgesia after anterior cruciate ligament reconstruction. *Preliminary study, Orthop Traumatol Surg Res*; 2014: 100:309–312.
8. Morales Osorio Marco Antonio, Torrado Navarro Crisanto. Dolor y modalidades físicas: un nuevo paradigma en fisioterapia. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Mar 03] ; 30(3): 465-482. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012055522014000300019&lng=en.
9. Cameron MH. *Agentes físicos en rehabilitación: de la investigación a la práctica*. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
10. Fukuchi CA, Duarte M, Stefanyshyn DJ. Postural sway following cryotherapy in healthy adults. *Gait Posture*. 2014;40(1):262-5.
11. Bickford RH, Duff RS: Influence of ultrasonic irradiation on temperature and blood flow in human skeletal muscle, *Circ Res* 1:534- 538, 1953.
12. Benson TB, Copp EP: The effects of therapeutic forms of heat and ice on the pain threshold of the normal shoulder, *RheumatolRehabil*. 1974; 13:100-104.

13. Kok HP, Gellermann J, van den Berg CAT, Stauffer PR, Hand JW, Crezee J. Thermal modelling using discrete vasculature for thermal therapy: a review. *International journal of hyperthermia?: the official journal of European Society for Hyperthermic Oncology, North American Hyperthermia Group*. 2013;29(4):336-345.
14. Capote A, López Y, Bravo T. *Agentes Físicos*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2009 .p 6-7
15. Boza-Mejias Y, Mora-Pérez C, Romero-Rodríguez J, Sosa-Suárez S, Payo-Monzón M, Díaz-Duménico A. Celulitis facial odontogénica. *Medisur[revista en Internet]*. 2012 [citado 2015 Jul 5]; 10(5):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2262>
16. Borg-Stein J, Iaccarino MA: Myofascial pain syndrome treatments, *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2014;25:357–374
17. Archer W. *Cirugía Bucal* tomo I.1968;. Capítulo 1, p; 69-74
18. Zimerman D. Preplaneación, consideraciones quirúrgicas y postoperatorias en la eliminación de dientes impactados difíciles. *Clínicas Odontológicas de norteamérica*.1973; 3: 450-457
19. Gay Escoda C, Berini Aytés L. *Tratado de Cirugía Bucal*. Barcelona.1992. Tomo I , capítulo 1,p 75-77.
20. Castañón L. Educación pre y postquirúrgica de los operados de la boca. *Rev cubana de estomatología*.1972;9(1):39-41
21. Sluka K: *Mechanisms and management of pain for the physical therapist*, ed 1, Seattle, 2009, IASP Press
22. Barcroft J, King W: The effect of temperature on the dissociation curve of blood, *J Physiol*. 1909; 39:374-384.
23. Mila-Kierzenkowska C, Jurecka A, Wozniak A, Szpinda M, Augustynska B. The effect of submaximal exercise preceded by single whole-body cryotherapy on the markers of oxidative stress and inflammation in blood of volleyball players. *Oxid Med Cell Longev* ;2013:409567.
24. Balias R, Pedret C.: *Lesiones musculares en el deporte*. Barcelona: Ed. Panamericana, 2013.
25. López L, Robayo M, Vargas M, Vélez I. Thermotherapy. An alternative for the treatment of American cutaneous leishmaniasis. *Trials*. 2012;13:58.
26. González A. Utilización de la termoterapia en el ámbito deportivo; Morelia Michoacán 2015. *Revista Digital Deportiva*. 2015; 2(1):29–36

Anexos

Anexo 1: Relación entre termoterapia aplicada e inflamación.

Termoterapia Aplicada	Inflamación													
	Sin inflamación				Ligera				Moderada				Severa	
	72 h		7 días		72 h		7 días		72 h		7 días		72 h	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Termoterapia con frío	10	33.3	15	30	14	46.7	14	46.7	6	20	1	3.3	0	0
Termoterapia con calor	5	16.7	14	46.7	15	50	12	40	8	26.7	4	13.3	2	6.7
Termoterapia combinada	5	16.7	15	50	12	40	11	36.7	12	40	4	13.3	1	3.3
Sin termoterapia	5	16.7	10	33.3	9	30	11	36.7	9	30	9	30	7	23.3
Total	25	20.8	54	45	50	41.7	48	40	35	29.2	18	15	10	8.3

Anexo 2: Relación entre termoterapia aplicada y dolor.

Termoterapia Aplicada	Dolor													
	Sin Dolor				Leve				Moderado				Muy Intenso	
	72 h		7 días		72 h		7 días		72 h		7 días		72 h	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Termoterapia con frío	6	20	24	80	17	56.7	5	16.7	7	23.3	1	3.3	0	0
Termoterapia con calor	1	3.3	3	10	13	43.3	23	76.7	15	50	4	13.3	1	3.3
Termoterapia combinada	2	6.7	13	43.3	13	43.3	15	50	12	40	2	6.7	3	10
Sin termoterapia	1	3.3	8	26.7	8	26.7	14	46.7	16	53.3	8	26.7	5	16.7
Total	10	8.3	48	40	51	42.5	57	47.5	50	41.7	15	12.5	9	7.5

Anexo 3: Relación entre termoterapia aplicada e impotencia funcional.

Termoterapia Aplicada	Impotencia Funcional											
	Sin Impotencia Funcional				Dificultad para realizar la apertura Bucal.				Dificultad para ingerir alimentos y tragar.			
	72 h		7 días		72 h		7 días		72 h		7 días	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Termoterapia con frío	16	53.3	23	76.7	14	46.7	7	23.3	0	0	0	0
Termoterapia con calor	13	43.3	19	63.3	17	56.7	11	36.7	0	0	0	0
Termoterapia combinada	12	40	20	66.7	17	56.7	9	30	1	3.3	1	3.3
Sin termoterapia	11	36.7	12	40	18	60	18	60	1	3.3	0	0
Total	52	43.3	74	61.7	66	55	45	37.5	2	1.7	1	0.8

TRASTORNOS DE SUEÑO EN OBESOS Y SOBREPESOS; ALERTA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL. ESCUELA ANTONIO MACEO, CIENFUEGOS. 2017

Sandra Williams Serrano,¹ Idioel Abreu La Rosa,² Galia Ibis Pérez Rumbaut ³ Judeny Coll Cañizares⁴ Isaac Rodríguez Palacio⁵ Juan Andrés Alemañy Co⁶

¹ sandraws@jagua.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Master en EDUMED, Medicina Bioenergética y Natural

² medialr951118@ucm.cfg.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Estudiante de Cuarto Año de Medicina

³ galia@jagua.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

⁴ mf4710@ucm.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

⁵ isaac@jagua.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

⁶ inf4905@ucm.cfg.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Resumen

Introducción: El trastorno respiratorio durante el sueño y específicamente el Síndrome de apnea del sueño constituye un gran problema por su asociación con el síndrome metabólico, hipersomnolencia diurna en adultos e hiperactividad en niños con consecuencias colaterales.

Objetivo: Caracterizar a los escolares obesos o sobrepeso con posibles trastornos respiratorios durante el sueño, pertenecientes a la escuela primaria Antonio Maceo del área II de Cienfuegos.

Resultados: Se constata que 37 niños presentaron alguna manifestación positiva compatible con dificultades respiratorias según el cuestionario aplicado aunque no con la misma intensidad dentro de las dimensiones nocturnas, diurnas y ronquido, se constata además gran incidencia de hiperactividad en la mayoría de los niños. El 70% practica ejercicios solo en el turno de Educación Física y el 77.5 % tienen preferencia por juegos pasivos.

Conclusiones: Se caracterizaron los escolares obesos y sobrepesos según cálculo del índice de masa corporal aunque no todos los padres brindaron el consentimiento informado. El predominio de manifestaciones sugiere, según los criterios del cuestionario aplicado, la posibilidad de trastornos respiratorios durante el sueño. Además la serie estudiada, practica escasa actividad física y prefieren juegos pasivos.

Palabras clave: apnea del sueño, síndrome a apnea-hipopnea del sueño, trastorno del sueño.

Introducción

El sueño es un estado fisiológico caracterizado por la desconexión con el entorno. Es un fenómeno cíclico, natural, fácilmente reversible mediante estímulos, que se define por el comportamiento de la persona mientras duerme y por los cambios fisiológicos y de la actividad eléctrica cerebral que se producen,¹ sin embargo para considerar el sueño como normal debe ser adecuada tanto la entrada en sueño como su mantenimiento, la duración, el horario y los efectos, así como la ausencia de molestias nocturnas o diurnas relacionadas con ese sueño.¹ Por otra parte, dentro del grupo de las disomnias, un trastorno de gran significado es el Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS) que se define como un trastorno respiratorio, caracterizado por la

existencia de obstrucciones totales y/o parciales de la vía respiratoria alta, que ocurren de manera intermitente, perturbando la ventilación y los patrones normales de sueño,^{2,3} así mismo en los niños, la presencia de hipertrofia de las adenoides o amígdalas faríngeas, se considera como causas de apnea.⁴

Katyal y cols señalan que los niños con alto riesgo de trastornos respiratorios del sueño se caracterizan por una reducida calidad de vida, con dimensiones sagitales nasofaríngeas y orofaríngeas reducidas, mordida cruzada, amplitud dentoalveolar transversa reducida en los arcos maxilares y mandibulares.⁵ El 60 % de los pacientes con SAOS son obesos y se ha reportado tendencia familiar al desarrollo de ronquidos y SAOS, quizás por la herencia de factores contribuyentes como estrechez estructural de las vías aéreas superiores y relación familiar entre el SAOS y síndrome de muerte súbita en niños.⁶

Anders TF señala trastornos clínicos del sueño en la infancia, como la apnea obstructiva del sueño y alteraciones como el desorden de hiperactividad, déficit de atención y los trastornos conductuales del autismo, estrés traumático y de la depresión que pueden relacionarse con patologías del sueño subyacentes. Los niños con sueño fragmentado o escaso pueden presentar problemas de aprendizaje y de memoria en la escuela.^{7, 8}

En España, Abad y col señalan que entre los trastornos del sueño, el síndrome de apnea-hipopnea (SAHS), que se caracteriza además por alteraciones respiratorias, cardíacas, metabólicas o inflamatorias con elevada morbimortalidad asociada, constituye en la actualidad un importante problema de Salud Pública con un gran impacto social, comparable con hipertensión arterial y la diabetes;⁹ de la misma manera constituye la tercera enfermedad respiratoria más frecuente después del asma bronquial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, según Olivi H.⁸ Actualmente se ha conocido no sólo la repercusión del SAHS infantil sobre aspectos neurocognitivos, sino también los mecanismos fisiopatológicos involucrados como la inflamación crónica y estrés oxidativo ligado a este trastorno.¹⁰⁻¹²

Badia J.R. y Montserrat J. advierten acerca de las consecuencias cardiorrespiratorias de la obstrucción repetida de la vía aérea superior durante el sueño y relacionan el SAHS con la hipertensión arterial. La presencia de esta afección se diagnostica, por lo general, tardíamente, incluso en los casos más graves. Ello es debido, en parte, a que los problemas respiratorios ocurren por la noche mientras que la sintomatología clínica derivada se manifiesta durante el día.¹³ Alonso Álvarez coincide al plantear la obesidad como factor de riesgo mayor en el Síndrome de apnea obstructiva en pediatría, sin embargo es desconocida su prevalencia en los niños obesos “sanos” procedentes de la comunidad.¹⁴

La Polisomnografía (PSG) es considerada el estándar de oro como método de estudio que permite establecer la presencia y severidad de los TRS en niños, ya que registra las variables neurofisiológicas y cardiorrespiratorias durante el sueño.¹⁵ Sin embargo, Chervin y cols consideran que las escalas de medición constituyen un instrumento consistente para identificar la apnea obstructiva del sueño y síntomas asociados cuando la polisomnografía no es posible.¹⁶ En este sentido coinciden muchos autores al considerar los cuestionarios de sueño instrumentos útiles para el cribado de pacientes a los que hay que realizar pruebas complementarias.

Arboledas y Ugarte consideran que el pediatra de Atención Primaria es el profesional más adecuado para detectar, orientar, en muchos casos tratar, y siempre evaluar las consecuencias de estos trastornos para lo cual es necesario conocer las herramientas básicas de que se deben disponer en la consulta para la detección y evaluación de estos trastornos, habitualmente infradiagnosticados.¹⁷ En pacientes obesos, el abdomen interfiere con la actividad del diafragma, único músculo con función respiratoria en el sueño REM y se constata que el 20% de los infartos de miocardio y el 15% de las muertes súbitas ocurren entre la medianoche y las seis de la mañana.² En Argentina relacionan la obesidad con síndrome de apnea obstructiva del sueño y a la insulinoresistencia¹⁸ y en Perú se considera un pobre abordaje de este problema en las escuelas.¹⁹

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño representa un importante problema de salud, con niveles altos de morbilidad y mortalidad, estimándose la prevalencia entre un 2 y un 4 % de la población adulta en el mundo industrializado aunque se sugiere que hay muchos casos no diagnosticados. En Cuba no hay datos de prevalencia de SAOS, aunque existe una frecuencia de un 4 % en una muestra poblacional.^{6, 20}

Torres Molina señala que la mayoría de los autores coincide en que la prevalencia actual del SAOS es imprecisa, afecta aproximadamente al 2 % de los niños, se observa por igual en ambos sexos y es más común entre los 2 y 8 años de edad.²¹ En su estudio, se constata que TuCASA, cuestionario de 13 preguntas o ítems, que evalúa los hábitos de sueño, fue usado previamente (en su forma original), en Perú demostrando que puede ser aplicado en otros contextos.

A pesar del abordaje del Síndrome de Apnea por múltiples investigadores en diferentes regiones geográficas quedan necesidades en cuanto al conocimiento pleno de los aspectos morfofuncionales vinculados fundamentalmente a la etiopatogenia de la variedad Obstructiva, teniendo en cuenta el subregistro existente y su asociación a otras patologías. El dominio por parte del personal del Equipo de Salud Pública (incluye a los estudiantes de Medicina) de los mecanismos del sueño así como de los factores asociados a la fisiopatología del SAOS tiene una gran significación, pues garantizará una constante mirada hacia la oportuna detección de este trastorno y por tanto el desarrollo de estrategias adecuadas para la atención integral de estos pacientes.

Problema científico: ¿Cómo establecer una intervención encaminada a la caracterización de escolares obesos o sobrepesos con posibles trastornos respiratorios durante el sueño?

Justificación: El abordaje de este problema de salud podrá tener una gran connotación en nuestro Sistema de Salud por su factibilidad, debido a la organización del mismo, donde la población se encuentra asignada a diferentes Áreas de Salud a las que pertenecen los consultorios del Médico de la Familia en los cuales están registradas las familias y los individuos que las componen. Esta organización favorece un adecuado diagnóstico y seguimiento de estos pacientes de manera que la ausencia de un programa o estrategia definida para una atención holística de los pacientes portadores del SAOS constituye una motivación para la propuesta de un conjunto de pasos para su abordaje.

Objetivo: Caracterizar a los escolares obesos o sobrepeso con posibles trastornos respiratorios durante el sueño, pertenecientes a la escuela primaria Antonio Maceo del área II de Cienfuegos.

Diseño metodológico

Se realiza un proyecto de intervención sustentado por un estudio prospectivo que se desarrolló en las instituciones de educación primaria pertenecientes al Área de Salud II del municipio de Cienfuegos durante el período comprendido entre el año 2014 – 2016, encaminado a la identificación y posterior atención a escolares con trastornos respiratorios durante el sueño.

La población está representada por un total de 61 estudiantes que pertenecen a la escuela Antonio Maceo que han sido clasificados como obesos o sobrepeso una vez pesados y tallados de los cuales, 40 padres accedieron a responder el cuestionario.

Los criterios de inclusión en la muestra fueron: voluntariedad de sus padres o tutores mediante el consentimiento informado, el Índice de Masa Corporal ≥ 90 percentil y edad entre 6 y 11 años.

Métodos y procedimientos

Nivel empírico: Instrumentos que se utilizan: Cuestionario TuCASA.

Categorías de análisis para caracterización y diagnóstico: Evaluación de hábitos de sueño según Cuestionario TuCASA y el Índice de Masa Corporal (IMC),

El índice de masa corporal (IMC), también llamado índice de Quetelet, se calcula por la fórmula: $IMC = P/T^2$ (peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros). De manera que se consideró obeso si $IMC \geq 97$ percentil y sobrepeso si $IMC > 90$ y 97 percentil.²² En cuanto a las variables sociodemográficas, se pudo explorar la edad y sexo según se plasma en las tablas correspondientes y se determinaron factores de riesgo tales como la escasa actividad física y la preferencia lúdica.

Operacionalización de variables.

El cuestionario TuCASA cuenta con 14 variables cualitativas nominales que serán medidas según escala de Likert.

Cuestionario TuCASA. Operacionalización

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Preguntas cuestionario TuCASA	Cualitativa nominal	No se	No puede brindar información. Desconoce	%
		Nunca:	Expresa con certeza que no aparece el síntoma o signo	%
		Raramente	Casi nunca aparece la manifestación o sea poco común	%
		Ocasionalmente	de vez en cuando	%
		Frecuentemente	a menudo, (varias veces a la semana	%
		Respuesta positiva	Casi siempre	casi todos los días
Respuesta positiva				

Según los resultados de la bibliografía revisada, además de las variables que se investigan en el cuestionario, se tuvo en cuenta una más: ¿Su hijo se muestra hiperactivo o intranquilo de día?, pues se ha constatado que en los niños, la hiperactividad es una manifestación en ocasiones mucho más frecuente que la somnolencia diurna, a diferencia de los adultos.^{4,7}

Valorando las dimensiones de las manifestaciones nocturnas, diurnas y el ronquido nocturnos planteadas en el cuestionario aplicado donde se señala que las respuestas en la escala de Likert de frecuentemente y casi siempre se consideran manifestaciones positivas, estimamos clasificar a los niños en 5 subgrupos, pues se tuvo en cuenta aunque no constituye un aspecto del cuestionario, la presencia de hiperactividad, por las posibles consecuencias que ocasiona para el aprovechamiento escolar.

Subgrupos según manifestaciones presentes

Grupo 0: Sin manifestaciones positivas, **Grupo 1:** Manifestaciones nocturnas

Grupo 2: Ronquido nocturno, **Grupo 3:** Manifestaciones diurnas

Grupo 4: Manifestaciones mixtas, **Grupo 5:** Hiperactividad

Se consideró además la actividad física escasa y la preferencia lúdica entre los factores de riesgo que pudieran estar condicionando el peso excesivo de los niños.

Para identificar la actividad física escasa se interrogó acerca de la realización de actividad física en tres condiciones así como en el caso de la preferencia lúdica.

Actividad física y preferencia lúdica

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Actividad física escasa	Cualitativa	Solo en Educación Física	Nada más que realiza ejercicios durante las clases de Educación física	%
		Práctica ocasional	Si esporádicamente realiza algún tipo de ejercicio además de la Educación física	%
	Ordinal	Práctica frecuente	Si está incorporado a un equipo deportivo y practica semanalmente además de la educación física	%
Preferencia lúdica	Cualitativa politómica	Juegos con la PC	Como entretenimiento solo prefiere usar la computadora	%
		Juegos de mesa	Se entretiene con juegos en los que no necesita realizar esfuerzo físico, como las cartas, ajedrez, dominó etc.	%
		Juegos activos con otros niños	Se entretiene con juegos en los que interactúa con otros de forma activa por ejemplo mediante carreras etc.	%

Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para estimar la magnitud de las alteraciones en los hábitos de sueño de los niños y considerar el posible riesgo, teniendo en cuenta el aporte de los cuestionarios para la identificación de los posibles trastornos del sueño y su ulterior estudio y se tuvo en consideración la actividad física que desarrollaban los niños así como los juegos que preferían y llevaban a cabo para su entretenimiento.

Bioética: El Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos aprobó esta investigación y los padres de los niños dieron su consentimiento informado luego de una amplia información de la investigación a realizar.

Resultados y discusión

Una vez procesados los datos, según se expone en las tablas 1-3, se constata que de los 40 niños, 19 pertenecen al sexo masculino (47,5 %) y 21 al femenino (52,5%), entre 6 y 11 años y desde el 1er al 6to grado, con un mayor número en el 4to donde la cifra es de 8 (38,10%).

Tabla 1. Caracterización según sexo

	Masculino		Femenino	
	#	%	#	%
Sexo	19	47,5	21	52,5

Fuente: datos del autor. N: 40

Tabla 2. Caracterización según edad

Edad	#	%
6-8	9	22,5
9-11	31	75,5

Fuente: datos del autor. N: 40

Respecto a la presencia de las tres dimensiones referidas en el cuestionario, se constata que de los 40 niños a cuyos padres se les aplicó el instrumento, solo tres no presentaron manifestaciones, considerados negativos y 37 presentaron algún síntoma o signo, siendo incluidos en los grupos configurados según la puntuación alcanzada. Un total de 21 escolares presentaron combinaciones de las tres dimensiones. (Tabla 3)

Tabla 3: Distribución según las dimensiones del Cuestionario TuCASA.

Grupos	Hembras		Varones		Total	
	#	%	#	%	#	%
Sin manifestaciones	1	4,54	2	10.52	3	7.5
Nocturnas	10	47.61	7	36.84	17	42.5
Ronquido	6	28.57	12	63.15	18	45
Diurnas	17	80.95	14	73.68	31	77.5
Mixtas	10	47.61	11	57.89	21	52.5

Fuente: datos del autor N: 40

No obstante nos queda la incógnita del dominio pleno por parte de los padres acerca de las características presentes durante el sueño de sus hijos, pues algunos demostraron dudas, lo que nos pone a reflexionar en la existencia de un subregistro y que pudieran existir problemas mayores, no referidos, por desconocimiento.

Este resultado es respaldado por investigadores como Arboledas G., Ugarte L. R¹⁷. García Reyes X⁶ y Portuondo Alacán²⁰ en Cuba, que hacen alusión al habitual infradiagnóstico de este problema y de ahí la importancia de los cuestionarios de cribado de patología relacionada con el sueño a pesar de que existen resultados en una muestra poblacional en La Habana.

Planteamientos realizados por autores como Chervin y cols¹⁶ estimulan a continuar el trabajo mediante escalas de medición, en niños con posibles trastornos respiratorios durante el sueño, ya que no tenemos posibilidades de realizar polisomnografía a todos. Para valorar el comportamiento de las preguntas del cuestionario fueron contabilizadas de manera independiente para identificar las que tuvieron una mayor positividad, lo cual se muestra en la tabla 6 y se pudo constatar que la manifestación más frecuente en los niños, reportada por los padres han sido las siguientes:

¿Se ha preocupado alguna vez por la respiración de su hijo mientras duerme?, ¿Su hijo ronca mientras duerme?, ¿Su hijo tiene dolor de garganta frecuentemente?, ¿Su hijo se queja de dolores de cabeza matutinos?, ¿Su hijo respira por la boca durante el día? Con un mayor porcentaje para la roncopatía (Tabla 4)

En la literatura se ha planteado y en nuestra muestra se coincide con la presencia de hipertrofia de las adenoides⁴ como causa de apnea y de hecho algunos de los niños han sido intervenidos quirúrgicamente por esta dolencia. A propósito estudios señalan

que aunque el tratamiento quirúrgico en niños de edad escolar no mejoró significativamente la atención o la función ejecutiva, si disminuyó los síntomas y mejoró los resultados secundarios de conducta, calidad de vida y hallazgos polisomnográficos, aportando evidencia sobre los efectos beneficiosos de la adenoamigdalectomía temprana.²³ Se constata que 47,5% de los niños estudiados ronca, lo que coincide con Reyes X⁶ quien señala la tendencia al desarrollo de ronquidos asociados a SAOS aunque no podemos definir con precisión que los nuestros presenten este último trastorno.

Tabla 4: Distribución de las respuestas positivas según criterio de los padres.

Preguntas del cuestionario	H	V	Total	
	#	#	#	%
5. ¿Se ha preocupado alguna vez por la respiración de su hijo mientras duerme?	10	5	15	37.5
6. ¿Su hijo ronca mientras duerme?	8	11	19	47.5
7. ¿Su hijo tiene dolor de garganta frecuentemente?	7	9	16	40
8. ¿Su hijo se queja de dolores de cabeza matutinos?	8	5	13	32.5
9. ¿Su hijo respira por la boca durante el día?	6	5	11	27.5

Fuente: datos del autor N: 40

Las manifestaciones asociadas a los trastornos respiratorios, que se encuentran en el cuestionario aplicado, han sido reconocidas por Ugarte,¹⁷ quien señala la importancia de detectar el ronquido que fue la de mayor incidencia en los niños estudiados, aunque insiste en las otras manifestaciones que pueden incluso afectar el aprendizaje. De hecho, los estudios realizados en Cuba por Torres sustentan la decisión de los autores de este trabajo, para solicitar la realización de polisomnografía si los padres de los 19 (47.5%) niños con roncopatía lo consienten, en busca de mantener un seguimiento, teniendo en cuenta que la presencia de un TRAS sin atención puede generar secuelas irreversibles.

Elemento que llama la atención pues el ronquido, como síntoma, constituye el principal motivo de consulta entre quienes son portadores de un SAOS.¹¹

Además actualmente se plantea que la roncopatía, sin llegar a ser un SAOS, no presenta el carácter inocuo clásicamente descrito, sino por el contrario, condiciona un significativo deterioro de las funciones cognitivas y académicas de quienes la presentan, generando igualmente alteraciones conductuales e incluso desordenes metabólicos, especialmente en la población pediátrica.¹¹ Se tuvo el criterio de incorporar al cuestionario para tener en cuenta al valorar a los niños, la hiperactividad, signo que la mayoría de los autores⁴ han reportado que es más manifiesta en niños, con lo que coinciden estos resultados y se constata que 28 niños (70%) presentan hiperactividad según plantean los padres, y solo 12 no refieren esta manifestación clínica.

Con respecto a factores de riesgo que pudieran estar condicionando el peso excesivo de los niños; se tuvo en cuenta la actividad física escasa y la preferencia lúdica hacia juegos pasivos, lo cual se constata en la tabla 7 y 8 respectivamente, donde se muestra el predominio de los niños que refieren realizar educación física, sin practicar algún deporte 28 niños, lo que representa 70%.

Tabla 5. Distribución según la actividad física

Actividad física	Hembras		Varones		Total	
	#	%	#	%	#	%
Solo en Educación física	18	85.71	10	52.63	28	70
Práctica ocasional	1	4.76	2	10.52	3	7.5
Práctica frecuente	1	4.76	3	15.78	4	10

Fuente: datos del autor N: 40

Con respecto a la preferencia lúdica 29 niños (72.5%) se dedican a jugar pasivamente, no obstante 17 padres referían que también mantenían juegos activos con otros niños. Ante esta posición surge una interrogante, ¿es proporcional el tiempo que dedican al juego activo al compararlo con el pasivo?

Tabla 6. Distribución según la Preferencia lúdica

Preferencia lúdica	Hembras		Varones		Total	
	#	%	#	%	#	%
Juegos con la PC	14	66.6	15	78.94	29	72.5
Juegos de mesa	2	9.52	0	0	2	5
Juegos activos con otros niños	8	38.09	9	47.36	17	42.5

Fuente: datos del autor N: 40

Es preocupante esta situación de sedentarismo si se tienen en cuenta las estadísticas, en las que se asocia el TRS con una elevada morbilidad cardiovascular y endocrinometabólica que afectan órganos diana, como se ha señalado.

Pero que además, un abdomen globular como sucede en muchos obesos interfiere con la función respiratoria en el sueño REM, de ahí que Culebras² reporta la mayor incidencia muertes súbitas entre la medianoche y las seis de la mañana, por otro lado Caminiti¹⁹ en Argentina relaciona los dos aspectos señalados (obesidad y TRS) con la insulinoresistencia y que si bien en Perú, como plantean Rey de Castro y Vizcarra¹⁹ existe un pobre abordaje de este problema en las escuelas, aquí también lo constatamos y el colectivo de autores de este trabajo considera que se debe revertir en la medida en que sean identificados los niños obesos o sobrepesos, detectadas las manifestaciones compatibles con TRS y ejecutada una intervención para modificar el estilo de vida de estos niños y sus padres, de manera que se puedan crear las condiciones para que se incremente la actividad física así como la variedad de juegos para su entretenimiento y enfrentar la actitud sedentaria que fomentaría la aparición de manifestaciones cardiovasculares y metabólicas asociadas al déficit de carga física.

Conclusiones

- Se caracterizaron los escolares obesos y sobrepesos según cálculo del índice de masa corporal aunque no todos los padres brindaron el consentimiento informado o completaron el cuestionario implementado para la identificación de los hábitos de sueño que pudieran sugerir la posibilidad de un trastorno del sueño en los niños estudiados,
- El predominio de manifestaciones dentro de las dimensiones nocturnas, diurnas y ronquido en la mayoría de los niños estudiados, sugiere según los criterios del cuestionario aplicado la posibilidad de trastornos respiratorios durante el sueño, lo cual debe ser confirmado con otros estudios de mayor precisión.

- La baja actividad física y preferencia por juegos pasivos, vinculada al elevado índice de masa corporal, representa un aspecto que debe ser atendido por contribuir a la ganancia de peso; resultado que constituye una alerta para la comunidad médica relacionado con la atención integral temprana a niños que puedan presentar alteraciones que sugieran un trastorno obstructivo del sueño.

Referencias bibliográficas

1. Urrestarazu E., Escobar F. y Iriarte J. El sueño y su patología. *Medicine*. 2015; 11(73):4385-94
2. Culebras A. Síndrome de apnea del sueño: soluciones a corto plazo y riesgo cerebrovascular a largo plazo. *Rev. Neurol* 2006; 42 (1): 34-41
3. Gómez AE. Roncopatía crónica. Revisión y actualización. *Farmacia profesional*. 2014; 28 (2): 24-27
4. Madrigal Díez C., Mazas Raba M. R. Importancia del cribado rutinario del ronquido como síntoma del síndrome de apnea obstructiva del sueño en las revisiones periódicas de salud. *Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]*. 2014 Dic [citado 2017 Oct 30]; 16(64): 321-325. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000500008&lng=es
5. Katyal V; Pamula Y, Daynes CN, Martin J, Dreyer CW, Kennedy D, Sampson WJ. Craniofacial and upper airway morphology in pediatric sleep-disordered breathing and changes in quality of life with rapid maxillary expansion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2013; 144 (6), pp. 860-71. Disponible en: <http://webaeb.scohost.com/ehost/detail?sid=6325245ea46249b6b4cf23dd80f6a188%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4204&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=24286909>
6. García Reyes X., Damiani Cavero S, y de la Osa Palacios JL. Síndrome de apnea obstructiva del sueño. Conocimientos importantes para todo profesional de la salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 15 (5). Ciudad de La Habana: 1999. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000500012&lng=es&nrm=is
7. Anders TF. Estados y problemas de sueño-vigilia y desarrollo psicosocial del niño. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [en línea]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-6. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/AndersESPxp.pdf>
8. Olivi H. Apnea del sueño: cuadro clínico y estudio diagnóstico. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2013; 24(3) 359-373
9. Abad M, Sánchez Á, Carmona C, Barrot-Cortés E, Sánchez H, Capote F. Protocolo de colaboración entre una unidad especializada en trastornos respiratorios del sueño y atención primaria en la detección y derivación de pacientes con sospecha de síndrome de Apneas-hipopneas del sueño. *Rev Esp Patol Torac*. 2012; 24 (2): 170-175
10. Lavie, L. Oxidative stress in obstructive sleep apnea and intermittent hypoxia – Revisited – The bad ugly and good: Implications to the heart and brain. *Sleep Medicine Reviews*. 2015; 20. 27-45

11. Santamaría A, Astudillo D. Roncopatía primaria y sus implicancias clínicas: Fin al paradigma de entidad inocua. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2014; 74: 181-190
12. Torres A, Prego C. Trastornos por déficit de atención y síndrome de apnea obstructiva del sueño en la edad pediátrica. *Medisur* [Internet]. 2013 Feb [citado 2017 Oct 30]; 11(1): 61-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000100009&lng=es
13. Badía J.R. y Montserrat J. Terapéutica del síndrome de apneas e hipopneas durante el sueño. *Medicina Integral*, Vol. 38, Núm. 5, Septiembre 2001. Disponible en: <http://zl.elsevier.es> el 05/07/2014
14. Alonso ML; Cordero JA; Terán J; González M; Jurado MJ; Corral J; Duran J; Sleep Unit, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, Spain; Kheirandish L; Gozal D. Obstructive sleep apnea in obese community-dwelling children: the NANOS study. *[Sleep]* 2014 May 01; Vol. 37(5), pp.943-9
15. Elso MJ., Brockmann P., Zenteno D. Consecuencias del síndrome de apnea obstructiva del sueño. *Rev Chil Pediatr* 2013; 84 (2): 128-137
16. Chervin R, Hedger K, Dillon J, Pituch K. Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Science Direct* 1(1):1-82 February 2000. Disponible en: <http://www.Sciencedirect.com/science/journal/13899457/1/1>
17. Arboledas G., Ugarte L. R. Taller de sueño infantil. Herramientas para su interpretación por el pediatra de Atención Primaria *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11(1)
18. Caminiti C, Evangelista P, Leske V, Loto Y, Mazza C. Síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños obesos sintomáticos: confirmación polisomnográfica y su asociación con trastornos del metabolismo hidrocarbonado. *Arch. argent. pediatr.* [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Oct 30]; 108(3): 226-233. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752010000300008&lng=es
19. Rey J. y Vizcarra D. Síndrome Apnea Sueño Obstructiva. Descripción clínica y Polisomnográfica en 48 pacientes. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna* 12 (1).1999. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v12n1/sindrome_apnea.htm
20. Portuondo O., Fernández C y Cabrera P. Trastornos del sueño en adolescentes. *Rev Cubana Pediatr.* v.72 n.1 Ciudad de la Habana. 2000
21. Torres A., Prego C. Trastornos por déficit de atención y síndrome de apnea obstructiva del sueño en la edad pediátrica. *Medisur*. 2013; 11 (1): [aprox. 8 p.].
22. Vicente B, García K, González A, Saura C. Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Mayo 30]; 7(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/445>
23. Correo de la SAP. *Arch. argent. pediatr.* [Internet]. 2014 Feb [citado 2017 Oct 30]; 112(1): 106-109. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752014000100025&lng=es

**Evento hispano-cubano.
“Género y Salud”**

TÍTULO: TRATAMIENTO PERIODONTAL CON RTG Y ORTODONCIA EN PACIENTE CON PERIODONTITIS JUVENIL.

Autor principal: Dra. Claudia Arano Bosch¹

Coautores: Dra. Marta Marisel Bosch Pons², Dra. Marisleidy Cardoso Santiago³

¹Estomatólogo General Básico. Residente de EGI, Policlínico universitario de Cruces, ²Especialista en I y II grado de Periodoncia. Máster en Salud Bucal Comunitaria y Profesor Auxiliar. Profesor Investigador, ³Especialista en I grado en EGI. Especialista en I grado en Ortodoncia Profesor Asistente.

Correo electrónico: martamarisel@jaqua.cfq.sld.cu

Resumen

Las periodontitis de rápido avance como la Periodontitis Juvenil Localizada pueden llevar a la pérdida del diente, de la función y afectar la estética del paciente. Las técnicas para la regeneración del hueso perdido como la Regeneración Tisular Guiada resulta un proceder consolidado en la formación y conservación ósea. Se realizó la presentación de un caso clínico: una periodontitis juvenil localizada de una paciente femenina, de 13 años de edad que acudió a la consulta de periodoncia del Hospital Provincial Universitario “Gustavo Aldereguía Lima” por presentar movilidad y migración dentaria. Los Rx reportaron pérdida ósea, migración dentaria y extrusión del 21. Se realizó colgajo con Regeneración Tisular Guiada. Se utilizó como terapia celular Plasma Rico en plaquetas y en Ingeniería Tisular se utilizó injerto óseo de origen bovino y Membrana de colágeno de origen porcino. Se interconsultó y remitió a Ortodoncia donde se utilizaron fuerzas y movimientos ortodóncicos controlados, lo que permitió la regeneración ósea coadyuvando así el tratamiento periodontal y llevando los dientes a una posición que mejoró la relación entre ambas arcadas. Se consultaron un total de 16 fuentes bibliográficas, que permitieron abarcar todos los conceptos que se manejaron.

Palabras clave: Periodontitis, Regeneración Tisular Guiada, Ortodoncia

Introducción

Se puede definir a las periodontitis como el proceso inflamatorio crónico que afecta la unidad gingival y que se extiende al ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento radicular. Las periodontitis implican pérdida de inserción clínica y destrucción ósea visible en las radiografías, este padecimiento tiene un carácter cíclico, ya que presenta períodos de exacerbación y remisión, su desarrollo no es continuo y ascendente sino que presenta períodos de estancamiento. Se consideran las enfermedades más comunes entre las que afectan al periodonto de inserción. Su prevalencia aumenta con la edad hasta alcanzar alrededor del 80% a los 50 años. ⁽¹⁾

Las periodontitis tienen un origen multifactorial, en el que la microbiota periodontopatógena condiciona una reacción inmunoinflamatoria del hospedero en un contexto medio ambiental influyente. La capacidad reactiva de la defensa, condicionada a su vez por múltiples factores, funge como un detonador que define la progresión de la gingivitis hacia una periodontitis, y a su vez determina el tipo de periodontitis que se desarrolla. ⁽¹⁾

Podemos clasificar las periodontitis en dos grandes grupos:

1. Las de aparición temprana: Pre puberal, Juvenil y Rápidamente Progresiva.
2. Las de aparición tardía: periodontitis del adulto.

Características clínicas generales:

- 1) Presencia de Inflamación crónica de la encía.
- 2) Sangramiento gingival.
- 3) Presencia de bolsas reales supraóseas o infraóseas.
- 4) Recesión periodontal.
- 5) Exudado purulento
- 6) Movilidad dentaria
- 7) Migración patológica.
- 8) Halitosis.
- 9) Pérdida de la inserción y del hueso de soporte. ⁽¹⁾

Según clasificación actual las periodontitis pueden ser: de rápido y lento avance, dentro del rápido avance se encuentra la periodontitis juvenil. ⁽¹⁾

La Periodontitis Juvenil (PJ) es una forma poco usual de periodontitis. Es una enfermedad periodontal temprana y severa, que se caracteriza por la destrucción conectiva y ósea, que generalmente afecta a más de una pieza dental de la dentición permanente. Afecta los primeros molares y los incisivos y hasta otros dos dientes adicionales. El grupo de edad de pacientes fluctúa generalmente entre 12 y 26 años. Ataca a ambos sexos, con ligera predilección por el sexo femenino. Los depósitos de placa bacteriana y sarro o cálculo son mínimos en la forma clásica de la PJ y el índice de caries es bajo. ⁽¹⁾

La encía no presenta cambios de color, ni de textura sin embargo hay presencia de bolsas periodontales infraóseas profundas. No se observan grandes acúmulos de placa ni de cálculos, no existe correlación entre la presencia de irritantes locales, signos clínicos gingivales y destrucción ósea vista a los Rayos X. Suele observarse radiográficamente adelgazamiento de la raíz mesial de los primeros molares. Algunos autores señalan que la velocidad de formación de las bolsas es de 4 a 5 mm al día, o, por lo menos, tres a cinco veces mayor que la velocidad de la enfermedad en el adulto. ⁽¹⁾

Según su forma de presentación puede ser localizada o generalizada.

En la forma localizada la distribución en la boca es característica, afectando incisivos y primeros molares, pero todavía no está demostrada la razón por la cual se localiza en estos grupos particulares de dientes, Slot plantea que son los primeros dientes que erupcionan y esto permite organizar las defensas ante el *Actinobacillus actinomycetem comitans*(A.a), microorganismo específicamente asociado. Las lesiones aparecen primero y con mayor intensidad en los incisivos superiores e inferiores y suelen ser bilaterales, pero con el tiempo se generalizan. ⁽¹⁾

Las primeras etapas de la periodontitis afectan puntos limitados (uno o dos) en el periodonto alrededor de los primeros molares, los incisivos o ambos. Por lo general, se puede establecer un diagnóstico definitivo de PJL cuando por lo menos tres sitios están afectados y abarcan primeros molares e incisivos, o dientes de ambos tipos y éstos presentan una pérdida de inserción periodontal mayor que 5 mm. ^(1,2)

En las etapas moderadas de la enfermedad pueden quedar afectados más los primeros molares, incisivos o ambos. En las etapas avanzadas, pueden afectarse los cuatro primeros molares y todos los incisivos, con y hasta, otros dos dientes adicionales (caninos,

premolares, segundos molares). La pérdida de la inserción y la destrucción ósea radiográfica suelen ser graves en la forma avanzada. ^(1,2)

El comienzo de la destrucción ósea es insidioso, especialmente durante el período circumpuberal, entre los 11 y los 13 años de edad. La característica más notable de la PJ temprana es la falta de inflamación clínica. Al final de las etapas incipientes comienzan a formarse bolsas profundas en torno a esos dientes y clínicamente los síntomas más comunes son movilidad y migración de incisivos y primeros molares. Generalmente presenta pérdidas óseas angulares, en la zona de los molares, dando la imagen de la llamada imagen en espejo, por su simetría y bilateralidad. ⁽²⁾

Las pruebas indican que la pérdida ósea no se origina en ninguna falta o defecto del desarrollo o congénito. El hueso alveolar en pacientes de este grupo de edad se desarrolla normalmente con la erupción dental y únicamente después, el hueso alveolar se resorbe. Es sumamente rápida, en períodos de 4 a 5 años se puede producir destrucción del soporte óseo de un 50 a un 75%. En su patogenia, la periodontitis juvenil localizada puede evolucionar a una generalizada. ^(2,3)

El pronóstico de estos pacientes, con el tratamiento adecuado, es mejor de lo que se creía hace unos años, cuando el único tratamiento era la exodoncia de dientes con lesiones. Actualmente, incluso en las lesiones avanzadas, puede obtenerse una buena respuesta al tratamiento. ⁽¹⁾

El tratamiento debe necesariamente incluir el desbridamiento mecánico a través de raspados y alisados radiculares a cielo cerrado o en cirugías a colgajo, se recomienda el uso de antibióticos como coadyuvantes del tratamiento, siendo las tetraciclinas el medicamento de elección (250 mg c/ 6 horas por 14 ó 21 días ó doxiciclina 100 mg / día durante 3 semanas.) La combinación de metronidazol (250 mg c/ 8 h) más amoxicilina (375 mg c/ 8 h) durante 7 días , consigue la eliminación de Aa por debajo de los niveles detectables de 9 a 11 meses. Es posible que existan cepas de Aa resistentes a la penicilina, en cuyos casos debe utilizarse la tetraciclina durante 14 días. Se recomienda el uso de antisépticos como la clorhexidina al 0,2% dos veces al día. Es necesario durante la fase de mantenimiento, la readministración de antibióticos. En estos pacientes es importante también la administración de antibióticos para prevenir la endocarditis

bacteriana. El tratamiento de esta entidad corresponde al especialista en Periodoncia, pero es de gran importancia su diagnóstico precoz, el control de los factores de riesgo que puedan incidir y la vigilancia estrecha del caso una vez concluido el tratamiento, acciones todas que debe realizar el EGB y el EGI. (1,2)

Estudios actuales afirman que el tratamiento de la periodontitis juvenil puede ser quirúrgico o no quirúrgico. El tratamiento no quirúrgico de la periodontitis juvenil consiste en el raspado y alisado radicular de todas las áreas que presenten pérdida de inserción periodontal. Las limitaciones de acceso para el raspado y alisado radicular así como para la higiene oral se deben a que no hay un control visual del resultado del tratamiento que nos asegure la completa remoción del sarro. El dentista cuando realiza el tratamiento de la periodontitis debe centrarse en un control meticuloso de la placa y en la eliminación de los patógenos periodontales, posiblemente con la ayuda de antimicrobianos sistémicos y/o locales. Los agentes antimicrobianos son métodos coadyuvantes a las terapias no quirúrgicas mecánicas tradicionales en estos pacientes. (4)

Tratamiento quirúrgico de la periodontitis juvenil: enfoques quirúrgicos para el manejo de la periodontitis juvenil incluyen el colgajo de Widman modificado, las técnicas resectivas, los procedimientos regenerativos y extracciones. No existe una técnica quirúrgica que sea eficaz para cada caso de periodontitis juvenil. Los procedimientos resectivos tienen un valor limitado para el manejo de la periodontitis juvenil debido a la severidad y a los defectos de la enfermedad. (4)

El enfoque terapéutico para el manejo de la periodontitis juvenil, así como de otras enfermedades periodontales, ha cambiado para siempre debido al éxito de la terapia periodontal regenerativa. Los procedimientos regenerativos están encaminados a la preservación y reconstrucción del periodonto. Las lesiones de periodontitis juvenil tratada de forma conservadora con cirugía han mostrado un gran potencial para regenerar. (5)

La Medicina Regenerativa es aquella ciencia que estudia la formación de nuevos tejidos, reparación y /o regeneración a partir de células del individuo a través de la terapia celular (con el uso de células madres y plasma rico en plaquetas), la ingeniería tisular (con el uso de sustitutos biológicos) y a través de la Inducción farmacológica para formar nuevos tejidos. En esencia la ingeniería tisular consiste en fabricar nuevo tejido vivo funcional

mediante un soporte (natural, sintético o mezcla de ambos). Para ello se construyen modelos equivalentes a órganos o tejidos, en los que es necesario que las células se organicen y comporten como si formaran parte del tejido original y conseguir así la reconstrucción final deseada. ^(6,7)

Desarrollo

El tratamiento de la periodontitis juvenil localizada está basado en 2 fases una de higienización y otra quirúrgica, siendo en esta última donde más avances se han logrado aplicando la medicina regenerativa a través de la terapia celular con el empleo de Plasma rico en plaquetas (PRP) y la ingeniería tisular con la utilización de Mineral de hueso natural de origen bovino con un gran potencial osteoinductor (Bio-ss) y membrana de colágeno reabsorbible de origen porcino.

En el presente trabajo se muestra el caso de una paciente de 13 años con Periodontitis juvenil localizada que fue tratada con medicina regenerativa, realizándose una cirugía de regeneración ósea con PRP, sustitos biológicos como BIO-SS y membrana de colágeno para rellenar los defectos mencionados anteriormente.

La paciente acude a consulta de Periodoncia remitida de Estomatología General Integral (EGI) aquí se realiza confección de historia clínica, en la cual se recogen todos los datos generales de la paciente así como se llega al diagnóstico clínico expuesto anteriormente. Se realizan exámenes radiológicos, como radiografías periapicales de las zonas donde se observa movilidad y migración dentaria, detectándose pérdidas angulares fundamentalmente a nivel de primeros molares. El pronóstico para esta lesión fue reservado.

Después de haber diagnosticado clínica y radiográficamente el caso se decide proceder al tratamiento donde además de hacer tratamientos previos se realizó Colgajo con Regeneración Tisular Guiada de 13 a 23, 33 a 43 y en 16, 26, 36, y 46 y se utilizó PRP e injerto óseo Bio-ss y Membrana de colágeno de origen porcino.

Luego de finalizar el tratamiento en Periodoncia se decide interconsultar y remitir al 2do nivel de atención en Ortodoncia.

Al cabo de los seis meses del acto quirúrgico la paciente ingresa en ortodoncia donde se le realiza un reposicionamiento dentario, con movimientos de intrusión, rotación, mediante técnicas de aparatología fija con el uso de alambres ligeros (ejemplo: alambre de Nitinol), brackets de la técnica MBT o estándar. Se empleó la técnica de arco recto con el tipo de brackets mencionados anteriormente los cuales poseen ranura de 0.22mm. Se usó además arcos de Niti, módulos elastoméricos y cadenas de tramo corto para el cierre de diastemas; consiguiendo así una correcta posición de los dientes. Al año de iniciado el tratamiento se le retira aparatología fija y se coloca una contención fija en ambos maxilares, permaneciendo en la actualidad con dicha contención.

Conclusiones

En la periodontitis juvenil localizada en su etapa avanzada, donde la pérdida de inserción y destrucción ósea radiográfica suelen ser graves, puede obtenerse una buena respuesta al tratamiento. El empleo de la medicina regenerativa junto con las técnicas más sofisticadas de ingeniería para los tejidos (regeneración guiada de hueso), en periodoncia resultó ser un proceder consolidado en la formación y conservación ósea. La interrelación Periodoncia-Ortodoncia, mostró resultados predecibles y favorables mediante la devolución de la funcionalidad y la estética de la salud oral.

Referencias bibliográficas

- 1- Colectivo de autores. Compendio de Periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
- 2- Eley B.M, Soory M., Manson J.D. Periodoncia 6ta edición. Editorial Elseiver. España, Barcelona, 2012.
- 3- Colectivo de autores. Guía de atención en Periodoncia. Facultad de odontología. Colombia, Bogotá. Febrero, 2013.
- 4- Tello Rodríguez Al. Injerto tisular. Revisión científica. Universidad Complutense de Madrid, Elsevier España, 2014.
- 5- Cambra JJ. Manual de cirugía periodontal, periapical y de colocación de implante. Editorial Elseiver, España. Madrid, 1996.

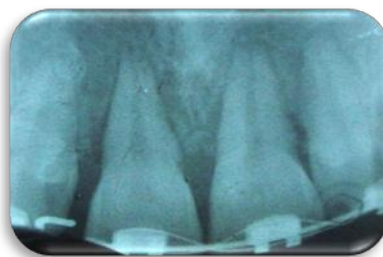
- 6- Colectivo de autores. Libro de resúmenes "3er Congreso de Biomateriales y Regeneración Tisular". Sociedad Científica de Estudiantes de Odontología. Universidad Austral de Chile. Octubre, 2015.
- 7- Colectivo de autores. Libro de resúmenes "2do Congreso de Biomateriales y Regeneración Tisular". Sociedad Científica de Estudiantes de Odontología. Universidad Austral de Chile. Octubre, 2014.
- 8- Henriques PG. Estética en Periodoncia y Cirugía Plástica Periodontal. Edición Amolca, 2006
- 9- Colectivo de autores. Tratamiento periodontal Quirúrgico en rehabilitación oral estética: Reporte de caso clínico. Int. J. Odontostomat, 2012.
- 10- Colectivo de autores. Técnicas de cirugía mucogingival para el recubrimiento radicular 2006.

Anexos

Anexo. No.1: Radiografía inicial.



Anexo. No.2: Radiografía durante tratamiento ortodóncico.



Anexo. No.2: Imagen durante tratamiento ortodóncico.



Anexo. No.3: Resultado final



TITULO: TROMBOCITOPENIA CON AUSENCIA DE RADIOS (TAR). PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores:

- Dra. Belkis Lázara Rodríguez Jorge. e-mail: belkyslazara@jaqua.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”. Cienfuegos, Cuba. Jefe del Servicio de Hematología, Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño.
- Dra. Dumeivy García Sánchez. e-mail: dumeivysg@hosped.cfg.sld.cu Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”. Cienfuegos, Cuba. Vicedirectora de Asistencia Médica, Especialista de I Grado en Hematología. Máster
- Dra. Lucia de la Caridad Díaz Morejón. e-mail: rosa1988@nauta.cu, Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”. Cienfuegos, Cuba. Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Enfermedades Infecciosas.
- Dr. Juan Camilo Díaz Ceballo. e-mail: camilo@gmail.com, Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”. Cienfuegos, Cuba, Especialista de I Grado en Pediatría.
- Lic Maria Eugenia Santa Cruz LLeonard, email: mariae1511@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”, Cienfuegos, Cuba, Jefa de Enfermera del Servicio de Hematología.
- Lic. Hilda Leyva Cadalzo email: hildalc@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”, Cienfuegos, Cuba,

RESUMEN

El síndrome de trombocitopenia con ausencia de radios (TAR) es una rara malformación congénita caracterizada por aplasia radial bilateral con presencia de ambos pulgares y trombocitopenia. Se presenta un caso de una niña con ausencia bilateral de radio constatada al nacimiento, que ingresa a los 4 meses por ligera purpura petequeial generalizada, y trombocitopenia moderada, sin otras malformaciones asociadas, se realizaron varios estudios incluyendo medulograma, haciéndose el diagnóstico de Trombocitopenia con ausencia de radios. La evolución de nuestro caso ha sido satisfactoria y su atención médica se ha limitado a chequeo clínico y hematológico periódico; así como seguimiento por la especialidad de Ortopedia.

Palabras claves: trombocitopenia, purpura, radios

INTRODUCCION

La Trombocitopenia con ausencia de radios es un síndrome genético raro que se caracteriza por trombocitopenia congénita, trombopoyesis ineficaz y malformaciones esqueléticas con anomalías de las extremidades, especialmente ausencia bilateral del radio.^{1,2} Puede acompañarse de alteraciones esqueléticas de miembros inferiores y de otras malformaciones; gastrointestinales, cardíacas, neurológicas y vasculares. Se hereda generalmente como un rasgo autosómico recesivo, aunque se ha demostrado heterogeneidad genética. Afecta a menos de 1 por cada 100.000 nacidos vivos, sin diferencias entre sexos.³⁻⁶

La trombocitopenia está presente en todos los pacientes desde el nacimiento y habitualmente es severa. Durante el primer mes de vida, el pronóstico está relacionado con la gravedad de la hemorragia, oscilando la mortalidad entre el 30-40% en el primer año de vida, pero mejorando después de los dos años.⁶⁻⁸

La trombocitopenia severa se puede manifestar por sangramiento cutáneo, dado por equimosis y petequias espontáneas. En los casos más severos, aparecen hemorragias como: epistaxis, hemoptisis, hematemesis y melena. El sangramiento del sistema nervioso es el más temido por las consecuencias adversas para el paciente.^{2,7-10}

El objetivo de ésta presentación es dar a conocer el comportamiento clínico de este raro trastorno, siendo el primer caso relatado en nuestra provincia.

PRESENTACION DE CASO

Presentamos el caso de una niña, mestiza, de 17 meses, madre sana que durante el embarazo presentó serología VDRL reactiva desde el 2do. trimestre recibiendo tratamiento con Penicilina Benzatinica, considerándose un falso positivo. Parto a las 37 semanas, eutócico, con peso al nacer de 2840 gramos y apgar normal; constatándose al nacimiento acortamiento de extremidades superiores a nivel de ambos antebrazos en flexión con presencia de los cinco dedos completos. El resto del examen normal; planteándose ausencia radial bilateral. Ingresó en el servicio de Neonatología durante una semana, donde recibió fototerapia por ictero fisiológico neonatal. A los 4 meses de edad ingresa en el servicio de hematología con trombocitopenia moderada y escasa púrpura petequial. Se realizaron varios estudios incluyendo medulograma, y se plantea entonces, el diagnóstico de Trombocitopenia con ausencia de radios. En esa ocasión fue valorada por diferentes especialidades: Genética; Ortopedia; Fisiatría, Neuropediatría y Dermatología, ésta última especialidad valoró lesiones de Moniliasis cutánea. No se constataron otras malformaciones en otros sistemas. Por su estabilidad clínica y hematológica, con trombocitopenia moderada, se decide alta y seguimiento por consulta, manteniéndose estable en 2 controles, hasta que ingresa por trombocitopenia severa ($10 \times 10^9/l$), sin manifestaciones clínicas. En su evolución presentó ligera púrpura petequial en miembros inferiores y recibió transfusión de concentrado de plaquetas. Su evolución posterior ha sido satisfactoria, con estabilidad clínica, sin manifestaciones hemorrágicas, y desde el punto de vista hematológico, después del año de edad la trombocitopenia se mantuvo de moderada a ligera por unos meses, hasta la normalización de los valores plaquetarios hasta la actualidad. Su atención médica se ha limitado a chequeo clínico y hematológico periódico; así como seguimiento por la especialidad de Ortopedia.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS EN ETAPA DEL DIAGNOSTICO

Hemograma: Hb entre 9-10g/l

Leucocitos: 15.000 mm³, con eosinofilia moderada, 0,23. Segmentados: 0.32

Linfocitos: 0.45

Lamina Periférica: normocromía, normocitosis, algunos hematíes macrocitos, anisocitosis y poiquilocitosis. Leucocitosis ligera, con linfocitosis. Plaquetas disminuidas en número con presencia de macroplaquetas desagregadas.

Recuento plaquetario: 10 000 x mm³. Resto del Coagulograma, normal

Bioquímica sanguínea: normal

Radiografías: Extremidades superiores (Fig. 5 y 6): Ausencia bilateral del radio. Tórax: Normal (Fig. 5)

UTS transfontanelar y ecocardiograma, normales.

UTS abdominal y renal: informa como alteración, solo discreto estasis urinario a nivel del sistema excretor del riñón izquierdo. Se valoró por Nefrología, que teniendo en cuenta que la paciente no presenta síntomas urinarios, y con 3 Urocultivos sin crecimiento bacteriano, decidió evolucionar clínicamente, y por UTS renal; así como por cultivos de orina. En caso necesario realizar otros procedimientos posteriormente, como la Uretrocistografía. Hasta la fecha su evolución, al respecto ha sido satisfactoria.

Medulograma; informe Citomorfológico:

Sistema Megacariopoyético: deprimido, con aislados megacariocitos con núcleos polilobulados y otros fragmentados.

Sistema Eritropoyético: depresión relativa, 11%

Sistema Granulopoyético: Hiperplásico, con aumento de células eosinófilicas en todos los estadios evolutivos 77%, linfocitos 12%.

Celularidad +++ Azul de Prusia: negativo

Conclusiones: No células ajenas al parénquima medular. Dado por los hallazgos clínicos, radiológicos y hematológicos descritos, se plantea trombocitopenia con ausencia de radios.

DISCUSIÓN

La Trombocitopenia con Ausencia de Radios afecta a menos de 1 por cada 100.000 nacidos vivos, sin diferencias entre sexos, aunque algunas series reportan el sexo femenino como el más afectado.^{1,2,6}

Las manifestaciones relacionadas con la trombocitopenia, casi siempre severa, se evidencian generalmente antes del cuarto mes de vida y los fenómenos hemorrágicos pueden ser desde ligeros sangramientos muco-cutáneos, hasta cuadros hemorrágicos severos.¹¹⁻¹³

En relación a los aspectos esqueléticos del TAR, lo que da el sello es la ausencia bilateral del radio, y siempre están presentes los 5 dedos. Pueden existir otras alteraciones esqueléticas, afectándose más las extremidades que el tronco y los brazos más que las piernas. Otras malformaciones son descritas en el TAR, considerándose frecuentes y muy heterogéneas.^{2,14}

El caso presentado reúne los criterios clínicos, de laboratorio y radiológicos para plantear esta entidad. La ausencia bilateral de radios se constata al nacimiento, sin otras alteraciones somáticas ni en otros sistemas. Tuvo recuentos de plaquetas severamente disminuidos a partir del cuarto mes, con ligera purpura petequiral, como se describe en diferentes series.¹⁻³

Algunos casos de TAR presentan reacciones leucemoides importantes, o leucocitosis de 10.000 a 20.000 x mm³; esta última correspondiendo con nuestro caso. La eosinofilia fue un hallazgo presente en nuestra paciente y se describe en la literatura, tanto periférica como medular. Coincidentemente a lo planteado en la literatura, el aspirado de médula ósea muestra megacariocitos disminuidos o ausentes, y frecuentemente defectuosos; así como la hiperplasia mieloide. Es habitual la normalidad del sistema eritroide y la ausencia de anomalías en los eritrocitos circulantes.^{4,15}

El tratamiento y sus resultados han sido muy variables y difíciles de evaluar por la rápida y fatal evolución o por la regresión espontánea natural. No hay evidencias de que los esteroides y la esplenectomía sean útiles. Las transfusiones de plaquetas y glóbulos sólo, si son necesarios. El tratamiento ortopédico se dirige hacia la corrección de la desviación radial de la mano.^{15,16}

El pronóstico depende del fenómeno hemorrágico y la alta mortalidad guarda relación con la menor edad.⁴

CONCLUSIONES

Nuestro caso, una niña con diagnóstico de ausencia radial bilateral al nacimiento, presentó trombocitopenia severa, al cuarto mes de vida, con escasa sintomatología relacionada, y sin otras malformaciones asociadas. Recibió transfusión de plaquetas solo en una ocasión, justificada por la trombocitopenia severa en etapa de lactante y con púrpura petequial como manifestación inicial. Después del año de edad la trombocitopenia se mantuvo de moderada a ligera, totalmente asintomática, hasta la normalización de los valores plaquetarios en la actualidad. Su atención médica se ha limitado a chequeo clínico y hematológico periódico; así como seguimiento por la especialidad de Ortopedia.

IMÁGENES



Fig.1. Notorio acortamiento de los antebrazos por ausencia de los radios



Fig. 2. Antebrazo corto y en flexión con 5 dedos completos



Fig.3. Aspecto de las extremidades superiores con ausencia bilateral de radio



Fig. 4. Aspecto clínico de la paciente



Fig. 5. Ausencia bilateral del radio



Fig. 6. Extremidad superior: Ausencia del radio



Fig. 7. Crecimiento de metacarpianos y falanges

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borlone Rojas, S. Trombocitopenia con radios ausentes (TAR) . MAR Observatio clinica [Internet]. 1997 [citado 12 de Marzo de 2018]; (89):[aprox. 1-7 p.]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v48n4/art11.pdf>
2. Castillo-González, D de la C. Algunas consideraciones clínico-genéticas de la trombocitopenia con ausencia de radios . Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemote [Internet]. 2010 [citado 12 de Marzo de 2018]; 26(4):[aprox. 1-10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol26_4_10/hih03410.htm
3. Miscione, H F; Primono, C. Síndrome TAR con tetrafocomelia . Rev Esp Cir Osteoart [Internet]. 1997 [citado 12 de marzo de 2018]; 32():[aprox. 1-4 p.]. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/39811/28-31.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Greenhalgh, K L; Howell, R T; Bottani, A; Ancliff, P J; Brunner, H G; Verschuuren-Bemelmans, C C. Trombocytopenia-absent radius syndrome: A clinical genetic study. . J Med Genet [Internet]. 2002 [citado 12 de Marzo de 2018]; 39():[aprox. 1-7 p.]. Disponible en: <http://img.bmj.com/content/jmedgenet/39/12/876.full.pdf>
5. Hall, J G; Levin, J; Kuhn, J P; Ottenheimer, E J; van Berkum, K A; McKusick, VA. Thrombocytopenia with absent radius (TAR).. Medicine [Internet]. 1969 [citado 12 de marzo de 2018]; 48(6):[aprox. 1-5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4951233>
6. Messen H, S; Vargas P, L ; Garcia U, H; Miranda G, P. Trombocitopenia y aplasia radial (TAR) de curso benigno en gemelas univitelinas . Rev. Chil. Pediatr [Internet]. 1986 [citado 12 de Marzo de 2018]; 57(6):[aprox. 1-5 p.]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v57n6/art18.pdf>
7. Hedberg, V A; Lipton, J M. Thrombocytopenia with absent radii. A review of 100 cases.. Am J Pediatr Hematol Oncol. [Internet]. 1988 [citado 12 de Marzo de 2018]; 10(1):[aprox. 1-10 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3056062>
8. Martínez-Frías, M L; Bermejo Sánchez, E; García García, A; Pérez Fernández, J L; Cucalón Manzanos, F; Calvo Aguilar, M J et al. . An epidemiological study of the thrombocytopenia with radial aplasia syndrome (TAR) in Spain.. An Esp Pediatr [Internet]. 1998 [citado 12 de marzo de 2018]; 49():[aprox. 1-5 p.]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/49-6-13.pdf>
9. Goldfarb, C A; Wustrack, R; Pratt, J A; Mender, A; Manske, P R. Thumb function and appearance in thrombocytopenia: absent radius syndrome.. J Hand Surg Am. [Internet]. 2007 [citado 12 de Marzo de 2018]; 32(2):[aprox. 1-10 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17275588>
10. Oishi, S N; Carter, P; Bidwell, T; Mills, J; Ezaki, M. Thrombocytopenia absent radius syndrome: presence of brachiocarpalis muscle and its importance.. J Hand Surg Am [Internet]. 2009 [citado 12 de Marzo de 2018]; 34(9):[aprox. 1-5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19773129>
11. Garavito, P; Silvera Redondo, C; Fernández Ponce, C M. Síndrome de tar y estado de heterocigosis para anemia falciforme. Salud Uninorte, Barranquilla

- [Internet]. 2004 [citado 12 de Marzo de 2018]; 19():[aprox. 1-5 p.]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4123/5638>
12. McKusick VA Thrombocytopenia-absent radius syndrome. [Internet]. Baltimore: ;[actualizado 2007; citado 2007 Octubre 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih/Alport/OMIM>
 13. Geddis, A E. Congenital Amegakaryocytic Thombocytopenia and Thrombocytopenia with Absent Radii. Hematol Oncol Clin North Am. [Internet]. 2009 [citado 12 de Marzo de 2018]; 23(2):[aprox. 1-10 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2757092/>
 14. Skórka, A; Bielicka-Cymermann, J; Gieruszczak-Bialek, D; Korniszewski, L.. Thrombocytopenia-absent radius (tar) syndrome: a case with agenesis of corpus callosum, hypoplasia of cerebellar vermis and horseshoe kidney.. Genet Couns. [Internet]. 2005 [citado 12 de Marzo de 2018]; 16(4):[aprox. 1-10 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16440880>
 15. Fernández O, Almagro D, Ballester JM, Dórticos E, Hernández P. Púrpura amegacariocítica congénita con aplasia de los radios. Sangre 1976;21:366-74.
 16. Greenwald HM, Sherman I. Congenital essential thrombocytopenia. Am J Dis Child 1929;38:1242-6.

USO DE AZITROMICINA Y AMOXICILINA EN LAS IRA TRATADAS EN LA COMUNIDAD EN FARMACIAS DE CIENFUEGOS.

USE OF AZITHROMYCIN AND AMOXICILLIN IN ARI TREATED IN THE COMMUNITY IN PHARMACIES OF CIENFUEGOS

Yaima Gálvez Pérez, María Elisa Jorge Rodríguez

Yaimagp820606@minsap.cfq.sld.cu, Dirección Municipal de Salud de Cienfuegos, Cuba

elisa@uclv.edu.cu, Universidad Central Martha Abreu de Las Villas, Cuba, Doctor en Ciencias.

Resumen:

Las revisiones sistemáticas son investigaciones científicas en las cuales la unidad de análisis son los estudios originales primarios. Constituyen una herramienta esencial para sintetizar la información científica disponible, incrementar la validez de las conclusiones de estudios individuales e identificar áreas de incertidumbre donde sea necesario realizar investigación. El presente trabajo se evaluó el uso de la amoxicilina y la azitromicina en el tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) adquiridas a nivel de la comunidad en el municipio de Cienfuegos, seleccionando los datos registrados en las áreas de salud que mayor índice de IRA tienen en este municipio, se realizó además una revisión sistemática sobre el uso de ambos antibióticos en bases de datos especializadas, especialmente en relación con la eficacia clínica y microbiológica, así como la seguridad en las IRA. Como resultado se obtuvo que la azitromicina tabletas es prescrita para tres infecciones respiratorias agudas: la faringoamigdalitis, la bronquiolitis y las neumonías, con un régimen de tratamiento de tres días y que la amoxicilina cápsulas de 500 mg es un antibiótico de amplio espectro prescrita como mayor opción terapéutica en dos infecciones respiratorias agudas: la bronquiolitis y las neumonías, con un régimen de tratamiento de 7 días. La revisión sistemática realizada permitió corroborar el uso de ambos antibióticos en estas infecciones, con una variabilidad grande en los esquemas de tratamientos y se muestra a la azitromicina con ventajas en el tratamiento de las IRA, por tener su régimen de dosificación significativamente más simple y un efecto clínico más rápido.

Abstract:

Systematic reviews are scientific investigations in which the unit of analysis is the original primary studies. They constitute an essential tool to synthesize the available scientific information, increase the validity of the conclusions of individual studies and identify areas of uncertainty where research is necessary. The present work evaluated the use of amoxicillin and azithromycin in the treatment of Acute Respiratory Infections (ARI) acquired at the community level in the municipality of

Cienfuegos, selecting the data recorded in the health areas with the highest rate of IRA. In this municipality, a systematic review was also carried out on the use of both antibiotics in specialized databases, especially in relation to clinical and microbiological efficacy, as well as safety in IRA. As a result it was obtained that azithromycin tablets are prescribed for three acute respiratory infections: pharyngotonsillitis, bronchiolitis and pneumonias, with a three-day treatment regimen and that amoxicillin 500 mg capsules is a broad-spectrum antibiotic prescribed as greater therapeutic option in two acute respiratory infections: bronchiolitis and pneumonias, with a treatment regime of 7 days. The systematic review made it possible to corroborate the use of both antibiotics in these infections, with a great variability in the treatment schemes and it is shown to azithromycin with advantages in the treatment of the IRA, for having its dosing regimen significantly simpler and faster clinical effect.

Palabras claves: Azitromicina, Amoxicilina, Infecciones Respiratorias Agudas.

Keywords: Azithromycin, amoxicillin, acute respiratory infections.

Introducción:

Antecedentes: El mal uso de antibióticos está aumentando su resistencia en forma progresiva convirtiéndose en un grave problema de salud pública haciendo más difícil el tratamiento y prevención de muchas enfermedades infecciosas. La necesidad de la utilización racional de los antimicrobianos ha condicionado que en la clínica se elaboren e implementen múltiples estrategias. Entre los procesos infecciosos que demandan el uso de antibióticos por parte de la comunidad se destacan las infecciones respiratorias agudas (IRA). Debido a la variedad de opciones terapéuticas existentes para el tratamiento de las IRA en la comunidad, a veces el médico tiene dificultades para elegir la más adecuada, definida como la que produce una mayor eficacia con el menor riesgo de efectos adversos. En Cuba, particularmente en la provincia de Cienfuegos, diferentes razones han inclinado hacia el uso indiscriminado de dos antibióticos que son considerados, por los galenos que trabajan a nivel primario, como los antibióticos de elección: la azitromicina y la amoxicilina. Por lo anteriormente expuesto y en aras de orientar al personal médico que trabaja en la comunidad en la Ciudad de Cienfuegos sobre el tratamiento más adecuado en las IRA, el presente trabajo investigativo posee como objetivo general:

Evaluar el uso de la amoxicilina y la azitromicina en el tratamiento de las IRA adquiridas a nivel de la comunidad, haciendo una revisión sistemática de todos los estudios publicados sobre el tema.

Objetivos específicos:

1. Identificar las infecciones respiratorias agudas para las que se prescribe azitromicina tabletas 500 mg y la amoxicilina capsulas de 500 mg en la atención primaria en la Ciudad de Cienfuegos.

2. Realizar una revisión sistemática sobre el uso de ambos antibióticos en bases de datos especializadas, especialmente en relación con la eficacia clínica y microbiológica, así como la seguridad en las IRA.
3. Revisar la metodología empleada en cada estudio, y extraer o reanalizar los resultados.

Materiales y métodos:

El trabajo incluyó las siguientes tareas de investigación:

-Recolección de la información sobre el uso de la azitromicina y la amoxicilina.

Se elaboró una ficha de recolección de datos. Se extrajo la información incluida en las recetas de ambos antibióticos que fueron recogidas en tres farmacias del municipio de Cienfuegos; durante el periodo estudiado, para luego seleccionar las recetas correspondientes a la población y muestra que cumplían con los criterios de inclusión. Luego de tener todos los datos o la información requerida se prosiguió a la tabulación de la misma, en la cual se utilizaron el programa Microsoft Excel, versión 2010 para Windows (109), para luego generar las gráficas de barras para la realización del análisis de resultados del estudio.

-Revisión Sistemática

La revisión Sistemática se realizó según la metodología descrita en la literatura incluyendo 5 etapas.

- 1- Definición de la pregunta clínica de interés y de los criterios de inclusión y exclusión
- 2- Localización y selección de los estudios relevantes.
- 3- Extracción de datos de los estudios primarios
- 4- Análisis y presentación de los resultados
- 5- Interpretación de los resultados

Los estudios relevantes se localizaron y se seleccionaron en repertorios informatizados, se consultaron las siguientes bases de datos:

1. MEDLINE de 1966 a Julio 2017. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
2. Cochrane (español) (Centro Cochrane Iberoamericano) <http://www.cochrane.es>

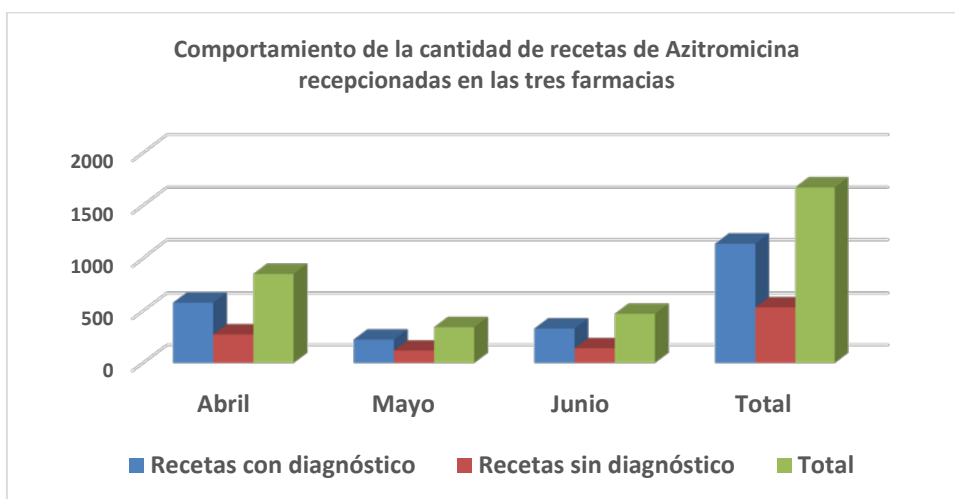
Resultados y discusión:

-Análisis del uso de la azitromicina y la amoxicilina en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas adquiridas a nivel de la comunidad, en la ciudad de Cienfuegos

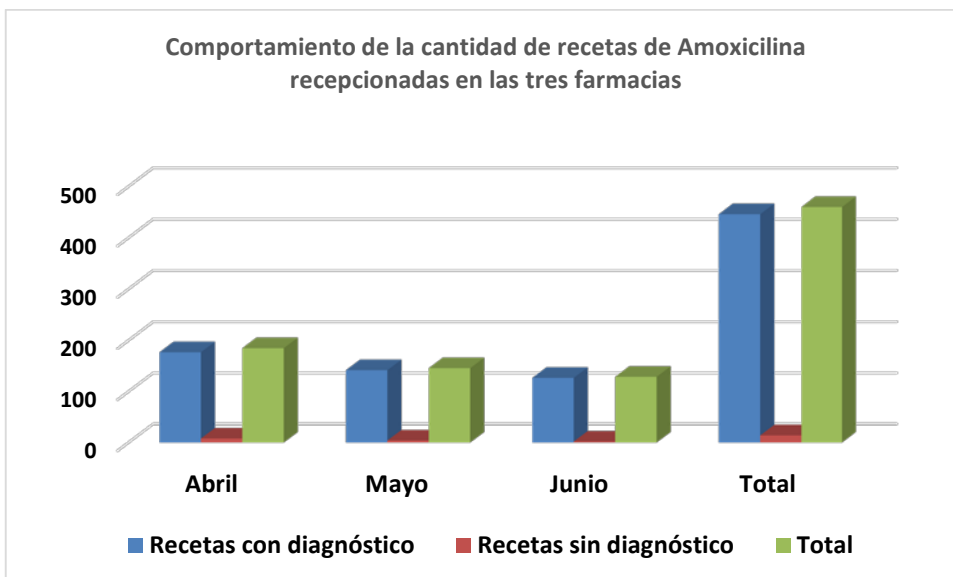
✓ Cantidad de recetas recepcionadas y diagnóstico

El presente trabajo se realizó en la Ciudad de Cienfuegos, donde fueron seleccionadas las tres farmacias que reportaban la mayor comercialización de los dos antibióticos objeto de estudio del presente trabajo: amoxicilina, capsulas 500 mg y azitromicina, tabletas 500 mg. Durante los meses de abril a junio, y en coordinación con el personal farmacéutico responsable, fueron revisadas todas las recetas recepcionadas en las farmacias (Principal, Pastorita y la Caridad), con vistas a recoger los datos que permitieran conocer el nivel del uso de ambos antibióticos en las infecciones respiratorias agudas.

La Fig. 1 muestran las cantidades de recetas recepcionadas en cada mes, con y sin diagnóstico para la azitromicina.

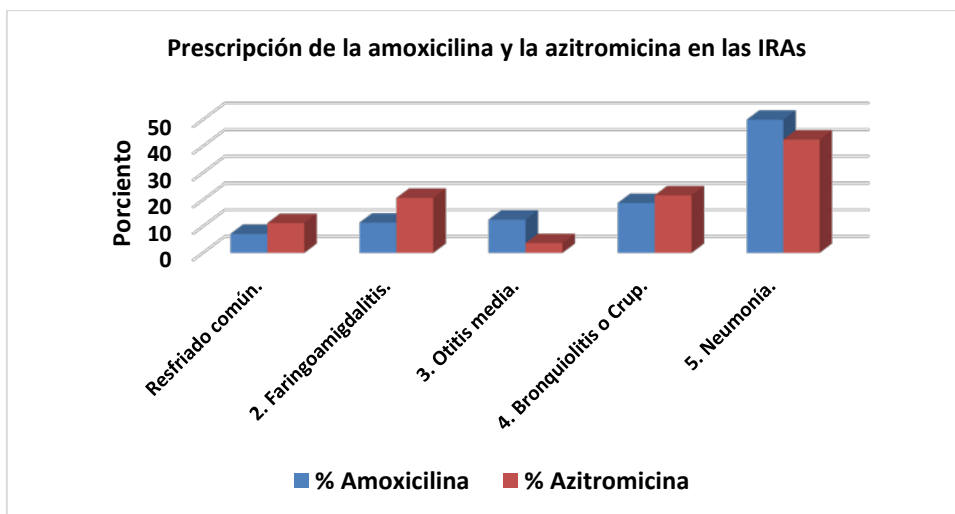


Con respecto a la amoxicilina (Fig. 2.) resultó significativo la disminución en la cantidad de recetas, con respecto a la azitromicina, tanto en el total como en las recetas sin diagnóstico.



✓ Prescripción de ambos antibióticos en las IRA

La Fig. 3 muestra cómo se comportó la prescripción de azitromicina o amoxicilina (tabletas 500mg y cápsulas 500mg, respectivamente) en las enfermedades respiratorias agudas. Como se observa el comportamiento para ambos antibióticos es similar



✓ Tiempo de Tratamiento

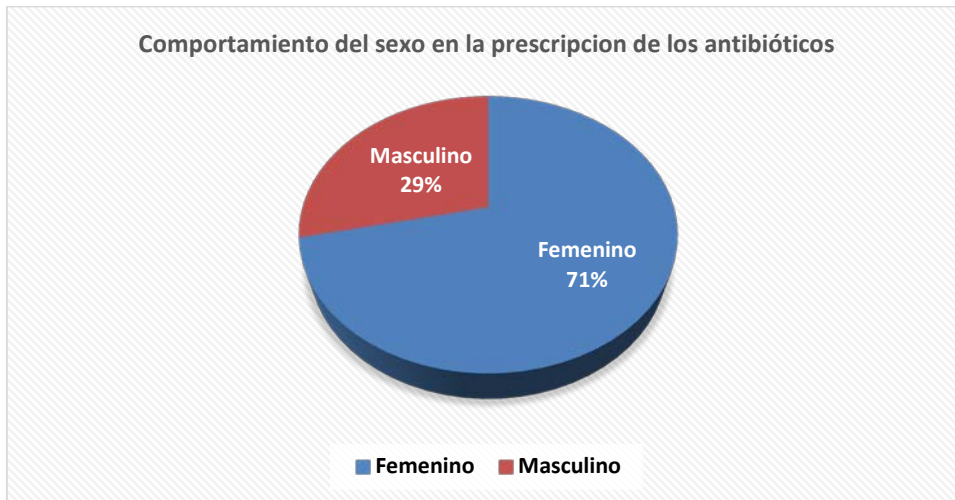
Con respecto al tiempo de duración del tratamiento de las IRA para ambos antibióticos fue precisado realizando intercambios con los médicos que trabajan en las áreas de salud donde se encontraban las farmacias comunitarias seleccionadas. La azitromicina fue prescrita para tres días en dosis de una tableta diaria (500mg), mientras que la amoxicilina fue prescrita por 7 días, una cápsula (500mg) cada 8 h para enfermedades respiratorias.

✓ Edad

En el estudio se pudo precisar que el mayor porcentaje de pacientes (superior al 52%) que usaron estos antibióticos tenía una edad superior a los 50 años. Este resultado se corresponde con que las IRA aparecen con mayor frecuencia en los adultos de mayor edad.

✓ Sexo

Con respecto al sexo la Fig. 4 indica que en los 3 meses de investigación el mayor porcentaje de pacientes tratados con ambos antibióticos fue de sexo femenino.



-Resultados de la revisión sistemática realizada

Como se expuso en el capítulo de materiales y métodos la revisión sistemática se realizó cumplimentando las etapas descritas en la literatura para este tipo de revisión por Ferreira y col.

En la búsqueda realizada se localizaron ochenta estudios observacionales que trataban de forma específica los dos antibióticos en estudio y su uso en las infecciones respiratorias agudas.

Al aplicar los criterios de inclusión y exclusión citados en el acápite 2.2.1 se obtuvo que 46 estudios cumplieran con dichos criterios, mientras que 34 no serían aceptados. Las razones fundamentales de la no aceptación estuvieron relacionadas, fundamentalmente, con el uso en pediatría y el idioma.

Con respecto a la calidad de la información de los 46 trabajos seleccionados 26 poseen información relevante, mientras que el resto no fueron excluidos ya que no incluyen datos cuantitativos suficientes que aportaran información sobre el uso de los antibióticos en estudios en las IRA.

Con respecto a la tercera clasificación se realizó con los 26 trabajos que quedaron en la segunda clasificación y en la misma se pudo precisar que la mayoría de los

estudios localizados eran prospectivos (19 para un 73%), mientras que los restantes (7) eran retrospectivos.

A continuación, se analizó la información de los 26 trabajos seleccionados con vistas a extraer los datos necesarios para obtener información sobre el uso de ambos antibióticos, especialmente en relación con la eficacia clínica y microbiológica, así como la seguridad en las IRA.

Conclusiones:

1. La azitromicina tabletas 500 mg es prescrita para tres infecciones respiratorias agudas: la faringoamigdalitis, la bronquiolitis y las neumonías, con un régimen de tratamiento de tres días.
2. La amoxicilina cápsulas de 500 mg es un antibiótico de amplio espectro prescrita como mayor opción terapéutica en dos infecciones respiratorias agudas: la bronquiolitis y las neumonías, con un régimen de tratamiento de 7 días.
3. La revisión sistemática realizada de los dos antibióticos en estudio permitió corroborar el uso de ambos en las infecciones respiratorias agudas con una variabilidad grande en los esquemas de tratamientos.
4. La literatura consultada muestra a la azitromicina con ventajas en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas, al tener su régimen de dosificación significativamente más simple y un efecto clínico más rápido

Referencias bibliográficas:

1. Goodman A. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. México: Editorial Panamericana. 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de medicamentos: Progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS. Informe de la secretaría. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2006.
3. OMS. Estrategia mundial de la OMS para contener la resistencia a los antimicrobianos. Ginebra: Suiza. 2001; p 1-68.
4. OMS. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: La contención de la resistencia a los antimicrobianos. Ginebra: Suiza. 2005; p 1-6.
5. Drobnic L, Grau S. Manual de terapéutica antimicrobiana. Editorial IMAS. 3ra edición. Barcelona: España. 2005; p 22. 15.
6. Ramírez Villaseñor I. Uso de antimicrobianos en infecciones agudas de vías respiratorias altas. Rev Med IMSS. 2005; 43 (3): 247-255.
7. Llor C. Uso prudente de ATB y propuestas de mejora desde la atención primaria. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010; 28(Supl 4): 17-22.

8. Doern GV, Richter SS, Miller A. Antimicrobial resistance among *Streptococcus pneumoniae* in the United States: have we begun to turn the corner on resistance to certain antimicrobial classes? *Clin Infect Dis*. 2005; (41): 139-48.
9. Pichichero ME. Short course of antibiotic in acute otitis media and sinusitis infections. *J Int Med Res*.2000; (28): 25-36A.
10. Schaad U, Heynen G. the Swiss tonsillopharyngitis study group. Evaluation of the efficacy, safety and toleration of azithromycin vs. Penicillin V in the treatment of acute streptococcal pharyngitis in children: results of a multicenter, open comparative study. *Pediatr Infect Dis J*.1996; (15): 791-5.
11. Arguedas A, Loaiza C, Herrera M, et al. Comparative trial of 3-day azithromycin versus 10-day amoxicillin/clavulanate potassium in the treatment of children with acute otitis media with effusion. *Int J Antimicrob Agents*. 1996; (6): 233-8.
12. Aronovitz G. A multicenter, open label trial of azithromycin vs. amoxicillin/clavulanate for the management of acute otitis media in children. *Pediatr Infect Dis J*. 1996; (15): S15-19.
13. Arrieta A, Arguedas A, Fernández P, et al. High dose azithromycin versus high dose amoxicillin-clavulanate for treatment of children with recurrent or persistent acute otitis media. *Antimicrob Agents Chemother*. 2003; (47): 3179-86.
14. Cohen R, Reinert P, de la Rocque F, et al. Comparison of two dosages of azithromycin for 3 days versus penicillin V for ten days in acute Group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J*. 2002; (21): 297-303.
15. Panpanich R, Lertrakarnnon P, Laopaiboon M. Azithromycin for acute lower respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 23(1):CD001954.
16. Ferwerda A, Moll HA, Hop WCJ, et al. Efficacy, safety and tolerability of 3 day azithromycin versus 10 day co-amoxiclav in the treatment of children with acute lower respiratory tract infections. *J Antimicrob Chemother*. 2001; (47): 441-6.
17. Kardas P, Devine S, Golembesky A, et al. A systematic review and meta-analysis of misuse of antibiotic therapies in the community. *Int J Antimicrob Agents* 2005; 26:106–13.
18. Moher D, Tetzlaff J, Tricco AC, Sampson M, Altman DG. Epidemiology and reporting characteristics of systematic reviews. *PLoS Med*. 2007; 4:e78.
19. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*. 2009; 62:e1–34.
20. Blasi F, Cazzola M, Tarsia P, et al. Azithromycin and lower respiratory tract infections. *Expert Opin Pharmacother*. 2005; (6): 2335-51.
21. Mahon C, manuselis G. *Diagnostic Microbiology*. 2000. Pp-883-914.
22. Ebell MH, Radke T. Antibiotic use for viral acute respiratory tract infections remains common. *Am J Manag Care*. 2015 Oct 1; 21(10): 567-75.
23. Turner RB. The epidemiology, pathogenesis and treatment of the common cold. *Seminars in Pediatric Infectious Disease Journal*. 1995; (6): 57 - 61.

24. Bernal LA. Resfriado común. En: Correa JA, Gómez JF Posada R (eds). *Fundamentos de pediatría*, Tomo V. Medellín: CIB.1995: 2260 - 2263.
25. Cots J.M, Alós J.I, Bárcena M, Boleda X, Canadá J et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. *Atención primaria*. 2015; 47 (8): 532-543.
26. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: A cross-national database study. *Lancet*. 2005; (365): 579-87.
27. EDDC/EMEA Joint Technical Report. The bacterial challenge: Time to react. A call to narrow the gap between multidrugresistant bacteria in the EU and the development of new antibacterial agents. Stockholm. 2009.
28. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant DM, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: Systematic review and metaanalysis. *BMJ*. 2010; (340): c2096.
29. World Health Organization. WHO's first global report on antibiotic resistance reveals serious, worldwide threat to public health. Antimicrobial resistance-global surveillance report. Virtual Press Conference. 30 April 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014>
30. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2007. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Search date 2006; primary sources Medline, The Cochrane Library, and hand searches of reference lists of relevant articles.
31. McDonald M, Currie BJ, Carapetis JR. Acute rheumatic fever a chink in the chain that links the heart to the throat?. *Lancet Infect Dis*. 2004; (4): 240–245. [PubMed]
32. Andrews M, Condren M. Once-daily amoxicillin for pharyngitis. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2010; (15): 244-8.
33. Tanz RR, Shulman ST. Diagnosis and treatment of group a streptococcal pharyngitis: Seminars in Pediatric Infectious Diseases. 1995; (6): 69-78.
34. Pichichero ME, Margolis PA. A comparison of cephalosporins and penicillins in the treatment of group a hemolytic streptococcal pharyngitis: a meta-analysis supporting the concept of microbial copathogenicity. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 1991; (10): 275-81
35. Wenig BM, Korblut AD. Pharyngitis. En: Bailey BJ (ed). *Head and neck surgery otolaryngology*. Philadelphia: Lippincott. 1993: 551-557 22. Moore KL. La faringe. En: *Anatomía con orientación clínica*. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana. 1993: 854-863.
36. Franco G. Faringoamigdalitis y adenoiditis. En: Reyes MA, Leal FJ, Aristizábal GD (eds). *Infección y alergia respiratoria en niños*. 2ª ed. Cali: Editorial XYZ. 1991: 142-149.
37. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, Jalava J, Ruuskanen O, Ruohola A. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med*. 2011; 364(2): 116-126.
38. Del Castillo F, Delgado A, Rodrigo C, Cervera J, Villafruela MA, Picazo JJ. Consenso Nacional sobre otitis media aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 66(6): 603-10

39. Klein, JO. Acute otitis media in children: Treatment. In: UptoDate® 19.3, Edwards, MS (Ed), Waltham, MA. 2011.
40. National Institute for health and Clinical Excellence. Respiratory tract infections – antibiotic prescribing. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. NICE clinical guideline 69. July 2008. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. [Accedido: 14/12/2011]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG69FullGuideline.pdf>
41. Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis: Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Pediatrics. 2006; (118): 1774-1793.
42. Fitzgerald DA, Kilham HA. Bronchiolitis: assessment and evidence-based management. Med J Aust. 2004; (180): 399-404.
43. Smith SM, Fahey T, Smucny J, et al. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 3: CD000245.
44. Organización-Mundial-de-La-Salud O. Estrategia mundial OMS de contención de la resistencia a los antimicrobianos 1999 [cited marzo 2014. Available from: http://www.antibioticos.msc.es/PDF/resist_OMS_estrategia_mundial_resumen.pdf
45. Organización-Mundial-de-La-Salud O. Prevención y control de la resistencia a los antimicrobianos en Las Américas. Plan estratégico de vigilancia de la resistencia a los antibióticos 2001 [cited marzo 2014. Available from: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/PlanRegionalParaguay.pdf>
46. Organización-Mundial-de-la-Salud O. Joint FAO/WHO/OIE Expert Meeting on Critically Important Antimicrobials 2009 [cited marzo 2014. Available from: http://www.who.int/foodborne-disease/resources/Report_CIA_Meeting.pdf.
47. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.0.2 [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2016. Disponible en <http://www.cochrane.es/node/242> Rev marzo 2017.
48. MEDLINE. PubMed. Disponible en [URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) Rev. marzo 2017.
49. Laopaiboon M1, Panpanich R, Swa Mya K. Azithromycin for acute lower respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Mar 8 ;(3):CD001954.
50. Havers F, Thaker S, Clippard JR, Jackson M, McLean HQ, Gaglani M, Monto AS6, Zimmerman RK7, Jackson L3, Petrie JG6, Nowalk MP7, Moehling KK7, Flannery B2, Thompson MG2, Fry AM2. Use of influenza antiviral agents by ambulatory care clinicians during the 2012-2013 influenza season. Clin Infect Dis. 2014 Sep 15; 59(6):774-82.
51. Smith SS, Kern RC, Chandra RK, Tan BK, Evans CT. Variations in antibiotic prescribing of acute rhinosinusitis in United States ambulatory settings. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 May; 148(5):852-9.

USO DE HEBERFERÓN EN EL CÁNCER CUTÁNEO.

A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Dra. MsC Graciela Caridad Cabrera Acea, gracielaca@jagua.cfg.sld.cu, Policlínico docente universitario” Dr. Juan José Apolinaire Pennini”, Cienfuegos, Cuba.

Dra. MsC. Marlene Curbelo Alonso, mcurbelo@jagua.cfg.sld.cu, Hospital docente universitario ”Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, Cuba.

Dra. Cynthia G. Gómez Cabrera, Policlínico docente universitario” Dr. Juan José Apolinaire Pennini”, Cienfuegos, Cuba.

Lic. Zenaida Rodríguez Bernal, superacion@ucm.cfg.sld.cu, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

Resumen:

En los últimos años debido a la destrucción de la capa de ozono, la radiación ultravioleta (UV) ha alcanzado apreciable importancia por los problemas de salud que acarrea, especialmente en relación a las lesiones pre-malignas y malignas de piel. Se trata del paciente MRP de 61 años de edad, blanco, masculino, de procedencia rural, fototipo de piel I/II, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus para la cual lleva tratamiento regular e historia de familiares con igual fototipo y lesiones de daño solar.

El mismo presentaba igualmente dichas expresiones con la presencia de manifestaciones clínicas de cáncer cutáneo no melanocítico y múltiples queratosis actínicas, cuadro con evolución ha sido tórpida seguimiento inadecuado, lo que se explica por el avance de las afecciones tumorales y las múltiples intervenciones quirúrgicas a las que ha sido sometido, además de la continua aparición de nuevas lesiones premalignas y malignas fundamentalmente en áreas fotoexpuestas. Por todo ello se consideró tributario del tratamiento con Heberferón, que consiste en una terapia combinada de interferón alfa 2b humano recombinante e interferón gamma humano recombinante, novedosa alterativa terapéutica en ensayo clínico para carcinomas no melanocíticos de grandes dimensiones y con posibles lesiones mutilantes resultado de la terapia quirúrgica convencional. Después de la administración de esta reciente y beneficiosa terapia en el paciente se observa evidente mejoría de su cuadro dermatológico.

Palabras clave: radiaciones ultravioletas, daño solar crónico, cáncer de piel no melanocítico, heberferón.

Introducción:

La piel es una de las estructuras orgánicas de importancia vital por las muchas funciones que realiza; es una capa que cubre el cuerpo humano protegiéndolo del calor, la luz, heridas e infecciones. El cuerpo humano está formado por células muy pequeñas que crecen y mueren de manera controlada. A veces estas células se siguen multiplicando, creciendo sin control y causando un tejido anormal llamado tumor.¹ El reconocimiento de las neoplasias malignas cutáneas se remonta a los tiempos bíblicos. Hace algunos siglos se llevaron a cabo descripciones clínicas precisas entre carcinoma basocelular (CBC) y carcinoma espinocelular (CEC).²

Percivall Pott fue probablemente el primero en referirse al carácter maligno del CEC en 1775. Sus descripciones de ”verrugas por hollín” en deshollinadores

adolescentes ingleses condujeron al reconocimiento inicial de un carcinógeno laboral y a la promulgación de las primeras leyes de seguridad ocupacional. Históricamente el primer caso de cáncer cutáneo profesional y probablemente la primera enfermedad profesional descrita.^{3,4}

Los tumores cutáneos son aquellas neoformaciones circunscritas no inflamatorias, con guales características de otros tumores y con independencia biológica del tejido normal donde asientan. El término cáncer de la piel agrupa varios tumores que tienen en común un comportamiento biológico maligno pero que, individualmente, presentan diferencias en relación con la capacidad de invasión, tendencia a la metástasis y mortalidad.²

El cáncer de la piel puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero es más común en la piel que ha estado expuesta a la luz solar, como la cara, el cuello, región anterosuperior del tórax, las manos y los brazos, por lo que se señala que la exposición a la luz ultravioleta (UV) es el riesgo principal de la mayoría de estos cánceres. Muchos estudios también han señalado que la exposición al sol o presencia de quemaduras solares desde edades tempranas es un importante factor de riesgo al producir un daño acumulativo sobre el ADN de las células de la piel.^{5,6}

Dentro de su patogenia otros factores de riesgo conocidos son: el color de la piel, son más comunes en personas de piel, ojos y cabello claros; también se invocan factores hereditarios, irritantes locales crónicos de tipo mecánico, químico y por agentes físicos como la exposición a radiaciones ionizantes, fotoquimioterapia con PUVA (Psoraleno oral más rayos ultravioletas tipo A) y carcinógenos ambientales. También la inmunosupresión, los factores térmicos, infecciosos e inflamatorios como las cicatrices secundarias a lesiones cutáneas y dermatosis inflamatorias crónicas o quemaduras predisponen al cáncer cutáneo no melanoma (CCNM). Las lesiones premalignas o precancerosas como queratosis actínica son procesos morbosos que después de un tiempo más o menos largo se pueden transformar en un tumor maligno y dar origen a un CEC.^{4,6}

La capa exterior de la piel, la epidermis, está compuesta por diferentes tipos de células y los cánceres de la piel se clasifican por el tipo de células epidérmicas involucradas. Los más frecuentes son los CCNM, cuyas dos variedades más comunes que se presentan son: carcinoma basocelular (80 %) y espinocelular (20 %).^{1,7}

El carcinoma espinocelular o también denominado carcinoma de células escamosas es un tumor maligno derivado de los queratinocitos epiteliales de la piel y mucosas. A diferencia del CBC puede originarse en piel, mucosas y semimucosas y frecuentemente suele surgir a partir de lesiones precancerosas epidérmicas y dependiendo de la causa y del nivel de diferenciación, su agresividad varía. Es de rápida extensión, que tras su fase de infiltración y destrucción local se disemina por metástasis, primero a ganglios linfáticos regionales y luego en fase final por diseminación hematógena a las diferentes vísceras. Se desarrolla más rápidamente que el CBC por lo que su pronóstico es peor. El CEC cutáneo presenta un espectro amplio de presentaciones que varían desde neoplasias malignas invasoras superficiales de fácil manejo hasta tumores muy infiltrantes con metástasis que pueden llevar a la muerte. Entre sus variedades clínicas encontramos: noduloulcerosa, papilomatosa vegetante, ulcerosa y enfermedad de Bowen o carcinoma in situ.^{2,4}

Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de cáncer de piel se ha triplicado en las últimas dos décadas. En el mundo se registran anualmente de 2 a 3

millones de casos de cáncer de piel no melanoma y 160,000 casos de melanoma maligno, de este último se reporta una incidencia de 4 personas por 100.000 habitantes. Una de cada seis personas padecerá una neoplasia cutánea maligna a lo largo de su vida. Algunos países como Estados Unidos y Colombia lo reportan en el primer lugar de incidencia de cáncer, con mortalidad baja, pero morbilidad significativa, en Estados Unidos se reporta una tasa de 16.8 x 1000 habitantes.

En Cuba según el Anuario Estadístico en el año 2016 el cáncer de piel ocupa la posición 13 entre las causas de mortalidad por cáncer con registros de 452 defunciones y una tasa de 4.1/ 100 000 habitantes, superior al 2015.⁸

En Cienfuegos se han registrado en los últimos 5 años en el sistema de información de estadísticas provinciales un total de 3219 casos de cáncer de piel, de los cuales 2327 corresponden a CBC, 885 casos de CEC y 7 casos con diagnóstico de melanoma maligno; y en cuanto a la mortalidad se constataron 13 casos en el 2013, 10 en 2014 y 13 en 2015 fallecidos por cáncer cutáneo.⁹

En reiteradas ocasiones estas lesiones necesitan intervención quirúrgica, consecuentemente las deformidades estéticas por la magnitud del procedimiento, acarrear trastornos psíquicos al individuo, necesidad de recursos humanos, materiales necesarios para el tratamiento y tiempo de recuperación prolongado. En los últimos años múltiples investigadores se han centrado en estas patologías, su prevención y su terapéutica entre los más recientes se encuentra el Heberferón, fármaco fue producido en el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB) en Cuba para el tratamiento de las personas aquejadas de cáncer cutáneo tras más de 20 años de investigaciones y ensayos clínicos y continúa en desarrollo, con el objetivo de evaluar su efectividad en otros tipos de cáncer. Está indicado en el tratamiento perilesional (intradérmico) o intralesional del carcinoma basocelular previamente confirmado por biopsia. Puede utilizarse como tratamiento alternativo o adyuvante de otros procedimientos (quirúrgicos o no) así como en lesiones de cualquier tamaño, de cualquier subtipo clínico y en cualquier localización, de alto riesgo (zona H de la cara) o localmente avanzadas (lesiones difíciles de tratar por presentar invasión local y/o proximidad a estructuras vitales como ojos y cerebro).^{10,11}

Es una combinación sinérgica de Interferón alfa 2b y gamma recombinantes, es un medicamento inyectable que, con una formulación única en el mundo, está dirigido principalmente a reducir o eliminar los tumores de piel no melanomas. Resultado de 20 años de investigación del doctor Iraldo Bello. Varios países tienen mucho interés en obtener este medicamento cubano.

Entre sus características están:

- Permite la reducción de la masa tumoral y la cura de las lesiones.
- Evita complejas cirugías en zonas de alta frecuencia de recurrencias como las orejas, la nariz, los párpados y la zona periorcular, así como sus secuelas.
- Posee efecto curativo a distancia, pues se inyecta en una lesión y las del entorno reducen su tamaño o se eliminan.
- Tiene, además, la inhibición de la vascularidad del tumor y controla el ciclo celular, es decir, tiene acción antiproliferativa.

La dosis óptima definida en el tratamiento de los carcinomas basocelulares produce, como mínimo, una respuesta sostenida hasta los cinco años, con mejor efecto estético y menor intensidad de las reacciones adversas.^{11,12}

Más allá de tratar las afecciones, la principal prioridad dentro de la atención médica, el Heberferón contribuye a mejorar la estética del paciente con este tipo de afecciones. Por tanto, en su conjunto, permite mejorar la calidad de vida de los enfermos.

Aplicación:

Se aplica, a través de inyecciones intratumorales y/o intradérmicas, con una frecuencia de tres veces semanales a lo largo de tres semanas. A partir de aquí, la evaluación final se realiza en la semana 16 después de iniciado el tratamiento.

El efecto sinérgico se logra al administrar dos o más fármacos que dan como resultado efectos combinados, que resultan ser mayores que aquellos que podrían haberse alcanzado si alguno de los medicamentos se administrara solo.

Reacciones adversas.

Son del tipo de síndrome seudogripal (fiebre y malestar general), mayoritariamente leves y reversibles. En caso necesario, se debe reducir la dosis o interrumpir el tratamiento, y tomar las medidas apropiadas de acuerdo con la situación del paciente.

No se registran interacciones de riesgo con enfermedades crónicas no transmisibles, muy frecuentes en las personas de la tercera edad, grupo poblacional mayoritario en la investigación.^{12, 13}

Presentación del caso:

Paciente MRP de 61 años de edad, blanco, masculino, de procedencia rural, fototipo de piel I/II, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus para la cual lleva tratamiento regular. Este paciente acude por primera vez a consulta de Dermatología refiriendo que la ha salido en la espalda una “pelotica” que ha ganado en tamaño, es examinado en aquel entonces y se constató que se observaba una lesión tumoral con relieve, de 5cm de diámetro aproximadamente y se planteó un queratoacantoma o carcinoma epidermoide, se indicó tratamiento quirúrgico y estudio histopatológico cuyo resultado fue: carcinoma epidermoide que infiltra el plano muscular con marcada respuesta inflamatoria perilesional. Fue interconsultado el caso con el servicio de Oncología y se le indica seguimiento por consulta de mensual. A pesar de la prescripción facultativa con seguimiento y medidas profilácticas el paciente no regresó a consulta. Posteriormente en el año 2015 acude a consulta de Dermatología presentando una lesión de aspecto tumoral, grande en el pabellón auricular izquierdo, que es igualmente consultado con el servicio de Cirugía Maxilo-Facial y con ello vistas a conseguir mejores resultados en el tratamiento y valorando la extensión de la lesión y el punto de vista estético se realizó interconsulta, se decide entonces realizar amplia exéresis de la lesión con resección de una gran parte de la zona afectada. Desde esta fecha el paciente se ha mantenido con seguimiento en consulta y se han constatado la aparición de nuevas lesiones (3) donde se ha utilizado el tratamiento quirúrgico con estudios histopatológicos cuyos resultados fueron dos carcinomas basocelulares y un carcinoma de células escamosas, además del control del daño solar crónico que el paciente presenta que se hace evidente en el enrojecimiento facial y en la continua salida de otras lesiones pre malignas y malignas.

En la última consulta que fue realizada el 25-4-2017 se constató la aparición de nuevas lesiones:

- Lesión en el dorso de la nariz
- Lesión por encima del labio superior
- Lesión en el antebrazo izquierdo
- Lesión en la región infraclavicular derecha
- Lesión en la región epigástrica.

Examen Físico:

Se evidencia piel actínica, ojos claros, con expresión de daño solar crónico con múltiples máculas hipercrómicas alternando con hipocrómicas, lentigos solares, eritema intenso y múltiples queratosis actínicas que toman todas las áreas expuestas, lesiones de aspecto tumoral ulceroso costrosas en el dorso de la nariz, por encima del labio superior, en el antebrazo izquierdo, en la región infraclavicular derecha y en la región epigástrica, además de mutilación con pérdida de tejido en el pabellón auricular izquierdo y cicatrices quirúrgicas anteriores la más notable en la región del hombro derecho con retracción del tejido perilesional.

Ante este paciente con múltiples lesiones y daño solar crónico se consideró tributario de la aplicación del tratamiento con Heberferón, que consiste en una terapia combinada de interferón alfa 2b humano recombinante e interferón gamma humano recombinante como nueva alternativa terapéutica de carcinoma no melanocítico de grandes dimensiones y con posibles lesiones mutilantes resultado de la terapia quirúrgica convencional, el cual le fue aplicado según esquema y actualmente se encuentra con manifiesta mejoría del cuadro cutáneo.

Consideraciones generales:

Ante este caso cuya evolución ha sido tórpida, debido a la constante aparición y estado avanzado de las afecciones premalignas y malignas, evidencias por demás del daño solar crónico, que ha necesitado intervenciones quirúrgicas en disímiles ocasiones en años acompañado de secuelas mutilantes lo hicieron candidato para la aplicación del tratamiento con Heberferón, resultado de una combinación sinérgica de interferón alfa 2b y gamma recombinantes, medicamento inyectable que con una formulación única en el mundo, dirigido principalmente a reducir o eliminar los tumores de piel no melanomas. El mismo ha tenido notables resultados en este tipo de casos, corroborado por los efectos enunciados en estudios realizados en otras provincias en coordinación con el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología con su promotor principal el Dr. Iraldo Bello con 20 años dedicados a esta línea de investigación y que fue extendido a la provincia de Cienfuegos en distintos escenarios de la APS y atención secundaria y que en este paciente ha devenido en una notable mejoría de su estado cutáneo, por todo lo anteriormente expresado nos decidimos a presentar este caso. La divulgación de los resultados de esta nueva terapia y otros que se aplican día a día producto del estudio y esfuerzo continuado de los investigadores nacionales corrobora una vez las disposiciones gubernamentales, de los decisores e instituciones de salud por mejorar la salud y calidad de vida de la población cubana y foránea.

Referencias Bibliográficas:

1. Tran H, ChenK, Schumack S. Epidemiology and a etiology of basal cell carcinoma. Br J Derm 2013; 149 (Supl. 66): 50–52.
2. Lobos P, Lobos A. Cáncer de piel no-melanoma. [Internet]. 14 mar 2014 [citado 5 en 2018]; 59(4): [aprox.2p]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_145395.html
3. American Cancer Society. Cáncer de piel: células basales y células escamosas: American Cancer Society [Internet]. 2015 [citado 13 abril 2018]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002321-pdf.pdf>
4. Rocha Eiroa SJ, Ferreiro Losada MT, Regal Faraldo MI. Cáncer cutáneo por exposición ocupacional a agentes químicos. Med. Segur. Trab. [Internet]. 2014 Jun [consultado 4 feb. 2018]; 60(235): [aprox.5p]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

5. Molgó M, Castillo C, Vadés R. Conocimientos y hábitos de exposición solar de la población chilena. Rev Méd Chile 2015; 133:662-6.
6. Mora Ochoa M, Olivares Savignon AR, González Gross TM, Castro Mela I. El sol: ¿enemigo de nuestra piel? MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 2 jul 2017]; 14(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600014&script=sci_arttext
7. Los CDC apuntan a un ligero descenso en la tasa de cánceres avanzados. Cancer J Clin Centers for Disease Control and Prevention, news release [Internet]. 14 mar 2014 [citado 5 jun 2017]; 59(4): [aprox. 2p]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_145395.html
8. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2016. La Habana: MINSAP [en línea]. 2017 [citado 25 de jul 2017]. Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario Estadastico de Salud e 2016 edición 2017.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estadastico_de_Salud_e_2016_edición_2017.pdf)
9. Dirección Provincial de Salud. Anuario Estadístico de Salud de Cienfuegos 2013. Dirección Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Cienfuegos: MINSAP; 2015: p. 29. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cfg/>.
10. <https://www.ecured.cu/Heberferon>
11. <http://www.acn.cu/salud/31421-amplian-estudios-cientificos-sobre-el-medicamento-heberferon>
12. <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2016-09-01/heberferon-nuevo-medicamento-cubano-para-el-tratamiento-del-cancer-de-piel>
13. http://www.cecmec.cu/sites/default/files/adjuntos/rcp/biologicos/rcp_heberferon_0.pdf

Anexos



Antes



Después



Antes



Después



Antes

Después



Lesiones presentadas por el paciente en su inicio y que después de las 3 primeras semanas de tratamiento mejoraron notoriamente.

TÍTULO: UTILIZACIÓN DE LAS TIC EN EL MEJORAMIENTO DEL REGISTRO DE CAPTACIÓN DE EMBARAZADAS.

Autora: MsC. Clara Alina Moreno Soca, claraams@jagua.cfg.sld.cu Dirección Municipal de Salud Aguada, Cienfuegos, Cuba.

Coautores: Dra. Aylin Labañino Betancourt, aylinlabanino@gmail.com , Policlínico Área 3, Cienfuegos, Cuba.

MsC. Alejandro Juan Díaz Cabrera, alejandroda@ap.cf.rimed.cu , Dirección Municipal de Educación Aguada, Cienfuegos, Cuba.

Ing. Andy Díaz Moreno andy@s4571.dpcf.bandec.cu Banco de Crédito y Comercio Aguada, Cienfuegos, Cuba.

Lic. Alian Díaz Moreno, aliandiaz040985@gmail.com , Dirección Municipal de Educación Aguada, Cienfuegos, Cuba.

Lic. Rosmeilyn Mirabal Moreno, rosy@cfg.mintur.tur.cu, Dirección Provincial de Turismo, Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Informatizar el Sistema Nacional de Salud en Cuba es un desafío pero lo importante es saber utilizar las tecnologías de la información y las comunicaciones en el procesamiento de los datos para mejor gestión de la información médica para ser usados por distintos niveles. Un sistema estadístico que no realice un subsistema de monitoreo y evaluación, no está completo, por lo que es indispensable el establecimiento de procesos de verificación del dato pero no se dispone de un programa computarizado que sea capaz de mejorar las intervenciones y procesos establecidos para disminuir las deficiencias de las actividades registradas en las hojas de cargo. **Objetivo:** Diseñar un programa en Excel (Microsoft Office) que Automatiza el Registros de Captaciones de Embarazadas que garantice la calidad de los Datos Estadísticos en el Municipio de Aguada del año 2016.

Método: El programa capta datos y lo identifica automáticamente mediante la aplicación del formato condicional, herramienta que cumple una serie de criterios que ayuda a identificar rápidamente, determinados valores para cotejar los informes de Consulta Externa, Actividades del Programa de Genética y Actividades relacionadas con el Programa de Atención a la Mujer.

Resultados: La aplicación en Excel diseñada permite almacenar y compartir información de una forma centralizada y oportuna, trayendo consigo un aumento en la productividad del trabajo, disminución de los errores en las metodologías aplicadas e influencia positiva en el proceso docente e investigativo. El procedimiento diseñado puede ser generalizado a cualquier departamento de estadísticas del país.

Palabras Clave: Captación de Embarazadas, automatización, calidad de Datos.

INTRODUCCIÓN

En el momento en el que una mujer sospecha o tiene constancia de su embarazo comienza a ser valorada por un equipo multidisciplinar tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Especializada, con el fin de garantizar la salud y bienestar materno-fetal. El seguimiento y control del embarazo, la atención al parto y al puerperio son por lo tanto actividades de

alta relevancia para el sistema sanitario, no solo por su magnitud sino también porque requiere una supervisión continua.¹

La sociedad cubana presta especial atención a la protección de las madres y los niños; en el país están definidas políticas y estrategias que, de manera consciente y planificada, permiten la proyección de acciones en favor de su seguridad alimentaria, salud y nutrición. Los indicadores que describen la situación materno-infantil muestran resultados comparables con los alcanzados por los países más industrializados y ricos del mundo.²

La atención prenatal consiste en un conjunto de consultas, acciones de salud y cuidados previos al parto que deben terminar con un parto feliz y seguro de un recién nacido vivo sano y de buen peso. Cada gestante normal recibirá un mínimo de 10 controles prenatales por el médico de familia y de éstas 4 en interconsultas con el especialista de Ginecología y Obstetricia del Grupo Básico de Trabajo.³ Se considera precoz la captación realizada antes de las 12 semanas de edad gestacional, intermedia hasta las 22 semanas y tardía pasadas las 22 semanas.⁴

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han supuesto un importante avance ya que han permitido manejar y distribuir el conocimiento de una manera más eficiente y mucho más barata. Podría decirse que gracias a las TIC la difusión del conocimiento no tiene límites. Es más, ambos fenómenos, la economía basada en el conocimiento y la creciente importancia y desarrollo de las TIC, están relacionados tal y como afirman algunos expertos. Las TIC aportan una nueva y diferente base tecnológica que ha producido un cambio radical en las condiciones que permiten el desarrollo y la difusión del conocimiento así como su aplicación sobre el sistema productivo.⁵ En este contexto se hace necesario decidir y definir estrategias, políticas y programas incorporando el uso de las TIC en el sector salud.⁶ Para obtener *información* es necesario aplicar algún tipo de transformación o *procesamiento* sobre los datos. Convertir datos en información es un proceso que genera valor, aporta relevancia, proporciona algo nuevo que se desconocía. Los sistemas informáticos por su capacidad de registrar y procesar grandes volúmenes de datos, son instrumentos, eficaces para la generación de información. Sin duda esta característica ha sido uno de los aportes más significativos que ha realizado la informática a la gestión de organizaciones, especialmente al proceso de toma de decisiones.⁷

La consistencia y la calidad de los datos requeridos por los sistemas de información en salud, constituye el alma y el quehacer de toda oficina de estadísticas. Un sistema estadístico que no realice un subsistema de monitoreo y evaluación, no está completo, por lo que es indispensable el establecimiento de procesos de verificación del dato; pero no se dispone de un programa computarizado que sea capaz de mejorar las intervenciones y procesos establecidos para disminuir las deficiencias de las actividades registradas en las hojas de trabajo por el equipo básico de salud en el sistema de captación, control y seguimiento de las mujeres embarazadas.

Por lo que se define como **problema de la investigación**: La carencia de un programa informático que facilite el monitoreo y evaluación de la información lo que compromete su calidad, veracidad y oportunidad para la evaluación del programa durante su ejecución.

Tomando en cuenta los criterios antes expuestos de mejora continua de la calidad y la eficiencia de los servicios de información, se consideró pertinente la elaboración de una aplicación informática que no tiene precedentes en el territorio y que automatice el proceso de revisión y control de los Sistemas de Información Estadísticos (S.I.E.). Esta propuesta responde al objetivo de diseñar un programa en Excel para automatizar el registro de captación de embarazadas que garantice la calidad de los Datos Estadísticos en el municipio de Aguada de Pasajeros en la Provincia de Cienfuegos de Cuba.

MÉTODO

Se realizó una investigación-desarrollo de innovación tecnológica en la Dirección Municipal de Salud de Aguada de Pasajeros, Provincia de Cienfuegos en el 1er Semestre del año 2016. Se confeccionó un programa en Excel (Microsoft)/Windows 95 para automatizar el registro de captación de embarazadas como parte del sistema de mejora continua de la calidad de los Datos Estadísticos. Puede ser implementado prácticamente en cualquier computadora debido a la compatibilidad de Windows con versiones anteriores.

Para la confección del programa se revisaron los siguientes documentos (Modelos Oficiales):

- Modelo 18-145-02 - Actividades de Medicina Familiar.(Hoja de Trabajo del Médico)
- Modelo 54-02-01 Historia Clínica (Ingreso)
- Registro de Captación de embarazadas.
- Carnet de embarazadas

El programa captará datos y los identificará automáticamente mediante un código de colores ubicando los valores en los informes (tablas y series cronológicas) para cotejar con los S.I.E. pertinentes (Modelo 241-416-05 Consulta Externa, Modelo: 241-500-02 Actividades del Programa de Genética y Modelo 241-422- 07 Actividades relacionadas con el Programa de Atención a la Mujer). El libro consta de 15 hojas: una para la página de inicio (Ver Figura 1), 12 para los meses del año (Ver Figura 2), y 2 para las series cronológicas (Serie de captaciones por edades y trimestres y la serie de vigilancia nutricional), a las cuales se le aplicó el *formato condicional de Excel* que es una útil herramienta que se encarga de aplicar automáticamente un formato determinado a aquellas celdas que cumplan una serie de criterios concretos, una de las utilidades es que ayuda a identificar rápidamente, de un sólo vistazo, determinados valores.⁸ Ello permitirá aplicar un tipo de fuente específico o un color de relleno diferente para aquellas celdas que cumplan con ciertas reglas y así poder identificarlas fácilmente en pantalla. Esto hace que nada más verlos, los identifiquemos con el criterio que se ha indicado en el condicional⁹ Se observan las captaciones de embarazos por edades, Las semanas de gestación por trimestres y La evaluación nutricional. También se utilizó los hipervínculos en las celdas entre las diferentes hojas de cálculo.

El trabajo se aplicó en los departamentos de estadísticas de la Dirección Municipal y las dos áreas de salud (Aguada y A. Sánchez) durante el 1er semestre del año 2016.

DESARROLLO

Las perspectivas que ofrecen las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) en cada uno de los sistemas implican cambios organizativos y nuevas tendencias centradas en enriquecer y mejorar la calidad de las informaciones. El presente trabajo se validó en los departamentos de estadísticas de la Dirección Municipal de Salud, las áreas de salud de Aguada y A. Sánchez en el 1er. Semestre del año 2016. Se aplicó por la autora un instrumento (Anexo. Encuesta), para determinar los conocimientos del personal que emite y procesa las informaciones sobre la captación y seguimiento del embarazo. Resultó que solo el 9,8% registra la Enfermedad, condición o antecedente de riesgo obstétrico en las hojas de trabajo del médico en el momento que se realiza la consulta a las embarazadas, así como el 85,4% registra la Evaluación Nutricional existiendo incongruencias en los datos anotados en las hojas de trabajo y los carnets de embarazadas. (Anexo III. Tabla 1)

En las gestantes ingresadas en la sala de obstetricia, solo el 2.4 % reporta en las hojas de trabajo la realización de las consultas y seguimiento de terreno por el médico y enfermera de la familia. (Anexo III. Tabla 2)

El 100 % de los encuestados dice que se informan las deficiencias detectadas en el modelo de Actividades de Medicina Familiar (Hoja de Trabajo del médico) en la reunión del Grupo Básico de Trabajo para reparar los errores detectados. (Anexo III. Tabla 3). Se aprecia que el mayor por ciento (95,1 %) plantea que necesita capacitación sobre el tema analizado (Anexo III. Tabla 4), por lo que se propone implementar cursos sobre la captación, evaluación y seguimiento del embarazo en los S.I.E. en el curso escolar 2016-2017.

Al realizar la evaluación de la clasificación de los trimestres según semanas de gestación, se observa que el 80,5 % equipos básicos de salud (EBS) no realiza la clasificación de los trimestres según manual de prácticas obstétricas para la APS y S.I.E. (Anexo III. Tabla 5).

El sistema informático en la hoja # 1 tiene una portada de inicio donde se accede mediante hipervínculos que se pueden crear, modificar y abrir a las diferentes hojas del libro en las que se registran las informaciones. (Figura 1)

Se puede acceder a las áreas de salud de Aguada y A. Sánchez por los meses del año para actualizar las informaciones de los registros diseñados para el sistema informático.

Se detectaron errores en los informes de Consulta Externa, Actividades de Genética y Atención a la Mujer siendo los más frecuentes en los grupos de edades, trimestres por edad gestacional y la evaluación nutricional.

Todas las celdas de todas las hojas están protegidas, excepto aquellas que el usuario debe introducir, es decir los datos primarios para cada uno de los 12 meses del año. Esta característica representa una protección importante para los registros de captación de embarazadas y series cronológicas, dándole también mayor confiabilidad a los resultados.

CONCLUSIONES

- 1- Fue diseñado el Registro de Captaciones de Embarazadas en Excel (Microsoft Office), implantado y validado en dos áreas de salud y el Municipio de Aguada de Pasajeros.
- 2- El proceso de garantía de calidad en la gestión de la información en los departamentos de estadísticas y consultorios médicos en este tema fue analizado, y se comprobó la existencia de subregistros que están basados en los tipos de errores que se reproducen en la entrada, procesamiento y salida de la información, identificando oportunidades para desarrollar un programa en Excel que tributa a elevar la calidad de las informaciones estadísticas y capacitación.
- 3- Los elementos que integran esta aplicación en Excel son: una hoja de inicio, 12 hojas para los meses y 2 hojas para las series mensuales (Capt. Embarazadas y Evaluación Nutricional).
- 4- Las salidas que emite el sistema permiten cotejar los informes que corresponden Consulta Externa, Actividades de Genética y Actividades con Atención a la Mujer.
- 5- La aplicación en Excel diseñada permite almacenar y compartir información de una forma centralizada y oportuna, trayendo consigo un aumento en la productividad del trabajo, disminución de los errores en las metodologías aplicadas en los sistemas información y una influencia positiva en el proceso docente e investigativo. Se aumenta la calidad de la información estadística. El procedimiento diseñado a modo demostrativo puede ser generalizado a cualquier departamento de estadísticas del país.
- 6- La aplicación con datos reales arrojó resultados similares en ambos procesamientos: Libro de captaciones de embarazadas y sistema automatizado en Excel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Proceso asistencial integrado: Atención al embarazo normal y puerperio. España: Servicio de Salud de Castilla La Mancha; 2015. [citado 2016 Jun 28]; Disponible en: http://www.chospab.es/cursos_on_line/sescam/proceso_materno_infantil/archivos/Trabajo_del_Grupo_Embarazo_Puerperio_2015.pdf
- 2- Milanés Ojea María R, Cruz Manzano Elio F, Cruz Jorge Margarita S, León Moreno M, Postigo Osmany E, Valdés Ramos Evelio A. Influencia del estado nutricional sobre el peso al nacer en el tercer trimestre de la gestación. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Jul 14]; 39(3): 226-235. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2013000300002&lng=es
- 3- Manual de Procedimientos para la atención de grupos priorizados (mujer) dirigido a Médicos y Enfermeras de la Familia. La Habana: ECIMED; 2011. [citado 2016 Jun 18]; Disponible en:

<http://files.sld.cu/puericultura/files/2014/06/manual-de-procedimientos-para-la-atencion-de-grupos-priorizados-mujer-2.pdf>

- 4- Castiñeira González E, Pérez García R, Ferreiro González I, Pastrana Tapia J, Gómez Miranda J, Argíz Muñiz A. Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud. Medisur [Internet]. 2012 Oct [citado 2016 Jun 28]; 10(5): 434-465. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500018&lng=es.
- 5- Carrazana Rodríguez SL. Proyectos de Gestión de Ciencia e Innovación. La Dirección Integrada de Proyectos y los Estudios de factibilidad. Las Villas: Facultad de Química y Farmacia- Universidad Central “Marta Abreu”; 2006.
- 6- Muxi C; Acosta L, Forcella J. Utilización de las TIC en el sector salud de Uruguay. 2014. [citado 2016 Jun 18]; Disponible en: <http://www.relacsis.org/VII-Reunion-FlipBook/VII-Reunion-FlipBook-3.html#p=76-77>
- 7- Casanova C. El rol de los sistemas de información en la gestión del conocimiento en las empresas. Argentina: Petrotecnia; junio 2009. [citado 2016 Jun 28]; Disponible en: <http://www.petrotecnia.com.ar/junio09/el%20rol.pdf>
- 8- Qué es y cómo utilizar el formato condicional en Excel. [citado 2016 Jun 28]; Disponible en: <http://computerhoy.com/video/que-es-como-utilizar-formato-condicional-excel-28961>
- 9- Formato condicional en Excel. [citado 2016 Jun 28]; Disponible en: <https://exceltotal.com/formato-condicional-en-excel/>

ANEXO I

FIGURAS

FIG. 1

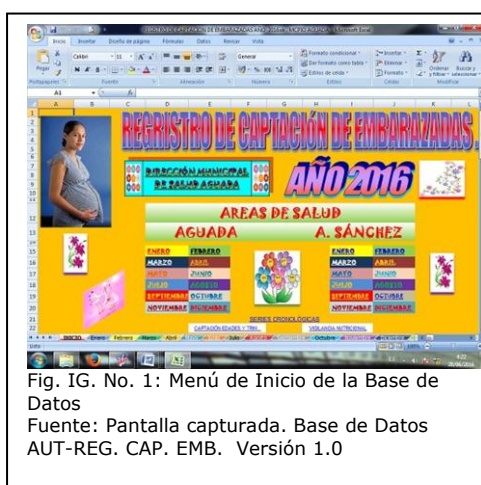


FIG. 2



FIG. No. 2: Reg. Capt. Emb. Base de Datos, Area Salud Aguada.
Fuente: Pantalla capturada. Base de Datos AUT-REG. CAP. EMB. Versión 1.0

ANEXO.II - ENCUESTA.

La recogida de la información estadística es necesaria para la evaluación del programa de Atención Materno Infantil y para la captación y seguimiento del embarazo a nivel de Consultorio Médico de Familia y del área de salud. Tus sinceros criterios serán muy útiles para continuar desarrollando nuestro trabajo. La misma es totalmente anónima. Gracias!

Labor que realiza: Médico Enfermera Estadística

Administrativo Otro personal (especifique) _____

En la captación y seguimiento del embarazo realizado por el médico y enfermera de la familia en la hoja de cargo usted debe anotar los datos que se solicitan en el S.I.E. (Sistema de Información Estadística).

1.- ¿Diga cuales conoce?

2.- ¿Ha sido visitado en su consultorio por el Dpto. de estadísticas, GBT, Director, Supervisión Prov. Ó Nacional para control y ayuda del tema tratado. (Captación y seguimiento del embarazo) Si ¿Quién (s)? No

3.- ¿Cómo se realiza en la Hoja de Cargo el control y seguimiento de las embarazadas ingresadas en el Hospital Provincial, Hogar Materno o Sala de Obstetricia? Explique.

4.-¿Cuál es el periodo de recogida de las hojas de cargo? Marcar con una X

Semanal Diario Quincenal Cada 3 días _____

5.- En la reunión de PAMI o GBT se informa las deficiencias en la hoja de cargo del procesamiento de la inscripción del hecho que se mide (Capt. de Embarazo) por el dpto. de estadísticas.

6.- Necesitaría usted capacitación sobre el tema: captación y seguimiento del embarazo a nivel de Consultorio Médico de Familia. Si No

7.- Realice la clasificación por trimestres del embarazo según las semanas de embarazo que le corresponde: 1er. Trim. 2do. Trim. 3er. Trim.

ANEXO III

Tabla No. 1

Captación y seguimiento del Embarazo. Registro de la información

Anotar en Hoja de Trabajo del médico	No.	%
Datos Generales de la Paciente	41	100
Capt. Embarazo (Semanas. De Gestación)	40	97,6
Evaluación Nutricional	35	85,4
Enfermedad, condición o antecedente de riesgo obstétrico	4	9,8
TOTAL	41	100

Fuente: Encuesta

Tabla No.2

Captación y seguimiento del Embarazo. Ingresadas

Se Anota	No.	%
Historia Clínica Individual	41	100
Historia Clínica Familiar	41	100
Historia Clínica Hospitalaria	41	100
Hoja de Trabajo del médico (Terreno)	1	2,4
TOTAL	41	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 3

Captación y seguimiento del Embarazo. Deficiencias en las Hojas de Trabajo del médico.

Se Informa G.B.T.	No.	%
Si	41	100
No	0	0
TOTAL	41	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 4

**Captación y seguimiento del Embarazo.
Capacitación sobre Sistemas de Información Estadísticas**

Necesita	No.	%
Si	39	95,1
No	2	4,9

Fuente: Encuesta

Tabla No.5

**Captación y seguimiento del Embarazo.
Clasificación de los trimestres según semanas
de gestación**

Semanas	No	%
Menos 12	8	19,5
De 12 a 22	8	19,5
De 23 y más	8	19,5
Menos 14	23	80,5
De 14 a 27	23	80,5
De 28 y más	23	80,5
Total	41	100

Fuente: Encuesta

VELOCIDAD DE LA MARCHA EN ADULTOS MAYORES ACTIVOS, COMBINADO DEPORTIVO 3, CIENFUEGOS

Lic. Francisco Tomas Barañano Martín. jabreus@ucf.edu.cu, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Universidad de Cienfuegos. Cuba

M. Sc. Jorge Luis Abreus Mora. jabreus@ucf.edu.cu, Facultad de las Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Universidad de Cienfuegos. Cuba, Máster en Actividad Física en la Comunidad.

M. Sc. Vivian Bárbara González Curbelo. vgonzalez@ucf.edu.cu, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Cienfuegos. Cuba.

Lic. Raiza Emilia Alpizar González. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Cienfuegos. Cuba.

Resumen

La preservación de la marcha es un requisito importante para una ancianidad satisfactoria. El objetivo de este trabajo consiste en evaluar la velocidad de la marcha de adultos mayores activos en los Círculos de Abuelos del Combinado Deportivo # 3 de Cienfuegos mediante la Prueba de andar 15 metros a la velocidad preferida y máxima. De una población de 259, se aplicó la prueba a 40 adultos mayores activos, el 95% compuesto por el sexo femenino y 67,5% en las edades de 60-69 años. El procedimiento estadístico se realizó mediante análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de las variables diseñadas. Se comprobó la relación entre las variables edad y sexo a través del test Ji-Cuadrado de Pearson. Los resultados arrojaron que: 75% de los adultos mayores padeció alguna enfermedad, 87% ha tenido alguna lesión que haya incidido en el equilibrio, 50% sufrió alguna caída en el último año y el 87% realiza ejercicios físicos tres o cuatro veces por semana. El 90% de los adultos mayores mantenían una inadecuada velocidad de la marcha a ritmo preferido y el 97% a velocidad máxima, el 100% manifestó una inadecuada longitud de la zancada en ambas velocidades. Se concluyó que los adultos mayores presentan una marcha inadecuada, tanto para la velocidad preferida como para la máxima muestra de cambios en los componentes periféricos y somatosensoriales que determinan el equilibrio.

Palabras Claves: velocidad, marcha, adulto mayor

Introducción

Los cambios atribuibles a la edad modifican las características de la marcha. Sin embargo, la edad avanzada no debe acompañarse inevitablemente de alteración de la marcha¹.

Se coincide con la definición de envejecimiento como un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable, en el que se originan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y está delimitado por este. Cuando se señala dinámico, se refiere a que no es una etapa rígida, igual para todos y cronológicamente demarcada².

Con el envejecimiento se suscitan cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, del músculo esquelético, motriz, etc. que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores y se reduce su autonomía, calidad de vida, habilidad y capacidad de aprendizaje motriz.

Estudios sobre movilidad y equilibrio plantean, como efectos de la edad sobre la marcha: la disminución de la velocidad, la longitud del paso, la cadencia, el ángulo del pie con el suelo, prolongación de la fase bipodal, reducción del tiempo de balanceo,

aumento de la anchura del paso y tiempo de apoyo, pérdida del balanceo de brazos, reducción de las rotaciones pélvicas y menor rotación de caderas y rodillas.

Además, pueden asociarse otros factores que contribuyen a incrementar los cambios atribuibles a la edad o a la aparición de un trastorno de la marcha con determinadas características.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), capacidad se define como la capacidad plena del individuo para cumplir con una tarea o una acción; en contraste, el desempeño corresponde a lo que el individuo realiza en su ambiente cotidiano. La medición de las capacidades funcionales es un componente fundamental en la evaluación del adulto mayor (AM). Tanto en clínica como en investigación, permite identificar a los ancianos que presentan algún grado de discapacidad. Ello ha sido posible gracias al desarrollo de pruebas objetivas y estandarizadas de medición, las cuales presentan múltiples ventajas sobre los autorreportes³.

En los adultos mayores la reserva funcional suele ser suficiente como para que no se produzcan alteraciones del equilibrio y de la marcha. Algunos ancianos mantienen una marcha normal en la novena década de la vida. Aunque los cambios de la marcha relacionados con la edad, tales como la reducción de la velocidad y el acortamiento del paso, son más aparentes a partir de los ochenta años, la mayoría de los trastornos al caminar se relacionan con una enfermedad subyacente y suelen hacerse más patentes cuando esta progresa¹.

Los trastornos de la marcha constituyen un problema frecuente en las personas mayores. Causan limitación de actividades al perder la deambulación independiente, aumentan la morbilidad y son un factor influyente para el ingreso en residencias de ancianos. La preservación de la marcha es uno de los requisitos más importantes para una ancianidad satisfactoria.

Los cambios en el equilibrio y la marcha de las personas mayores, deben diferenciarse entre los propios de la edad y los que aparecen relacionados con enfermedades asociadas a la edad avanzada.

Existen muchos criterios de cuándo una marcha deja de ser normal para la edad del paciente y comienza a tratarse como un cuadro patológico.

Una marcha disfuncional es considerada lenta, inestable o comprometida biomecánicamente para ser eficaz y que la persona pueda desplazarse con normalidad. Los trastornos de la marcha pueden ser clasificados de acuerdo con la etiología, las características clínicas de la alteración de la marcha, la localización de la lesión o lesiones responsables o el sistema alterado (músculo-esquelético, nervioso, etc)⁴.

En los ancianos con deterioro de la marcha más acusado, que los cambios atribuibles solo a la edad, los pasos se hacen más cortos y la fase estática de la marcha aumenta, y causan una importante disminución de la velocidad de esta, sobre todo en aquellos que se caen.

La marcha es una acción motora compleja que para muchos pacientes llega a ser precaria, con riesgo de caídas constantes e imposibilidad total para ejecutarla⁵.

Es característico en diferentes patologías encontrar diversas alteraciones en la marcha: fallo de iniciación, bloqueos, festinaciones, pasos cortos o arrastrando los pies y con apoyo plantar, disminución o ausencia del braceo, disminución o aumento de la base de sustentación (microbasia o macrobasia) e inestabilidad⁶.

La población adulta mayor muestra un rápido aumento en el mundo, en Cuba y dentro de esta, una de las provincias con mayor incidencia es Cienfuegos, ante esto, todos los

que de una forma u otra se relacionan con este segmento poblacional, se ven involucrados. Urge pues precisar y poner en práctica nuevas propuestas para responder a esta problemática y garantizar la atención y calidad de vida de este grupo etario, reto para los profesionales, primordialmente aquellos que trabajan directamente con el mismo.

La aplicación de instrumentos de investigación en el Combinado Deportivo # 3 de Cienfuegos, permitió constatar que se desconocen los diferentes cambios que pueden presentarse en la marcha de los adultos mayores al ejecutar disímiles acciones o tareas.

Realizar un diagnóstico del estado de salud de los adultos mayores activos y analizar los cambios en las diferentes capacidades condicionales y especiales, es imprescindible para poder intervenir, de modo eficaz, en su funcionabilidad.

Objetivo: Evaluar la velocidad de la marcha de adultos mayores activos en los Círculos de Abuelos del Combinado Deportivo # 3 de Cienfuegos mediante la Prueba de andar 15 metros a la velocidad preferida y máxima

Desarrollo:

Metodología

La población de Adultos mayores activos está compuesta por 259, de ellos se seleccionó una muestra del 15%, (40) en los Círculos de Abuelos del Combinado # 3 de Cienfuegos.

La selección se realizó mediante muestreo probabilístico, estratificado, este se utiliza cuando la población está constituida en estratos, conjuntos de la población con homogeneidad respecto a la característica que se estudia. Dentro de cada estrato se aplica el muestreo aleatorio simple. El resultado es una muestra compuesta por tantas muestras, elegidas al azar, como estratos existan en la población

Se utilizó como instrumento el Test: Prueba de andar 15 metros, este es valioso para identificar las limitaciones de la movilidad. Se realizó solicitando al participante caminar una distancia de 21 metros, primero a velocidad preferida y luego a velocidad máxima, y se cronometró la distancia entre los tres y los dieciocho metros para calcular la velocidad de la marcha⁷.

También se puede contar el número de pasos durante los dieciocho metros para calcular la longitud de la zancada⁷.

Esta prueba es de utilidad para medir la velocidad general de la marcha y un indicador de si los adultos mayores son capaces de adoptar su velocidad de marcha a un cambio en las exigencias⁷.

Los valores de la velocidad de la marcha pueden compararse con una serie de valores de referencias basados en datos recogidos de setenta y ocho adultos mayores sanos, entre sesenta y setenta y nueve años de edad⁷.

Este test aporta información adicional necesaria para seleccionar las actividades más apropiadas para la variación y mejora del patrón de la marcha de los participantes.

Aspectos éticos de la investigación: Para el presente estudio se obtuvo el consentimiento informado de los decisores en el trabajo con los adultos mayores en el Combinado Deportivo # 3, a los cuales se les notificó con antelación los intereses y alcance de la investigación y se les presentó al investigador que asumiría las labores inherentes a la misma. Además, fueron solicitados los documentos de consulta imprescindible para su realización.

Se obtuvo el consentimiento informado de los adultos mayores incluidos en el estudio, por cuanto se les solicitó su colaboración voluntaria, garantizando que no se divulgarían arbitrariamente datos personales ni información de carácter individual, además de explicar de manera clara y sencilla los objetivos y alcance del estudio en cuestión.

El procedimiento estadístico se realizó mediante el análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de las variables diseñadas. Los resultados se expusieron en tablas y gráficos como principales recursos del lenguaje estadístico. Fueron utilizados el paquete estadístico IBM®SPSS® Statistics, versión 21 y la suite ofimática Microsoft Excel Professional Plus 2013®

Resultados

Al aplicar el Cuestionario de Salud y Actividades a los adultos mayores se comprobó que:

1- En el diagnóstico de enfermedades: el 75% de los AM, (30), ha padecido alguna enfermedad:

- 57,5% padece Hipertensión Arterial
- 15% Diabetes Mellitus
- 2,5% angina
- 2,5% epilepsia

El 25% no padecía ninguna enfermedad, (10 AM).

2- Padece alguna enfermedad que lo obligue ir al médico: 77,5% respondió afirmativamente, (31 AM); 22,5% que No, (9 AM).

3- Sufre en la actualidad de algunos de estos síntomas en las piernas y pies: 27,5% respondió No, (11 AM); 30% alegó que sufrió de entumecimiento, (12 AM); 17,5% manifestó que sufrió síntomas de hormigueo, (7 AM); 12,5% respondió tener edemas, (5 AM); 10% expresó artritis, (4 AM) y 2,5%, entumecimiento y artritis, (1 AM).

4- Usa gafas: 75% respondió Sí, (26 AM) y 25% No, (14 AM).

5- Lleva audífonos: 12,5% respondió que Sí, (5 AM) 87,5% que No, (35 AM).

6- Usa instrumentos para caminar: 10% respondió Sí, cuatro AM; 87,5% No, (35 AM) y un 2,5% A Veces, (1 AM).

7- Medicamentos que toma en la actualidad: 17,5% respondió que no toma ningún medicamento, (7 AM); el 82,5% toma varios medicamentos, (36 AM).

8- Ha recibido atención médica de urgencia o ha sido hospitalizado en los tres últimos años: 20% Sí, (8 AM); 80% No, (32 AM).

9- Ha tenido alguna vez una enfermedad o lesión que hayan afectado el equilibrio o la capacidad para caminar sin ayuda: 87% respondió No, (35 AM) y 12,5% Sí, (5 AM).

10- Cuántas veces se cayó el año pasado: 50% respondió que no sufrió caídas, (20 AM); 30% cayó una vez, (12 AM) y 20% varias veces, (8 AM).

11- Necesitó tratamiento médico: 5% manifestó que Sí, (2 AM) y 95% No, (38 AM).

12- Le preocupa sufrir caídas: Al 5% le preocupa Extremadamente, (2 AM); al 50% le preocupa Mucho, (20 AM); 27% se preocupa Moderadamente, (11 AM); 17,5% Un poco, (7 AM).

13- Cómo describiría su salud: 20% respondió Muy Buena, (8 AM); 75% describe su salud Regular, (30 AM) y 5% Mala, (2 AM).

14- En las cuatro semanas, ¿en qué grado los problemas de salud limitaron las actividades físicas diarias: 90% respondió en Nada, (36 AM); 5% Un poco, (2 AM) y 5% Moderadamente, (2 AM).

15- Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas cuatro semanas: 45% respondió Ninguno, (18 AM); 30%, Muy poco, (12 AM) y 25%, Moderado, (10 AM).

16- Grado de depresión en las últimas cuatro semanas: 60% alegó Ninguna, (24 AM); 17% Muy poco, (7AM); 20% Bastante, (8 AM) y 2,5% manifestó un estado de depresión Grave, (1 AM).

17- Cómo califica su Calidad de Vida: 2,5% manifestó poseer una Calidad de Vida Muy baja, (1 AM); 50% respondió Moderadamente, (20 AM); 10% respondió Alta, (4 AM) y 37,5% Muy alta, (15 AM).

18- Señalar su capacidad para hacer actividades de la vida diaria (AVD): 7,5% respondió No puedo, (3 AM); 20% respondió Puedo con dificultad, (8 AM) y 72% respondió Puedo, (29 AM).

19- Necesita ayuda para la casa o Geriátrica para realizar actividades de la vida diaria: 10% respondió Sí, (4 AM) y 90% No, (36 AM).

20- En la semana con qué frecuencia sale de la casa: 5% respondió Menos de una vez por semana, (2 AM); 25% respondió Tres o cuatro veces por semana, (10 AM) y 70% respondió Casi a diario, (28 AM).

21- Practica ejercicios físicos con regularidad como para aumentar el ritmo respiratorio, frecuencia cardiaca y sudoración: 2,5% sale Una o dos veces por semana, (1 AM); 87% respondió Tres o cuatro veces por semana, (35 AM) y 10% respondió Cinco a siete veces por semana, (4 AM).

22- Cuando sale a pasear ¿cuál es su mejor cadencia de paso?: 55% por ciento respondió que No sale de casa, (22 AM); 45% respondió Suave más de treinta minutos para recorrer mil seiscientos metros, (18 AM).

23- Ha necesitado ayuda para rellenar este formulario: 100% respondió que No.

Análisis de los resultados del test. Prueba de andar 15 metros a la velocidad preferida y máxima.

- Al analizar la Velocidad de la marcha a ritmo preferido se constató que el 90% de los AM mantenían una inadecuada velocidad de la marcha, treinta y seis AM y solo el 10% poseía una velocidad de la marcha adecuada, cuatro AM, según los valores medios establecidos por el test (Anexo 1, Tabla 1).

El 100% declaró una inadecuada longitud de la zancada, manifestándose con valores por debajo de la media establecida por el test (Anexo 1, Tabla 2).

- Los resultados de la marcha a una velocidad máxima arrojó que el 97% por ciento mantuvo una inadecuada velocidad de la marcha con valores por debajo de la media establecida por el test (Anexo 1, Tabla 3). De la misma forma se comportó la longitud de la zancada con el 100% para la prueba a velocidad máxima (Anexo 1, Tabla 4).

Al comparar los resultados de estudios similares se coincide con los criterios descritos por los autores, o sea, producto del proceso de envejecimiento y la aparición de diferentes enfermedades se aprecia un deterioro de algunos componentes de la marcha. En estos estudios, donde se utilizó como variable la velocidad de la marcha se observó que los AM sanos y sin historias de caídas, caminan a velocidades cuya media es un 20% más lenta que la de los adultos jóvenes. La mayor lentitud propia de la edad se debe en gran medida a la reducción de la longitud de la zancada respecto a la cadencia del paso.

Discusión

Los resultados del Cuestionario de Salud y Actividades garantizaron determinar cómo estuvo el estado de salud de los AM que participaron en el estudio, mostraron en particular que el 75% padece al menos una enfermedad: 65% problemas visuales, 87% dispone de aditamentos para caminar lo que evidencia dificultades con el equilibrio, 87% ha padecido alguna lesión que haya incidido en el equilibrio, 50% sufrió alguna caída en el último año, por lo que le preocupa esta consecuencia; 90% presenta problemas de salud que limitan la realización de Actividades de la Vida Diaria o necesita ayuda para realizarlas. A pesar de estos inconvenientes el 70% sale casi a diario y el 87% realiza ejercicios físicos tres o cuatro veces por semana.

Contrastando los resultados con lo planteado en varias bibliografías, puede observarse cómo el 70% de las personas poseían más de un diagnóstico que contribuía a la alteración de la marcha⁸, se destacan los cambios en los componentes periféricos y somatosensoriales debido al envejecimiento, como es el caso de la artritis y su incidencia en la estabilidad ortostática y la capacidad para recuperar el control en bipedestación.

Los cambios en función de la edad del componente central del sistema motor están bien documentados. Las mediciones cronométricas empleadas para cuantificar el tiempo requerido para planear y ejecutar acciones han demostrado que el declive más significativo por envejecimiento se produce durante la fase de planificación de las mismas⁷.

Las variaciones producidas en esta época del envejecimiento, reducen propiedades funcionales de los sistemas, por modificaciones estructurales en ellos que cambiarán las propiedades físicas del adulto mayor; influirán en su movimiento y capacidades funcionales. Estos elementos predisponen a la aparición de ciertas situaciones de morbilidad que repercutirán en las acciones y desempeños sociales de la persona adulta mayor y reducirán su independencia dentro de ámbitos familiares y sociales⁹

Los AM, cuando envejecen, pierden las capacidades para anticipar cambios a su alrededor o exigencias asociadas a una nueva tarea.

Existe correspondencia entre los resultados obtenidos y los factores de tiempo y distancia descritos por Debra J. Rose, estos se manifiestan en reducción de la velocidad y de la frecuencia de los pasos, aumento de la anchura de la zancada y el período de bipedestación, reducción de la longitud de los pasos o de la zancada, aumento de la fase ortostática y reducción del período de la fase de balanceo.

Otro criterio de esta autora, con el cual se coincide, refiere que no todos los cambios durante la marcha descritos en los AM son atribuibles al proceso de envejecimiento, porque ciertas enfermedades, fundamentalmente de origen neurológico inciden negativamente en los diferentes elementos que componen la marcha.

Se plantea que los cambios relacionados con el envejecimiento en los sistemas sensoriales afectan negativamente la velocidad de la marcha, ejemplo de ello se aprecia en la disminución de la percepción visual que incide en respuestas imprecisas en situaciones de movimiento.

Muchos estudios refieren que diversas actividades de la vida diaria exigen determinados niveles de potencia muscular de las extremidades inferiores, para realizar determinadas actividades específicas e incluso cotidianas de los AM⁷, por lo que se puede considerar la disminución de la velocidad de la marcha como una resultante de la disminución de la potencia muscular en los miembros inferiores.

Conclusiones

- El diagnóstico sobre el estado de salud de los Adultos mayores activos de los Círculos de Abuelos del Combinado Deportivo # 3 de Cienfuegos arrojó un elevado por ciento de:

- Padecimiento de enfermedades
- Uso de aditamentos para caminar
- Caídas en el último año
- Problemas de salud que limitan la realización de AVD
- Cambios en los componentes periféricos y somatosensoriales

- La aplicación de la Prueba de andar 15 metros, permitió evaluar la velocidad de la marcha, preferida y máxima en los Adultos mayores activos, la cual se presentó inadecuadamente.

Referencia bibliográfica

- 1- Artículo Monográfico. Inestabilidad y Caídas *Biblioteca Virtual de salud*. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi11199.htm
- 2- Rodríguez CM^aV. Anguita Carpio, C. Importancia de la actividad física en la calidad de vida en adultos mayores. IV Congreso Internacional de Ciencias del Deporte y la Educación Física. (VIII Seminario Nacional de Nutrición, Medicina y Rendimiento Deportivo) Pontevedra, España; 2012. Disponible en: <http://www.altorendimiento.com/congresos/tercera-edad/4589-importancia-de-la-actividad-fisica-en-la-calidad-de-vida-en-adultos -mayores>
- 3- Villada EER. El mejoramiento físico integral como mediador positivo en el rendimiento de la actividad laboral y la prevención de la enfermedad en adultos, usuarios del Gimnasio de la Casa Club del Egresado de la Universidad de Medellín. Tesis de grado; 2009 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2009000300003&script=sci_arttext.
- 4- Franch O. Alteraciones de la marcha en el anciano. Servicio de Neurología, Hospital Ruber Internacional, Madrid. Foro de trastornos del movimiento. Disponible en: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/t-movimiento-8.html>
- 5- Hilde, SR y Regina GN. Fisioterapia. Teoría y registros de hallazgos de la exploración. Barcelona, Ed. Paidotribo. Tomo II; 2003.
- 6- Abreus MJL. Plan de Intervención para pacientes con enfermedad de Parkinson Idiopático. Tesis de Maestría. Facultad de Cultura Física Cienfuegos, 2008.
- 7- Debra, JR. Equilibrio y Movilidad con Personas Adultas. Ed. Paidotribo. Badalona. España. Primera Edición. 383p; 2005. Disponible en: <http://www.paidotribo.com/ficha.aspx?cod=01203>
- 8- Mercado CG. González Ramos M. Patrón de marcha en el adultomayor saludable. Lima; s.n; 1999. 97 h p. tab. (065, 2 ejemplares). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=245819&indexSearch=ID>
- 9- Baquero Sastre GA. & Hurtado HA. Prevalencia de enfermedades que afectan las potencialidades del movimiento y el desempeño funcional en adultos mayores institucionalizados. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*, 14(2):63-69; 2011.

Anexo 1. Resultados del test Prueba de andar 15 metros a la velocidad preferida y máxima

Tabla 1. Velocidad preferida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Inadecuada velocidad de la marcha	36	90,0	90,0	90,0
Adecuada velocidad de la marcha	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Tabla 2. Longitud de la zancada a ritmo preferido

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Inadecuada longitud de la zancada	40	100,0	100,0	100,0

Tabla 3. Velocidad máxima

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Inadecuada velocidad de la marcha	39	97,5	97,5	97,5
Adecuada velocidad de la marcha	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Tabla 4. Longitud de la zancada a velocidad máxima

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Inadecuada longitud de zancada	40	100,0	100,0	100,0

TITULO: VIGILANCIA DE ARBOVIROSIS EN EL HOSPITAL PEDIÁRICO DE CIENFUEGOS FEBRERO – MARZO 2016

AUTORES:

Delfin Rodríguez Buergo, pdireccion@hosped.cfg.sld.cu, Hospital Pediátrico, Cienfuegos, Cuba,

Hilda María Delgado Acosta, jdsalud@ucm.cfg.sld.cu, Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Jefe Departamento Salud Pública, MSc

Alain Morejón Giraldoni, amgiraldoni@jagua.cfg.sld.cu, Universidad Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba, Departamento Salud Pública

Resumen: Introducción: El riesgo de enfermedades transmitidas por vectores impone un nuevo reto a la investigación y a los programas de vigilancia y control. **Objetivo:** Caracterizar la vigilancia de arbovirolosis en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos en febrero y marzo de 2016. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo. De un total de 580 ingresos se seleccionó una muestra al azar de 247. La investigación formó parte de un encargo de la Dirección Provincial de Salud. Las arbovirolosis sujetas a vigilancia fueron zika y dengue. Las variables fueron: edad, sexo, municipio de residencia, visita a países endémicos de arbovirolosis, signos y síntomas, diagnóstico al egreso, positividad de IgM ELISA para dengue y estadía hospitalaria. Los resultados se expresaron en porcentajes. **Resultados:** El mayor porcentaje de los ingresos estuvo a expensas de los niños de 0 a 5 años con un 52,2%. Todos los municipios aportaron casos predominando Cienfuegos 58,3%, Cruces 14,2% y Palmira 10,5%, con índices de infestación de *Aedes aegypti* por encima de 0,005. Los síntomas clásicos de dengue se presentaron con mayor frecuencia y hubo 25 pacientes que fueron positivos por IgM ELISA. **Conclusiones:** El incremento de ingresos de casos con sospecha de arbovirolosis se correspondió con las acciones de vigilancia desarrolladas en los municipios de Cienfuegos, Cruces y Palmira a partir de la elevada infestación de *Aedes aegypti* y presencia de transmisión local de dengue. El manejo de los casos estuvo bien orientado identificándose la secuencia de las manifestaciones clínicas. La evolución fue favorable.

Palabras clave: dengue, vigilancia, arbovirolosis

INTRODUCCIÓN

El rápido incremento del riesgo de enfermedades transmitidas por vectores a nivel global impone un nuevo reto a la investigación y a los programas de prevención y control. Para el dengue se ha estimado que aproximadamente 390 millones de personas son infectadas cada año y 96 millones manifiestan la enfermedad clínicamente. La co-circulación de arbovirus emergentes (por ejemplo, Chikungunya y Zika) y las co-infecciones, aumentan el riesgo de casos graves y los costes de hospitalización. (1-3)

A pesar de que nuevas vacuna o tratamientos (actualmente en desarrollo) estarán disponibles en breve periodo de tiempo, intervenciones costo-efectivas de control de vectores y estrategias de manejo clínico científicamente sustentadas, deben ser implementados para reducir la fuerza de la transmisión de enfermedades y la mortalidad relacionada. Además dada la emergencia y reemergencia de estas enfermedades se impone el perfeccionamiento de los sistemas de vigilancia existentes. (4-6)

A partir de la situación internacional de reemergencia y emergencia de arbovirosis, el 23 de diciembre del 2015, el Ministerio de Salud Pública de Cuba emitió una alerta epidemiológica para Fiebre por virus chikungunya y zika. Ya el 2 de febrero la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara el virus del zika como una emergencia de salud pública de interés internacional dada su propagación en la región y las complicaciones y secuelas reportadas fundamentalmente en Brasil.

En el Consenso de La Habana. Reunión Regional para la Estrategia de Vigilancia y Control de las Arbovirosis se instó a los países participantes a incentivar la voluntad política y financiera para asegurar la consolidación y sostenibilidad de la Estrategia de Prevención y Control de las Enfermedades Arbovirales y estimular y promover la implementación de la Estrategia en los países y territorios de las Américas. Dentro de sus propósitos estuvo: fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica integrada, de las enfermedades arbovirales de importancia en salud pública. (7)

Atendiendo a lo anteriormente planteado se intensificaron las acciones de vigilancia epidemiológica en todo el país para estas enfermedades dada su elevada probabilidad de introducción y además por los índices de infestación notables de *Aedes aegypti* que existían en algunas localidades por lo que se decretó una fase intensiva de lucha contra el vector.

Como parte de las acciones intensivas que se desarrollaron en la provincia Cienfuegos en la lucha contra el *Aedes aegypti* se realizó la vigilancia activa de signos y síntomas en la población que permitió el diagnóstico de casos sospechosos, probables y confirmados.

El estudio se realizó con el objetivo de caracterizar a los pacientes en edad pediátrica que ingresaron con sospecha de arbovirosis durante esta etapa intensiva de lucha contra el vector

transmisor. La investigación formó parte de un encargo de la Dirección Provincial de Salud en el territorio.

DESARROLLO

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos de los pacientes ingresados por sospecha de arbovirosis en los meses de Febrero y Marzo del 2016 en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos.

De un total de 580 ingresos por síndrome febril agudo en el período se seleccionó una muestra al azar de 247 que representó el 42.6% de los ingresos.

Las arbovirosis sujetas a vigilancia fueron: zika y dengue por lo que se tomaron como referencia las definiciones de caso propuestas en la guía cubana para la asistencia integral a pacientes con dengue y en el caso del zika se tomó la alerta emitida por el MINSAP para detectar oportunamente su introducción.

Caso sospechoso de arbovirosis (dengue y zika): Criterios clínicos y uno o más criterios epidemiológicos

Criterios clínicos: (vigilancia sindrómica)

- signos y síntomas de sospecha de arbovirosis (fiebre mayor de 37,2 grados (zika) y mayor de 38 grados (dengue) y/o exantema acompañado de dos o más de los siguientes: cefalea, dolor articular o mialgias, conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, dolor retroocular, malestar general)

Criterios epidemiológicos:

- resida o tenga antecedentes de haber visitado áreas endémicas en los 15 días anteriores a la aparición de los síntomas.
- la infección ha tenido lugar al mismo tiempo y en la misma zona donde se han producido otros casos confirmados de zika y/o dengue.
- presencia de índices de infestación de *Aedes aegypti* por encima de 0,005 en las áreas de residencia

Caso probable de dengue: Criterios clínicos y epidemiológicos anteriores además del de laboratorio

(positividad a IgM ELISA para Dengue)

Caso confirmado de dengue o zika: Criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio (IgG positiva para dengue y PCR positivo en suero u orina para virus zika)

Las variables que se utilizaron fueron: edad, sexo, municipio de residencia, regreso de países endémicos de arbovirosis en los últimos quince días previos al inicio de los síntomas, signos y síntomas de sospecha de arbovirosis, diagnóstico al egreso y positividad de IgM y ELISA realizadas para Dengue y estadía hospitalaria. Para la obtención de la información se revisaron las historias clínicas de los pacientes. Los resultados se expresaron en porcentos.

RESULTADOS

En el Hospital Pediátrico durante el año 2016 se incrementaron notablemente los ingresos con síndromes febriles agudos sobre todo durante los meses de febrero y marzo (semana 5 a la 13) en correspondencia con las acciones de vigilancia de arbovirosis y lucha intensiva contra el vector transmisor de arbovirosis. (Fig. 1)

En la serie en estudio $n=247$ predominó el sexo femenino con 126 casos representando un 51% siendo además el color de piel blanco el preponderante con un 73,7%. El mayor porcentaje de los ingresos estuvo a expensas de los niños de 0 a 5 años que representaron el 52,2%, dentro de este grupo los menores de un año representaron el 26,3% y los de 1 a 5 años el 25,9%.

Todos los municipios aportaron casos sospechosos de arbovirosis predominando Cienfuegos 58,3% (I, II, IV y V), Cruces 14,2% y Palmira 10,5%, todos con índices de infestación por *Aedes aegypti* por encima de 0,005 y con transmisión local de dengue, lo cual demuestra la efectividad de la vigilancia activa en lugares donde objetivamente pudieran detectarse los casos. Las áreas de salud I y II del municipio cabecera son las de mayor densidad poblacional y donde se concentran los comercios más importantes, la actividad de cuentapropistas y la presencia de importantes y numerosos centros de trabajo que sirven de fuente de empleo a personas de otros municipios y áreas además de la presencia de las terminales marítima, de ómnibus y el polo turístico de la ciudad donde existe gran movilidad poblacional. Todo esto favorece la diseminación de la enfermedad.

Ningún paciente había regresado de países endémicos de arbovirosis en los últimos quince días previos al inicio de los síntomas por lo que se descartó la ocurrencia de casos importados o introducidos de zika y dengue infiriéndose entonces una alta sospecha de casos autóctonos para esta última pues hasta ese momento no habían evidencias de la incidencia de casos de zika en la provincia a pesar de la creciente dispersión de la entidad a nivel mundial. (3,6)

El 72,9% de los pacientes ingresó en las primeras 48 horas del inicio de los síntomas lo cual habla a favor de la oportunidad en la identificación de los febriles en la pesquisa y el actuar para lograr el aislamiento y cortar la transmisión.

Entre los síntomas predominaron la fiebre con 99,2%, seguido de cefalea con un 31,2%, un 20,6% con manifestaciones respiratorias y un 17,8% con rash entre otros reflejados en la

Figura 2. Otros signos y síntomas que hubo en la serie fueron: conjuntivitis (3), síntomas urinarios (5), fotofobia (1), epistaxis (1) y cianosis (2). No hubo trombocitopenia ni ultrasonidos con alteraciones, tampoco se presentaron complicaciones, casos graves ni fallecimientos.

El 79,3% de los pacientes egresó con el diagnóstico de sospecha de dengue, el resto focalizó hacia otros diagnósticos como: infecciones respiratorias agudas altas y bajas, sospecha de leptospirosis, sepsis del tracto urinario y otras. Se documentó en la historia clínica la evolución de cada paciente hacia estos diagnósticos.

Del total de pacientes estudiados en la serie, 25 fueron positivos a IgM y ELISA para dengue lo que representó un 10,1%. Estos pasaron a ser casos probables de acuerdo a la definición de casos definida. La mayor positividad se obtuvo en los mayores de 10 años, no hubo incidencia en los menores de un año.

Los síntomas clásicos de dengue se presentaron con mayor frecuencia en los 25 pacientes que tuvieron IgM ELISA positivos: Fiebre 100%, Rash 56,0%, cefalea 36,0%, dolor abdominal 8,0% y síntomas gastrointestinales 4,0%, solo 4 (16,0%) tuvieron manifestaciones respiratorias muy leves como enrojecimiento de la faringe esto representó el 7,8% del total de pacientes de la serie que tuvieron síntomas respiratorios.

La estadía que predominó en la serie(N=247) fue la de 4 a 7 días con un 53,8%, estando en correspondencia con la evolución favorable de los casos y el ingreso precoz de acuerdo al comienzo de los síntomas.

El manejo de los casos estuvo acorde con las disposiciones establecidas no alejadas de las que propone la OPS para el diagnóstico y la atención para estas entidades. (8)

CONCLUSIONES

El incremento notable de ingresos de casos con sospecha de arbovirosis se correspondió con las acciones de vigilancia desarrolladas en los municipios de Cienfuegos, Cruces y Palmira a partir de la elevada infestación de *Aedes aegypti* y presencia de transmisión local de la enfermedad. El sexo femenino y el color de piel blanco fueron los más afectados. El ingreso fue oportuno demostrando efectividad en la pesquisa. Las características clínicas de la enfermedad no difieren de los clásicos de la literatura y carecen de signos de gravedad.

La arbovirosis confirmada en la vigilancia fue el Dengue por IgM ELISA. El manejo de los casos estuvo bien orientado identificándose la secuencia de las manifestaciones clínicas que permitió el diagnóstico de otras patologías hacia las que focalizó el cuadro febril inicial. La evolución fue favorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Las virosis emergentes, reto para la salud pública [Internet]. La Habana: MINSAP; [actualizado 20 nov 2015; citado 25 abr 2017]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2015/11/20/las-virosis-emergentes-reto-para-la-salud-publica>.
2. Guzmán MG. Dengue. [Internet]. 2016: ISBN 978-959-313-198-8 http://www.bvs.sld.cu/libros/dengue/epub_dengue.htm
3. David Baud, Duane J Gubler, Bruno Schaub, Marion C Lanteri, Didier Musso An update on Zika virus infection Lancet. 2017 Nov 4;390(10107):2099-2109. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31450-2. Epub 2017 [citado 19 feb 2017] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28647173>
4. Achee NL, Gould F, Perkins TA, Reiner RC Jr, Morrison AC, Ritchie SA, et al. A Critical Assessment of Vector Control for Dengue Prevention. PLoS Negl Trop Dis [Internet] 2015 [citado 15 may 2017]; 9(5): e0003655. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003655>
5. Rodríguez Milord D. Vigilancia de la salud pública, un instrumento para la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud cubano. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Mar 31]; 52(3): 286-289. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000300001&lng=es.
6. Toledo Romaní ME, Linares Pérez N. ¿Por qué cambiar el Paradigma en el enfrentamiento al dengue y otras arbovirosis [Internet]. 2016 Disponible en: <http://dentarget.finlay.edu.cu/por-que-cambiar-el-paradigma-en-el-enfrentamiento-al-dengue-y-otras-arbovirosis/>
7. Consenso de La Habana. Reunión Regional para la Estrategia de Vigilancia y Control de las Arbovirosis [Internet]. [citado 2017 Nov 09] Disponible en: http://www.paho.org/cub/index.php?option=com_content&view=article&id=635:consenso-de-la-habana-reunion-regional-para-la-estrategia-de-vigilancia-y-control-de-las-arbovirosis&Itemid=528
8. Organización Panamericana de la Salud. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Publicaciones generales [Internet]. 2016 [citado 2017 Mar 31]; 978-ISBN 92-75-31936-9 Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31448>

ANEXOS

Figura #1: Ingresos por síndromes febriles agudos Hospital Pediátrico 2015-2016

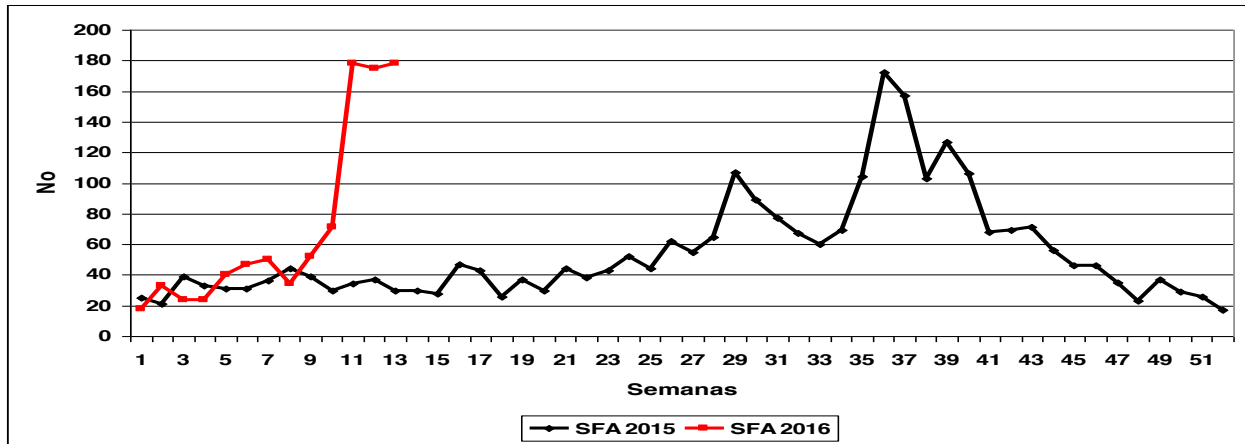


Figura #2: Distribución de los pacientes según síntomas

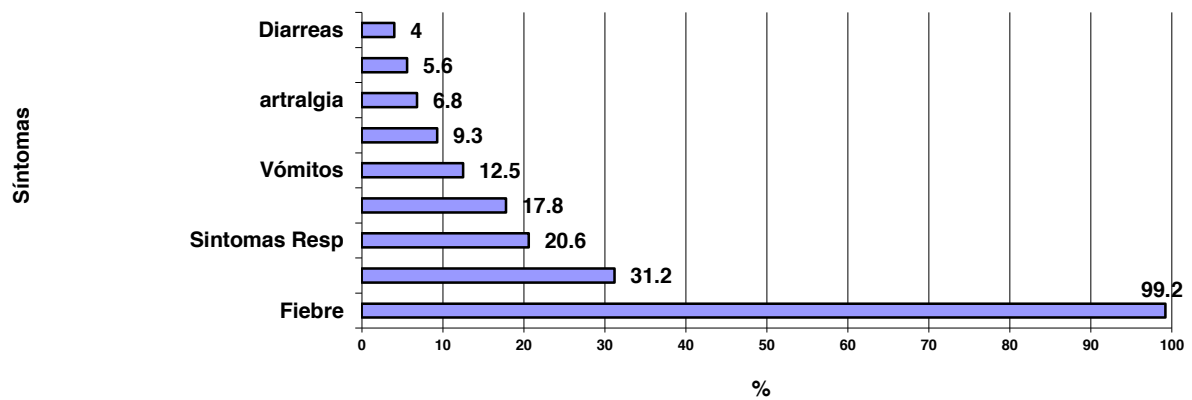
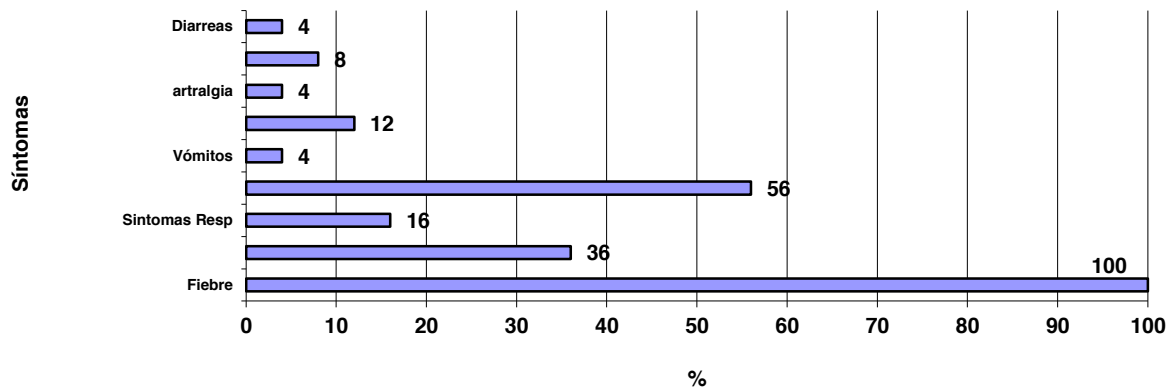


Tabla #1: Distribución de la positividad según grupos de edad en la serie estudiada

Edad	Ingresos	Positivos	%
Menor de 1 año	65	0	0,0
1 a 5	64	8	12,5
6 a 10	50	4	8,0
11 a 15	51	10	19,6
Más de 15	17	3	17,6
Total	247	25	10,1

Figura #3: Distribución de los pacientes positivos a IgM ELISA según síntomas



VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA DE VIBRIO CHOLERAEE.

Autores: Dr. Domingo Hernández Brunet, domingohb@jagua.sld.cu ,Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos. Cuba. Médico, Especialista de Segundo Grado en Microbiología y Master en Enfermedades Infecciosas.

Lic. Gisela Martínez Pérez , giselita20@nauta.com.cu , Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima Cienfuegos. Cuba Licenciada en Microbiología.

Dra. Teresita de Jesús Barrio Pedraza, est5902@ucm.cfg.sld.cu, Estomatóloga, Especialista de Segundo Grado en EGI, Master en Salud Bucal Comunitaria, Investigador Auxiliar, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Ing. Antonio Valladares Martínez antoniovm@nauta.cu Universidad de Cienfuegos. Ingeniero en ciencias Informáticas.

Dr. Jorge Emilio Barleta del Castillo jorgebc@jagua.sld.cu. Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos. Cuba. Médico, Especialista de Segundo Grado en Microbiología y Master en Enfermedades Infecciosas. Investigador Agregado.

Dra.Mileidy Morffi García erick.morffi@gmail.com Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos. Cuba. Médico, Especialista de Primer Grado En Medicina General Integral, Especialista de Primer Grado en Microbiología

RESUMEN

Fundamento: El Cólera es una enfermedad infecto-contagiosa intestinal aguda, causada por la ingestión de alimentos o agua contaminada con la bacteria Vibrio cholerae. Existen gran número de serogrupos, pero los pertenecientes a O1 y O139, causan brotes epidémicos, el O1 es el de mayor incidencia. **Objetivo:** Conocer cómo se ha comportado la vigilancia microbiológica a Vibrio cholerae en nuestro centro, desde abril año 2014 hasta marzo año 2018. **Método:** Se hizo un estudio descriptivo, retrospectivo de del diagnóstico microbiológico de Cólera en nuestro centro, desde el mes de abril del año 2014 hasta el mes de marzo año 2018.: **Resultados** Se procesaron 9271 muestras, se detectaron mediante test de diagnóstico rápido 480 casos positivos, se hicieron 509 aislamientos de Vibrio cholerae mediante los cultivos, El año de mayor positividad diagnostica fue el periodo 2014 a 2015, con 457 casos positivos por test rápido 12,4% y 462 casos positivos por cultivo 12,56% luego esta ha disminuido a ser prácticamente nula a pesar de que se siguen realizando gran número de exámenes para diagnóstico. Los meses con mayor positividad fueron los comprendidos entre abril y noviembre, alcanzando pico máximo entre los meses de julio a noviembre. **Conclusiones.** Se procesaron gran número de muestras durante el periodo, las que fueron con más alta positividad en el año 2014 a 2015, la misma en los siguientes años ha caído drásticamente, los meses con mayor número de casos positivos son los comprendidos entre julio a noviembre.

DeCS: Vibrio cholerae, Enfermedad Diarreica Aguda, Brotes epidémicos.

INTRODUCCIÓN

El cólera es una enfermedad infecto-contagiosa intestinal aguda, causada por la ingestión de alimentos o agua contaminada con la bacteria *Vibrio cholerae*. Se han identificado más de 200 serogrupos (definidos por el antígeno somático O) pero solo los serogrupos O1 y O139, causan brotes epidémicos, el O1 es el de mayor incidencia.

En el año 2000 el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri de Ciudad Habana Cuba investigó la susceptibilidad antimicrobiana y la presencia de toxina termoestable en 100 cepas de *Vibrio cholerae* No-01 remitidas de diferentes centros de salud del país al Laboratorio Nacional de Referencia de. Se demostró la presencia de 20 % *Vibrio cholerae* No-01 toxigénico, esta cifra resultó considerablemente más alta que la reportada en otras áreas geográficas, excepto en zonas epidémicas. Este resultado permitió establecer una alerta epidemiológica en Cuba, pues estas cepas pueden ser infectadas por el fago CTX (elemento que transporta los genes que codifican para la toxina colérica); lo que les conferiría un potencial epidémico similar al del agente etiológico del cólera.

A raíz de la epidemia que ocurrió en Haití a finales del 2010, Cuba revitalizó la vigilancia para el diagnóstico oportuno de la enfermedad y dos años más tarde se detectaron los primeros casos en la provincia Granma, con 701 casos confirmados en todo el país hasta la semana epidemiológica 8 del 2014.1,2,3,4

La emergencia y reemergencia de las enfermedades infecciosas posee muchos factores interrelacionados. La interconectividad global continúa en aumento a través del comercio, las relaciones culturales, económicas, políticas y las relaciones hombre-hombre y animal-hombre. Las interrelaciones incluyen las accidentales y las programadas, donde se intercambian agentes microbianos además de su resistencia.

Las epidemias aparecen como consecuencia de desastres naturales: tormentas tropicales, inundaciones, terremotos, sequías; estas pueden afectar al hombre y causar desastres económicos locales. Las situaciones de desastres que dan lugar a hacinamiento, escasez de agua potable, eliminación inapropiada de desechos humanos y contaminación de los alimentos son factores de riesgo para la propagación de enfermedades diarreicas.1,3

El Cólera es una enfermedad asociada a múltiples factores, sin embargo, con los más elementales principios sanitarios es posible controlar y hasta evitar la enfermedad. El número de casos notificados en el mundo está de nuevo en el nivel máximo que se observaba hace dos décadas, han aparecido cepas nuevas de *Vibrio cholerae* y la resistencia a los antibióticos ha aumentado.2,4

La resistencia entre los patógenos entéricos puede ser transmitida rápidamente entre ellos. El constante monitoreo de los patrones de susceptibilidad in vitro a los antimicrobianos es válido como guía para el tratamiento empírico, como método de tipificación e indicador de la diseminación de la resistencia.4,5

La fisiología y ecología de *Vibrio cholerae* en las aguas está estrechamente ligada a tres factores principales: la relación de temperatura y salinidad, adherencia a superficies y colonización de la microbiota con quitina. Se ha detectado en diferentes tipos de aguas: aguas superficiales (ríos, lagunas, playas, embalses), aguas

subterráneas (manantiales, pozos), agua envasada, aguas residuales tratadas para riego en la agricultura y acuicultura, agua en reservorios domésticos y el agua de consumo contaminada: la mayor fuente potencial de transmisión y aparición de brotes de cólera 1,3,6

La aparición brusca de la enfermedad, difícil de diferenciar de otras EDA en los estadios iniciales, con una rápida y tórpida evolución, que sin un tratamiento oportuno puede llevar a la muerte en horas, hacen que el desarrollo de métodos de diagnósticos rápidos, específicos, sensibles y económicos sean de suma importancia. La detección temprana de la bacteria, no solo permite suministrar oportunamente el tratamiento específico, sino también iniciar de manera ágil y racional las medidas de control epidemiológico, pues, aunque otras Enfermedades Diarreicas Agudas EDA, requieren del mismo tratamiento de rehidratación, únicamente cuando se trata de *V. cholerae* es indispensable establecer medidas inmediatas de control epidemiológico que permitan limitar la propagación de la enfermedad, 1,2,5,6

La prueba de oro para el diagnóstico de la enfermedad, la constituye el coprocultivo, que tiene importancia para el aislamiento y ser tipificación de la bacteria, no tiene relevancia clínica, pues el resultado de la misma demora entre uno y tres días en dar resultados confiables. Cuba, a partir de la aparición de casos de cólera en el 2012, compro en el mercado diagnosticadores comerciales, aún con sus altos precios. 6,7,8,9.

En el año 2014, mes de abril hicieron aparición casos de cólera en nuestra provincia, detectados por la vigilancia que previamente se había diseñado, con este trabajo quisimos conocer cómo se ha comportado la vigilancia microbiológica a *Vibrio cholerae* en nuestro centro, desde abril año 2014 hasta marzo año 2018.

Material y Métodos

En la ejecución de nuestro trabajo, se utilizaron los libros de registro del Departamento de Microbiología del Hospital General Docente Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima (HGAL) de la Provincia Cienfuegos Cuba, se hizo un estudio descriptivo, retrospectivo de del diagnóstico microbiológico de Cólera desde el mes de abril del año 2014 hasta el mes de marzo año 2018.

La revisión se hizo de forma personal por los investigadores y de forma manual se utilizó el método de los palotes para cuantificar y tabular los datos, de forma arbitraria tomamos todos los pacientes registrados en estos libros durante el periodo registrados.

Nuestra provincia Cienfuegos o cuenta con el Hospital Pediátrico y nuestro hospital, (HGAL), es decir que nuestro centro asume todo el diagnostico microbiológico de muestras clínicas de pacientes adultos, procedentes de nuestro territorio.

Se cuantificaron las muestras realizadas y los diagnósticos positivos obtenidos por test de diagnóstico rápido y aislamiento de *Vibrio cólera* obtenidos por procedimientos de cultivo tradicional según manual de normas y procedimientos del Laboratorio de Microbiología de nuestro centro.

Los resultados fueron cuantificados en números totales y porcentajes y llevados a tablas y gráficos para un mejor análisis e interpretación de los mismos.

RESULTADOS

Al analizar los resultados, encontramos que, durante los cuatro años de estudio se procesaron 9271 muestras, se detectaron mediante test de diagnóstico rápido 480 casos positivos, lo que representó una positividad de un 5,17 %, se hicieron 509 aislamientos de *Vibrio cholerae* mediante los coprocultivos durante el periodo, es decir para este método la positividad fue de 6,24%.

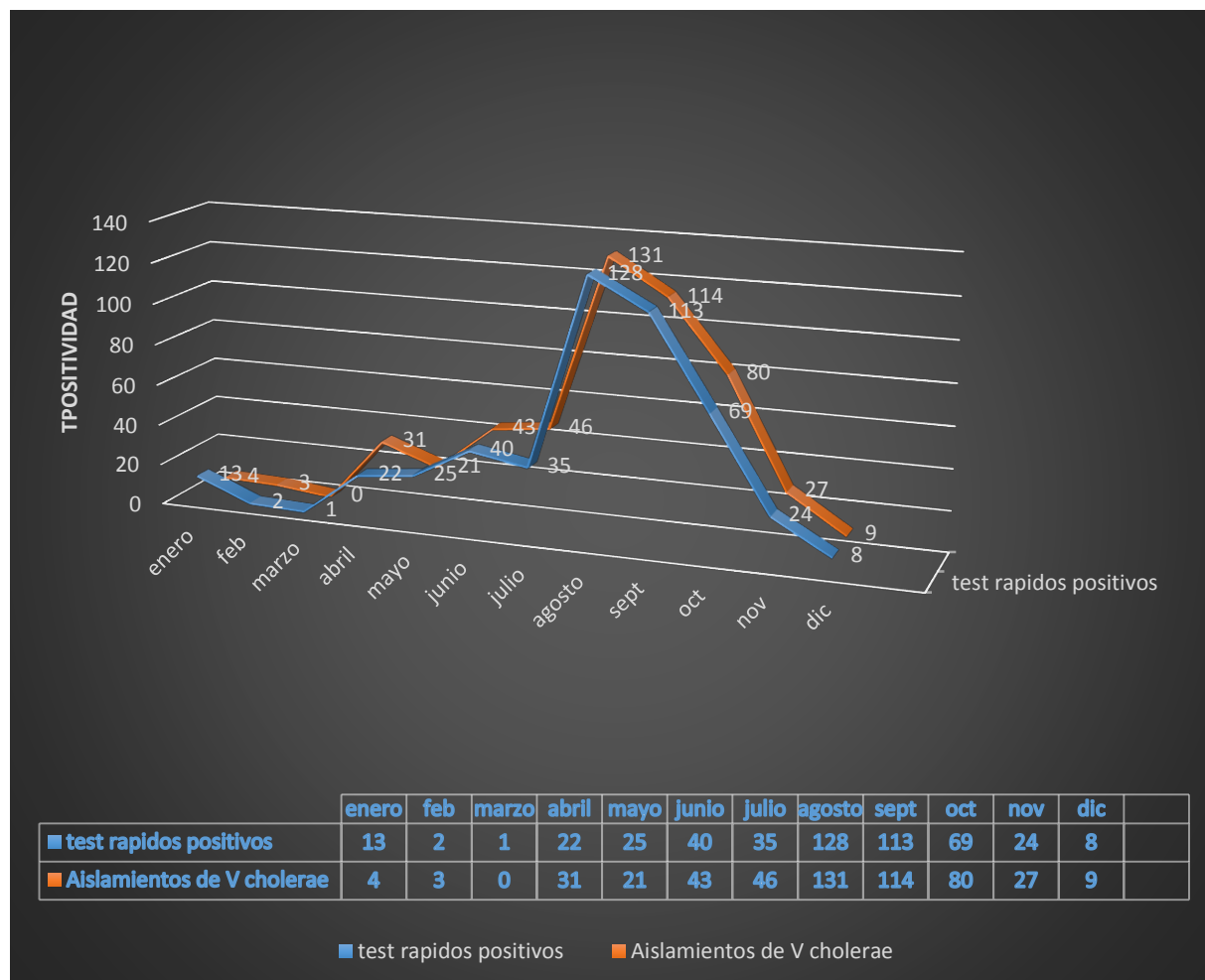
El año de mayor positividad diagnóstica fue el periodo 2014 a 2015, con 457 casos positivos por test rápido 12,4% y 462 casos positivos por cultivo 12,56% luego esta disminuyó llegando a ser prácticamente nula a pesar de que se siguen realizando gran número de exámenes para diagnóstico ver tabla y gráfico 1.

Años	Test rápidos Positivos	Aislamientos positivos	Exámenes realizados
2014 a 2015	457 (12,4%)	462 (12,56%)	3677
2015 a 2016	21 (0,8%)	44 (1,68%)	2606
2016 a 2017	2 (1,2%)	2 (1,2%)	1627
2017 a 2018	0 0	1 (0,07%)	1363
Total	480 (5,17%)	509 (6,24%)	9271

Fuente. Estudio realizado

Los meses con mayor positividad diagnóstica fueron los comprendidos entre abril y noviembre, alcanzando pico máximo de entre los meses de julio a noviembre. La correlación entre los test rápidos y los cultivos fue de un 94,3 %, siendo los cultivos más sensibles para diagnóstico de cólera que los test rápidos.

Grafico 1. Comportamiento de positividad diagnóstica, según meses del año.



Fuente Estudio realizado

Discusión.

El Cólera es una enfermedad reemergente que se reintrodujo en Cuba a finales del 2012. El 27 de agosto del 2014, se desarrolló en Cienfuegos un taller provincial con la participación de profesionales de todas las instituciones de salud del territorio, con el objetivo de analizar los elementos técnicos para la prevención y el manejo de brotes de cólera y de perfeccionar el plan provincial de prevención y control de la enfermedad.

Los principales puntos de mejora se vincularon a: mantener un intensivo programa de capacitación, en especial a los nuevos profesionales y técnicos; disponer de mecanismos seguros para la desinfección y lavado de ropas contaminadas; desarrollar una estrategia de promoción y prevención de salud relacionada a “manos limpias” y “agua segura para el consumo”; mejorar el flujo informativo y la cooperación intra e intersectorial.

Ya previamente se había realizado un evento similar en el territorio en el año 2013.
(4)

Este trabajo es el primer reporte que existe en la provincia Cienfuegos sobre la vigilancia microbiológica de este microorganismo, al abarcar cuatro años podemos inferir conclusiones con más precisión, constituye una valiosa herramienta para futuras investigaciones en el tema y para demostrar lo importante que resulta la preparación previa para enfrentar contingencias epidemiológicas como lo constituyó el Cólera en su reaparición.

Como pudimos apreciar en los resultados se procesaron un elevado número de muestras siendo precisamente el año 2014 al año 2015 quien más casos positivos apporto, luego podemos apreciar como a pesar de seguir procesando muchas muestras la positividad ha llegado a límites prácticamente nulos en la actualidad.

Consideramos que las medidas tomadas antes y durante los brotes epidémicos han impactado de manera positiva en el control de la enfermedad, hay mayor percepción de riesgo por parte de los pacientes y los médicos, se piensa rápidamente en la enfermedad y se toman las medidas de control adecuadas con el paciente y sus contactos incluyendo los controles de focos.

Hasta el momento este sistema de vigilancia ha sido tan eficiente que a pesar de haber sido afectados de forma indirecta por las copiosas lluvias del Huracán Irma del pasado año no hubo brotes de la enfermedad en nuestro territorio.

En el nivel terciario a niveles de hospitales ya sea pediátrico o en nuestro caso hospital de adultos todo paciente con sospecha diagnóstica como estrategia se ha ingresado en salas especializadas donde se hizo diagnóstico rápido y por coprocultivos, tratando de identificar con mayor exactitud el agente causal de todo paciente con diarrea aguda sospechoso y por lo tanto se instauró tratamiento adecuado.

Desde el inicio de los brotes en abril año 2014 en nuestro laboratorio de Microbiología se creó como estrategia una guardia física con licenciados y médicos que funciona ininterrumpidamente las 24 horas del día todos los días del año, como resultado las muestras se procesan de forma inmediata mejorando la calidad diagnóstica del laboratorio.

Todos los aislamientos positivos por protocolo fueron enviados a los laboratorios provinciales y nacionales de referencia para control de calidad, pruebas de toxigenicidad y de resistencia antibiótica, estos datos son de gran utilidad incluso cuando se colectan aislamientos para candidatos vacunales.

A pesar de lo anterior, no hemos recibido hasta ahora una contrareferencia donde nos informen de los niveles de circulación de los serotipos no O1, ni tampoco de los patrones de resistencia de los aislamientos enviados lo que nos sería de gran importancia actual y fuente de investigaciones futuras.

También consideramos que a partir de la reintroducción en nuestra provincia en el año 2014 donde ocasionó brotes epidémicos, existió una morbilidad oculta que es probable hay producido importantes niveles de anticuerpos en la población de cierta manera protectores lo que no es posible le demostrar por nuestros escasos recursos, pero puede ser fuente de futuras investigaciones.

Es importante referirnos a la voluntad política de nuestras autoridades de salud, nacionales y territoriales y a la intersectorialidad, pues a pesar de ser un país bloqueado económicamente se han hecho importantes inversiones para mejorar el

suministro con calidad del agua de consumo, su conservación adecuada y se trabaja en el mejoramiento de acueductos, redes de distribución y alcantarillados lo que ha mejorado las condiciones de vida de nuestra población.

La correlación de 0,94 entre los test de diagnóstico rápido y los cultivos para *Vibrio cholerae* consideramos pudo estar relacionada con la sensibilidad y especificidad de los diferentes kits diagnósticos utilizados ,también al uso precoz de antibióticos por parte de los pacientes y como reporta la literatura la posible circulación en nuestro territorio de cepas de *Vibrio cholerae* no 01 toxigénico ,no obstante se demostró que el coprocultivo sigue siendo la prueba de oro para el diagnóstico microbiológico.

Con relación a los meses de mayor positividad diagnostica, nuestros datos coinciden con lo reportado en la literatura pues en nuestro país la época lluviosa o primavera comienza en abril y termina en noviembre con picos máximos entre los meses de julio a noviembre.

Con los datos encontrados en nuestro trabajo a alguien no especializado en la materia se le pudiera ocurrir pensar que el *Vibrio cholerae* esta erradicado de la provincia Cienfuegos y esto es un error ,al revisar la literatura encontramos que estas bacterias son halófilas es decir toleran altos niveles de sal y pueden persistir indefinidamente en ambientes acuáticos marinos y de agua dulce y es ahí donde queremos alertar que tenemos elementos que no podemos modificar pero que nos expone a riesgos de forma constante por lo que la vigilancia de este microorganismo debe e ser ampliada y mantenida .

Nuestras principales fuentes de abasto de agua son superficiales, lo que hace que en momentos de altos niveles de lluvia se produzca gran turbidez del agua de las mismas y el cloro utilizado para ser incorporado al agua de consumo sea ineficaz en estas condiciones.

A pesar de las mejorías realizadas en la red de suministro de agua a nivel provincia y la de disposición final de residuales líquidos está en malas condiciones y demanda aun cuantiosos recursos económicos.

Por sus características geográficas nuestra provincia cuenta con una bahía de bolsa y es ahí donde se vierten los principales residuales líquidos de la ciudad incluyendo los hospitales sin un tratamiento previo sin contar con las aguas de escurrimiento superficial que también van a parar allí.

Rodeando a nuestra bahía hay ubicados importantes centros industriales y turísticos y existen áreas que, aunque no autorizadas se usan como áreas de baño por la población, al igual que se pesca y consume de forma no autorizada en dicho sitio.

Para hacer nuestra situación aún más compleja contamos con importantes puertos y aeropuertos que reciben barcos ,aviones mercancías de todo el mundo incluyendo áreas hiperendemicas de Cólera ,cada día el turismo nacional e internacional se incrementa en Cuba con incremento de centros de elaboración y expendios de alimentos ,en nuestro país hay cientos de estudiantes que viven en países extranjeros de alta endemicidad de la enfermedad ,también contamos con cientos de colaboradores de salud y otras ramas de la economía que se desempeñan en esas zonas .

Se procesaron gran número de muestras durante el periodo, las que fueron con más alta positividad en el año 2014 a 2015, la misma en los siguientes años ha caído drásticamente. Los meses con mayor número de casos positivos fueron los comprendidos entre julio a noviembre. Consideramos que la **vigilancia epidemiológica, clínica, microbiológica** deben ser profundizadas aún más en aras de mantener los bajos niveles de positividad que hoy mostramos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rita María Sánchez Lera Isael Armando Pérez Vázquez Cólera: historia de un gran flagelo de la humanidad. Rev. Hum Med vol.14 no.2 Ciudad de Camagüey Mayo.-ago. 2014.
2. Elbert José Garrido Tapia 1, Ana Margarita Manso López Estrategias para la prevención y control de un desastre de origen sanitario por cólera. CCM vol.18 no.2 Holguín abr.-jun. 2014.
3. Estrada Peneque MU, Estrada Vinajera G, Vinajera Torres C. Cólera. Contexto clínico-epidemiológico y social. A propósito del brote epidémico en Granma, Cuba. Rev Med Multimed [Internet]. 2012 oct-dic [citado 27 oct 2013]; 16(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2012/v16-4/9.html>.
4. Valdés-Gómez M, Navarro-Machado V, Molina-Moreira E, Torres-Ros J, Lozano-Leblanc A, Cesar-Carrero J, Morejón-Giraldo ni A. Actualización en el manejo integral del cólera. Recomendaciones del taller de expertos. Cienfuegos 2014. Medisur [revista en Internet]. 2014 [citado 2018 Mar 22]; 12(5):[aprox.5p.].Disponible en:<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2855>.
5. Lic. Laura Bravo,1 Dra. Margarita Ramírez,2 Dr. Jorge Luis Maestre,3 Dra. Alina Llop. Vibrio cholerae No-01 toxigénico. Rev cubana Med Trop v.52 n.2 Ciudad de la Habana mayo-ago. 2000.
6. Anabel Fernández Abreu, Laura Bravo Fariñas, Adalberto Águila Sánchez, Susceptibilidad antimicrobiana en aislamientos cubanos de Vibrio cholerae O1 procedentes de muestras clínicas. Rev cubana Med Trop vol.68 no.1 Ciudad de la Habana abr. 2016.
7. Maribel Cuello-Pérez, Oscar Otero-Alfaro, Fátima Reyes-López, Frank Camacho-Casanova. Obtención de un diagnosticador rápido de cólera, basado en partículas de látex acopladas a un anticuerpo monoclonal contra lipopolisacárido de Vibrio cholerae O1. Vaccimonitor vol.24 no.1 Ciudad de la Habana abr. 2015.
8. Dong C, Zhang X, Bao C, Zhu Y, Zhuang L, Tan Z, et al. Antibiotic resistance and molecular characterization of Vibrio cholera strains isolated from an outbreak of cholera epidemic in Jiangsu province. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi. 2015 Feb;49(2):128-31
9. Gavilán RG, Martínez Urtaza J. Factores ambientales vinculados con la aparición y dispersión de las epidemias de Vibrio en América del Sur. Rev Perú Med exp sal pub [Internet]. 2011 mar [citado 27 oct 2013]; 28(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100017.

VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA DE PALUDISMO.

Autores: Dr. Domingo Hernández Brunet. domingohb@jagua.sld.cu Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos. Cuba. Médico, Especialista de Segundo Grado en Microbiología y Master en Enfermedades Infecciosas.

Lic. Gisela Martínez Pérez. giselita20@nauta.com.cu Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima Cienfuegos. Cuba .Licenciada en Microbiología.

Dr. Jorge Emilio Barleta del Castillo jorgebc@jagua.sld.cu. Hospital Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos. Cuba. Médico, Especialista de Segundo Grado en Microbiología y Master en Enfermedades Infecciosas. Investigador Agregado.

Ing. Antonio Valladares Martínez antoniovm@nauta.cu Universidad de Cienfuegos. Ingeniero en ciencias Informáticas.

Dra. Teresita de Jesús Barrio Pedraza, est5902@ucm.cfg.sld.cu, Estomatóloga, Especialista de Segundo Grado en EGI, Master en Salud Bucal Comunitaria, Investigador Auxiliar, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

Resumen

Fundamento. La Malaria o Paludismo, continúa siendo la principal causa de muerte de etiología parasitaria a nivel mundial. Causada por cuatro especies principales de Plasmodium; Plasmodium falciparum, Plasmodium malariae, Plasmodium vivax, y Plasmodium ovale, **Objetivo.** Conocer cómo se comportó la vigilancia microbiológica para Paludismo llevada a cabo por nuestro hospital durante el periodo de los años 2016 y 2017. **Método.** Se hizo un estudio descriptivo, retrospectivo de las gotas gruesas para diagnóstico de Plasmodium durante el tiempo seleccionado, se ejecutó de forma personal por los investigadores y de forma manual se utilizó el método de los palotes para cuantificar y tabular los datos, de forma arbitraria tomamos todos los pacientes registrados en estos libros durante el periodo. **Resultados.** Se estudiaron 1128 pacientes, en los cuales se hicieron 3384 determinaciones, positivos 10 pacientes para un 0.88% de positividad. De ellos 9 fueron diagnosticados con Plasmodium vivax, El otro caso correspondió a un diagnóstico de Plasmodium falciparum. En 2016 se estudiaron 484 pacientes a los que se les realizaron 1452 determinaciones. Hubo dos casos positivos, lo que significo 0,41%de positividad. En 2017 se estudiaron 644 pacientes, con 8 positivos para un 1,24 % de positividad. **Conclusiones.** Se estudiaron 1128 pacientes durante el periodo seleccionado, se encontraron 10 casos positivos, los pacientes positivos a Plasmodium vivax todos tuvieron relación directa o indirecta con procedencia de Guyana, no hubo discordancia diagnóstica en los controles de calidad enviados a los centros de referencia provincial y nacional.

Palabras clave. Paludismo Plasmodium, Gota Gruesa, Vigilancia.

INTRODUCCION

La Malaria o Paludismo, es uno de los más serios problemas de la salud pública en el mundo y continúa siendo la principal causa de muerte de etiología parasitaria a nivel mundial. Esta enfermedad es causada por cuatro especies principales de Plasmodium; Plasmodium falciparum, Plasmodium malariae, Plasmodium vivax, y

Plasmodium ovale, aunque en los últimos años también se han reportado brotes por la especie zoonótica *Plasmodium knowlesi*.1,2

Se trasmite al ser humano principalmente por la picadura de diversas especies del mosquito del género *Anopheles*, la variabilidad climática influye en las condiciones de vida, longevidad y dinámica de los mosquitos adultos, así como también en el tiempo de maduración del parásito del paludismo dentro de este, lo cual repercute de forma determinante en la transmisión de la enfermedad. De hecho, experimentalmente se evidenció que la temperatura y humedad son factores que pueden alterar la longevidad y tasa de ovogénesis del mosquito transmisor. 2,3,4

Puesto que el paludismo es una enfermedad que se transmite a través de la picadura de mosquitos de esa familia, su prevención se basa en el uso de repelentes y mosquiteros impregnadas con insecticida.

La resistencia a los fármacos del parásito que causa el Paludismo se ha expandido en varias regiones del sudeste de Asia. Hay varias razones posibles por las que *Plasmodium vivax* puede estar evolucionando para evadir los medicamentos utilizados contra *Plasmodium falciparum*. Muchas personas tienen infecciones mixtas de ambas especies de parásito, de modo que, en el tratamiento de una especie, la otra automáticamente se expone al fármaco. El uso de medicamentos no supervisado donde muchas personas toman el más fácilmente disponible, en lugar del antimalárico más adecuado, también puede contribuir.3,5,6,7.

A diferencia de *Plasmodium falciparum*, su primo más ampliamente estudiado, *Plasmodium vivax* puede permanecer latente en el interior del hígado de una persona durante años hasta que emerge causando una recaída del Paludismo

El Paludismo se puede transmitir por vía transfusional, es poco lo que se puede hacer en áreas de alta endemicidad; una alternativa es tratar a los receptores con medicación como profilaxis y excluir como donantes a individuos con antecedentes de paludismo reciente.

En áreas no endémicas se toman diferentes medidas, por ejemplo, muchos países europeos excluyen por 6 meses a los donantes que hayan viajado a un área endémica, 1,4,8,9.

Según lo establecido en Cuba, los donantes que hubieran estado en áreas endémicas para paludismo serán rechazados y solo podrán donar sangre luego de permanecer 12 meses asintomáticos en área no endémica. Las personas que hubieran recibido drogas antipalúdicas como profilaxis y que no hubieran tenido síntomas atribuibles al paludismo, solo podrán donar sangre después de 3 años de finalizado el tratamiento, y los donantes que padecieron o hubieran padecido alguna vez paludismo quedarán excluidos permanentemente.

Globalmente hablando y si comparáramos mayor daño y grado de prevalencia la malaria es la enfermedad infecciosa más importante a controlar en todo el mundo En el Día Mundial contra el Paludismo se conmemora el 25 de abril de cada año, desafortunadamente aun no contamos con una vacuna profiláctica.3,4,5,10,11.

La Organización Mundial de la, OMS recomienda el desarrollo y mejoría continua de los programas de control de la malaria, dentro de los cuales el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato, constituyen los pilares fundamentales a tener en cuenta.

Prevenir la reintroducción del paludismo en los países ya declarados libre de la enfermedad. Para alcanzar estos objetivos, la Estrategia de la OPS/OMS y el Plan de acción sobre el paludismo prioriza: Prevención, vigilancia, detección temprana y contención de brotes. Manejo integrado de vectores. Diagnóstico y tratamiento mejorar la comunicación y asociaciones de colaboración Fortalecimiento de los sistemas de salud, planificación estratégica, seguimiento y evaluación, investigación operativa, y creación de capacidad a nivel de los países.1,6,7,12,13.

El diagnóstico precoz y preciso del paludismo resulta esencial para la atención eficaz y la vigilancia de la enfermedad. La buena calidad del diagnóstico es importante en todos los entornos, ya que los diagnósticos erróneos pueden comportar una importante morbilidad y mortalidad. La OMS recomienda el diagnóstico rápido del paludismo bien sea mediante pruebas de microscopía o mediante pruebas de diagnóstico rápido antes de administrar tratamiento al paciente presuntamente infectado.5,6,7,8,9.

La microscopía de la Gota Gruesa (GG) ha sido considerada el método de elección para determinar la prevalencia de la malaria en encuestas epidemiológicas, permitiendo la cuantificación y la diferenciación de las especies Plasmodium a un bajo costo. Más recientemente, las técnicas de tiras de diagnóstico rápido (TDR) fueron introducidas como herramientas de pesquisa en las encuestas de campo, pues al dar resultados rápidos permiten el tratamiento in situ.

A finales del año 2016 se produjo un brote de Paludismo en municipio Rodas de nuestra provincia, esto obligo a las autoridades de salud del territorio a reevaluar las estrategias de vigilancia, y control para la enfermedad en todos los niveles de salud.

Con esta investigación quisimos conocer cómo se comportó la vigilancia microbiológica para Paludismo llevada a cabo por nuestro hospital durante el periodo de los años 2016 y 2017.

Material y Métodos:

Para nuestro trabajo se utilizaron los libros de registro del departamento de Microbiología del Hospital General Docente Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima de la Provincia Cienfuegos Cuba, se hizo un estudio descriptivo, retrospectivo de las gotas gruesas para diagnóstico de Plasmodium desde enero del año 2016 a diciembre año 2017, la revisión se hizo de forma personal por los investigadores y de forma manual se utilizó el método de los palotes para cuantificar y tabular los datos, de forma arbitraria tomamos todos los pacientes registrados en estos libros durante el periodo .

Como por estrategia propia de nuestra provincia todos los pacientes que acuden a nuestro centro procedente de áreas endémicas de Malaria o con sospecha clínica de esta se ingresan para observación y realización de al menos 3 gotas gruesas, todos estos pacientes estuvieron ingresados en nuestro centro.

Se tuvo en cuenta en los casos positivos la especie de Plasmodium identificada y la Procedencia geográfica o lugar de residencia de los pacientes.

Los datos obtenidos se reflejaron en números totales y porcentajes para un mejor análisis e interpretación.

RESULTADOS

Durante el período seleccionado, años 2016 y 2017 se estudiaron para diagnóstico de malaria de manera general en nuestro centro ,1128 pacientes como a cada uno se les realizó al menos 3 gotas gruesas de Paludismo esto significa que se realizaron 3384 exámenes de este tipo.

En total se diagnosticaron como positivos 10 pacientes para un 0.88% de positividad. De ellos 9 pacientes fueron diagnosticados con Plasmodium vivax es decir 90% de los casos, hubo 1 caso que fue recaída es decir repitió la enfermedad durante el período. El otro caso correspondió a un diagnóstico de Plasmodium falciparum, este paciente había estado previamente en Angola, el resto fueron pacientes que habían estado en Guyana y vivían o habían estado relacionados con el Municipio Rodas de esta provincia donde se produjo un pequeño brote epidémico de esa enfermedad.

Tabla 1. Datos período 2016-2017

Total de Pacientes	Negativos	Positivos	
1128	1118 (99.12%)	10 (0.88%)	
Fuente: Estudio realizado		Pacientes diagnosticados con Plasmodium vivax	Plasmodium falciparum
		9	1
		Pacientes con recaída	1

De manera individual encontramos que en 2016 se estudiaron 484 pacientes a los que se les realizaron 1452 determinaciones. Hubo dos casos positivos que se produjeron a finales de ese año lo que significo 0,41% de positividad.

Tabla 2. Datos año 2016

Total de Pacientes	Negativos	Positivos
484	486 (99.59%)	2 (0.41%)

Fuente: Estudio realizado

Tabla 3. Datos año 2017

En 2017 se estudiaron 644 pacientes, con 8 positivos para un 1,24 % de positividad.

Total de Pacientes	Negativos	Positivos
644	656 (98.76%)	8 (1.24%)

Fuente: Estudio realizado

Como parte de la vigilancia de Paludismo en nuestro territorio y país todas las muestras positivas se enviaron hacia los centros de referencia provinciales y nacionales, así como un porcentaje de las negativas, todos los casos los diagnósticos coincidieron y no hubo discordancias en el caso de las muestras diagnosticadas como negativas.

DISCUSIÓN

La detección de un brote de Paludismo introducido en el municipio Rodas de nuestra provincia a finales del año 2016, puso a prueba la capacidad y preparación técnica del personal de salud de nuestro territorio a todos los niveles, nunca antes enfrentados a un evento de estas características.

En nuestro laboratorio y centro es primer trabajo que se hace sobre este tema por lo que no podemos comparar nuestros hallazgos.

Nuestro trabajo tiene valor teórico y práctico pues nos permite conocer como se ha comportado la vigilancia microbiológica para la enfermedad en los dos últimos años en nuestro hospital y sirve para trazar nuevas estrategias futuras, tanto locales como provinciales.

A pesar de una vigilancia microbiológica extensiva e intensiva de Malaria en nuestro territorio solo se detectaron 10 casos 9 de ellos asociados al mencionado brote por lo que la prevalencia de la enfermedad se ha mantenido baja, consideramos que debe mantenerse e incrementarse principalmente si tenemos en cuenta que *Plasmodium vivax* puede producir recaídas como ocurrió en uno de los casos.

Este trabajo ha servido para hacer revisiones teórico prácticas para el personal de salud y además se impartió taller territorial provincial, es decir que hoy en día el personal de salud en general y especialmente los de laboratorios de microbiología de nuestro hospital y otras áreas de salud está mejor entrenado en diagnóstico y control del Paludismo.

La Malaria fue erradicada en Cuba en 1967, sin embargo, por causa de la recrudescencia de esta enfermedad en el mundo y la afluencia del personal que proviene de áreas endémicas, hace que el país no esté exento de su reintroducción, por la presencia y distribución en todo el país del vector (*Anopheles albimanus*).^{4,5,6}

Nuestra provincia cuenta con condiciones ideales para la reintroducción de la enfermedad, si fallan los mecanismos de vigilancia y control, cuenta con puertos y aeropuerto con alto nivel de actividad turística y mercantil, está localizada en el centro sur del territorio nacional con acceso fácil por todas las vías tanto desde otras provincias como del extranjero.

Este riesgo se ha incrementado en los últimos años con el aumento de estudiantes, turistas nacionales e internacionales, colaboradores en diferentes ramas, todos relacionados con las zonas endémicas.

Por nuestras características climáticas y geográficas existen condiciones ideales para el incremento la población de mosquitos Anofeles Esta especie se reproduce en una gran variedad de hábitats como lagunas, pantanos, depresiones del terreno hechas por el hombre para almacenar agua de lluvia (para consumo humano o animal), huellas de pisadas de animales etc., ^{1,3,5} Esto se evidencio en el brote epidémico

sufrido pues el municipio Rodas cuenta con una importante represa ubicada en su territorio aledaña a la Ciudad de Rodas.

Consideramos que la estrategia de ingreso y realización seriada de Gotas Gruesas a los viajeros procedentes de zonas endémicas en nuestra provincia ha sido exitosa, esta debe ser profundizada aún más a todos los niveles de salud pues el riesgo se incrementa cada día mas por los factores antes, mencionados.

Concluimos en nuestro trabajo que, se estudiaron 1128 pacientes para diagnóstico de Malaria durante el periodo seleccionado, se encontraron 10 casos positivos relacionados con un brote de esta patología ocurrido en municipio Rodas de nuestra provincia a finales del año 2016 y principios del 2017 ,de los pacientes positivos a Plasmodium vivax todos tuvieron relación directa o indirecta con procedencia de Guyana ,no hubo discordancia diagnostica en los controles de calidad enviados a los centros de referencia provincial y nacional. Consideramos además que, dada la situación regional y mundial de esta patología, su vigilancia clínica, microbiológica y epidemiológica debe ser incrementada aún más.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. WORLD MALARIA REPORT; 2013. Disponible en: www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/wmr13_resume_n_puntos_clave.pdf.
2. Fançony C, Sebastião YV, Pires JE, Gamboa D, Nery SV. Performance of microscopía and RDTs in the context of a malaria prevalence survey in Angola: a comparison using PCR as the gold standard. Malar J. 2013; 12: 284.
3. Mendoza NM, Cucunubá ZM, Aponte S, González NE, Bernal SD. Evaluación de campo de la precisión de la prueba de diagnóstico rápido SD Bioline Malaria Antigen Pf/Pv® en Colombia: Biomédica; 2013; 33:587-97.
4. Ginorio DE, Ortega S, Rojas L, Marín H, Oviedo A. Control de la calidad del diagnóstico de paludismo en la provincia de Cienfuegos, Cuba. Rev. cubana Med Trop. 2004; 56:49-53.
5. WHO (2014, May 13). 10 Facts about Malaria. Retrieved from World Health Organization: <http://www.who.int/features/factfiles/malaria/en/>.
6. Andrews KT., Fisher G., and Skinner-Adams TS. (2014). Drug repurposing and human parasitic protozoan diseases. Int J. Parasitol. Drugs and Drug Resistance, 4(2): 95-111.
7. Vial H, Taramelli D, Boulton IC, Ward SA, Doerig C, Chibali K, et al. CRIMALDDI: platform technologies and novel anti-malarial drug target. Malaria J. 2013; 12:396.
8. Abdullahi M. Daskum¹, Rizwan A. Ansari¹ and Abba Umar². Emetine dihydrochloride hydrate showed potent antimalarial properties on the multidrug resistant strain (K1) of Plasmodium falciparum: A step forward towards drug repurposing. International Journal of Malaria Research and Reviews www.resjournals.org/IJMR ISSN: 2346-7266 Vol. 4(2): 19-28, April, 2016.
9. Flannery, EL., Chatterjee, AK., and Winzeler, EA (2013). Antimalarial Drug Discovery: Approaches and Progress towards 28 New Medicines. Nature Reviews Microbiol. 849-863.
10. García Nazaré Pembelel, Filomena da Silvall, Filomeno FortesIII, Lázara Rojas RiveroIV, Nereyda Cantelar de FrancicoV, Reynaldo Menéndez CapoteVI,

Lizet Sánchez ValdésVII. Comparación de los métodos de gota gruesa y tiras de diagnóstico rápido para el diagnóstico de la malaria en Luanda, Angola. Rev haban cienc méd vol.14 no.1 La Habana ene.-feb. 2015.

11. Heidy Ramírez Vázquez. Resistencia a los insecticidas amenaza avances en la lucha contra el paludismo. diciembre 11/2015 (EFE).
12. María Elena Reyes González. Un parásito del paludismo desarrolla resistencia a los medicamentos. junio 28/ 2018 (ABC).
13. Lic. Heidy Ramírez Vázquez. Descubren una mutación que “inmuniza” al mosquito del paludismo contra el DDT. Tomado del Boletín de Prensa Latina: Copyright 2012 “Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A.”. mayo 22, 2014.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES OPERADOS DE LESIONES EN LA REGIÓN BUCO- FACIAL. CIENFUEGOS 2012-2016.

AUTORES:

Elizabeth Rieche Gómez, Residente de segundo año de Estomatología General Integral, Policlínico Área IV "Ernesto Guevara", Cienfuegos, Cuba, gomezrieche@nauta.cu.

Olga Lidia García Álvarez, Estomatóloga General Integral, MsC Salud Bucal Comunitaria, Profesora Asistente, Policlínico Área IV "Ernesto Guevara", Cienfuegos, Cuba, eduardorss@jagua.cfg.sld.cu.

RESUMEN

El virus papiloma humano (VPH o HPV por sus siglas en inglés) tiene una alta prevalencia a escala mundial y es una de las infecciones virales más difundidas en la población. **Objetivo** Caracterizar los pacientes operados de lesiones asociadas con el virus del papiloma humano en la región buco- facial asistidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial "Gustavo Aldereguía Lima" en el periodo 2012-2016. **Métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo en un universo conformado por 316 pacientes donde se analizarán variables como edad, sexo, color de piel, procedencia, tipo de lesión, localización topográfica y tratamiento. Para la recolección de la información se obtuvieron datos a través de fuentes documentales escritas como fuentes históricas, estadísticas, informes de investigaciones, documentos oficiales y archivos. **Resultados:** Predominó el grupo etario de 51 o más 48,1% y el sexo masculino 53,2%. El 82,3% de la población era de color de piel blanca y el 56,9% de procedencia rural. La lesión más presentada fue el papiloma bucal con un 52,4%. Según localización predominó la lengua en el 23,7% y piel de la cara 21,4%. Según el tipo de tratamiento realizado predominó el tratamiento quirúrgico 77,8%. **Conclusiones:** Las lesiones asociadas al VPH mostraron un incremento lineal de acuerdo a la edad, predominó en mayores de 51 años y en el sexo masculino. Las personas de color de piel blanca fueron las más afectadas. El papiloma bucal y el carcinoma epidermoide constituyeron las lesiones de mayor incidencia.

Palabras claves: virus del papiloma humano, cavidad oral, **lesiones cut.neas y/o de mucosas**

INTRODUCCIÓN

El virus papiloma humano (VPH o HPV por sus siglas en inglés) es un virus común que cada día infecta a más personas, ⁽¹⁾ es con toda probabilidad, la infección de transmisión sexual más frecuente. ⁽²⁾

El VPH fue descrito por primera vez en el año 1935 por el Dr Francis Peyton Rous, quien había demostrado la existencia de un virus con poder oncogénico (es decir,

capaz de inducir la formación de tumores) que causaba cáncer en la piel de los conejos, y cuya descripción coincidía con el papilomavirus ⁽³⁾

Actualmente tiene una alta prevalencia a escala mundial y es una de las infecciones virales más difundidas en la población, debido al incremento de las enfermedades infectocontagiosas inducidas por las relaciones sexuales sin protección, así como la práctica del sexo bucogenital. La gran mayoría de estas infecciones son asintomáticas o subclínicas, no originan ninguna manifestación clínica o morfológica y pasan desapercibidas. ⁽⁴⁻⁵⁾

Estudios previos muestran que el VPH se asocia a un 35% de los casos de cáncer de cavidad oral, de los cuales el 70% de ellos son de alto riesgo. ⁽⁵⁾

Otros estudios afirman que el VPH va camino de convertirse en la causa principal de cáncer bucal. Anteriormente, el tabaco era la primera causa de este tipo de cáncer. ⁽⁶⁾

El HPV afecta, aproximadamente, a 660 millones de personas cada año en el mundo. ⁽⁷⁾ Según el doctor Pera, *“el 80% de la población sexualmente activa ha tenido a lo largo de la vida contacto con el HPV.”* ⁽⁸⁾

Existen más de 230 tipos de VPH (118 de ellos bien caracterizados). Estos pueden clasificarse en dos grupos principales: cutáneos y mucosos. Los tipos de VPH mucosos asociados con lesiones benignas (VPH 6 y 11 principalmente, y 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 entre otros) son conocidos como de "bajo riesgo", mientras que aquellos asociados a lesiones malignas (VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 68, 73, 82) son conocidos como virus de "alto riesgo". ⁽⁵⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁾

Las lesiones bucales que contienen los VPH, se clasifican en dos grandes grupos: a) lesiones benignas y b) lesiones premalignas o malignas. Entre las lesiones bucales benignas se encuentran: Papiloma Bucal (PB), Verruga Vulgar (VV), Condiloma Acuminado (CA) e Hiperplasia Epitelial Focal o Enfermedad de Heck (HEF). En tanto las lesiones premalignas y malignas están representadas principalmente por Leucoplasia y el Carcinoma Epidermoide. ⁽⁹⁻¹⁰⁾

En general, la terapia de las infecciones del HPV consta de 3 armas diferentes; Métodos quirúrgicos, Métodos químicos y Vacunas. Además de tratamientos con medicina natural tradicional. ⁽¹²⁾

Por los antecedentes expuestos anteriormente y la importancia de valorar el comportamiento de las lesiones benignas y premalignas así como estados premalignos y lesiones malignas asociadas al virus del papiloma humano en la región buco facial; donde no existen antecedentes de trabajos investigativos referentes al tema, se decide realizar la presente investigación con el objetivo de caracterizar los pacientes operados de lesiones relacionadas con el virus del papiloma humano en la región buco- facial asistidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial del hospital provincial “Gustavo Aldereguía Lima” en el periodo 2012-2016.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo de un grupo de pacientes que fueron tratados quirúrgicamente por presentar lesiones relacionadas con el virus del papiloma humano en la región buco-facial en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial “Gustavo Aldereguía Lima” en el periodo comprendido de enero de 2012 a diciembre de 2016.

Para la elaboración de este estudio se trabajó con la totalidad del universo conformado por 316 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión requeridos. Se analizaron variables como edad, sexo, color de piel, procedencia tipo de lesión presentada, localización topográfica y tratamiento.

Para la recolección de la información se obtuvieron datos a través de fuentes documentales escritas como fuentes históricas, fuentes estadísticas, informes de investigaciones, documentos oficiales, archivos y publicaciones periódicas; de material monográfico de archivo, así como del análisis de vestigios y restos materiales como fotografías y documentación electrónica. Estos fueron insertados en una base de datos de Microsoft Office Excel y se procesarán estadísticamente en el programa SPSS 15.0, mediante los cuales se confeccionaron tablas y gráficos. Se empleó también Microsoft Office Word.

La información obtenida solo será divulgada con fines científicos y se mantendrá el anonimato de todos los pacientes, guardándose todos los principios de la ética médica cubana.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1 Distribución de pacientes según grupo de edades, hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, enero de 2012 a diciembre de 2016

Edad	No. de casos	%
15-20	20	6,3
21- 30	40	12,7
31- 40	44	13,9
41- 50	60	18,9
51 o más	152	48,2
Total	316	100

El grupo de etario de 51 ó más, representó el porcentaje más elevado, con un 48,2%, seguida por el grupo de los de 41-50 y 31-40 con un 18,9% y 13,9% respectivamente; por último el rango de 15-20 años con un 6,3%.

Los resultados alcanzados en el presente estudio identificaron mayor incidencia de infección por virus del papiloma humano entre la tercera y quinta década de vida, datos que coinciden con los informados por los doctores Jenkins, Ha PK, Schwartz, y Estrada Pereira donde afirman que el comienzo de las relaciones sexuales activas sin protección a edad temprana y la práctica del sexo bucogenital, respectivamente son los agentes causales de la aparición de dicha infección en la boca. ⁽³⁾

Tabla 2 Distribución de pacientes según sexo

Sexo	No. de casos	%
Masculino	168	53,2
Femenino	148	46,8
Total	316	100

Al realizar la distribución de pacientes según el sexo se observó un predominio del sexo masculino con un 53,2% con respecto al femenino con un 46,8%.

Estos datos coinciden con la estudio realizado por la Dra. Gillison ofreciendo hallazgos donde la infección oral por VPH fue aproximadamente tres más común en hombres que en mujeres. ⁽¹⁴⁾

De acuerdo con la JAMA (Journal of the American Medical Association: Revista de la Asociación Médica Estadounidense) la prevalencia de la infección con VPH entre mujeres estadounidenses disminuye con la edad, cuando aumentan las relaciones monógamas. ⁽¹³⁾

Diversas investigaciones han reportado que el mayor portador de HPV es el hombre, debido a aspectos socioculturales que propician la adopción de comportamientos de riesgo para contraer y diseminar la infección, como el tener múltiples parejas sexuales, la baja frecuencia en el uso de métodos de barrera por atender contra la masculinidad, el machismo que ha conllevado a que los hombres no se interesen por temas relacionados con esta infección y se ha reportado que el consumo de alcohol y de otros psicoactivos conlleva a tener comportamientos de riesgo para adquirir la infección. ⁽¹⁵⁾

En el estudio realizado por la doctora Sara Pai señala que el 75 % de hombres y mujeres sexualmente activos se infectarán con el VPH en algún momento. Las mujeres a veces tienen cáncer de boca causado por el VPH, pero que el riesgo es mayor y en aumento entre los hombres. Halló que los hombres representaban un 85 % de los casos de cáncer bucal vinculado con el VPH, pareciendo tener menor cantidad de protección de anticuerpos contra el VPH, aconsejando a hombres y mujeres abstenerse del sexo oral si la otra persona tiene una infección activa de VPH. ⁽¹⁵⁾

Otros autores como Estrada Pereira y Muñoz plantean que la transmisión del VPH no tiene predilección por el sexo AIDosari y Kreimer informan sobre mayor incidencia en el sexo femenino. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Tabla 3 Distribución de pacientes según color de piel

Color de piel	No. de casos	%
Blanca	260	82,3
Negra	20	6,3
Mestiza	20	6,3
Amarilla	16	5,1
Total	316	100

Respecto al color de la piel se observó una mayor frecuencia de la piel blanca con un 82,3% seguido de las personas de color de piel negra y mestiza con un 6,3%. El menor porcentaje lo representaron las personas de color de piel amarilla con 5,1%.

El estudio realizado por Vargas-Hernández planteó que la relación entre personas blancas y negras era de 2:1. ⁽¹²⁾

Tabla 4 Distribución de pacientes según la procedencia.

Procedencia	No. de casos	%
Rural	180	56,9
Urbana	136	43,1
Total	316	100

Al analizar la distribución de pacientes según la procedencia se observó que la procedencia rural predominó con un 56,9% sobre la urbana con un 43,1%. Esto puede deberse a que en estas localidades existe en ocasiones poca accesibilidad a los servicios de salud por lo que se obstaculiza las acciones de promoción sanitaria en estos sitios, es decir, se dificultan la promoción de estilos de vida saludables mediante intervenciones educativas.

Tabla 5 Distribución de pacientes según el tipo de lesiones presentadas

Tipo de lesión	No. de casos	%
Papiloma bucal	168	52,4
Carcinoma espinocelular.	48	15
Lesiones displásicas	36	11,3
Condiloma acuminado	12	3,6

bucal		
Pólipo	8	2,5
Leucoplasia	4	1,3
Hiperplasia epitelial focal	4	1,3
Verruga vulgar bucal	4	1,3
Liquen plano	2	0,6
Otras	36	11,1
Total	322	100

Otras: metaplasia, glositis, queilitis.

En la siguiente tabla el total de lesiones presentadas no coinciden con el total de pacientes estudiados, ya que se encontraron varias lesiones en un mismo paciente y fueron consideradas de forma individual.

Predominó el papiloma bucal con un 52,4% seguido por el carcinoma epidermoide con un 15% y las lesiones displásicas en el 11,3% de la población de estudio. La lesión que menos incidió fue la leucoplasia, la hiperplasia epitelial focal y la verruga vulgar bucal con 1,3%. Según los estudios realizados por Estrada, Schwartz, Ha PK y Gillison el papiloma es la afección más frecuentes producidas por el VPH. ⁽³⁾

Tabla 6 Distribución de pacientes según localización topográfica.

Topografía	No. de casos	%
Lengua	84	26
Piel de la cara	52	16,14
Labios	50	15,5
Cuerdas vocales	32	9,8
Carrillo	24	7,3
Amígdalas	20	6,1
Paladar	20	6,1
Laringe	16	4,8
Bucofaringe	8	2,5
Región Retromolar	4	1,2
Suelo de la boca	4	1,2
Reborde alveolar	4	1,2
Otras	4	1,2
Total	322	100

En la presente tabla el total de localizaciones topográficas superan el total de pacientes examinados, ya que se encontraron varias lesiones en diferentes sitios anatómicos en un mismo paciente y fueron estudiadas de forma individual.

Al analizar la distribución de pacientes según la localización topográfica de la lesión se constató que el sitio de mayor prevalencia fue el de la lengua, representando el 26% de la población total, seguido de las lesiones presentadas en la piel de la cara y los labios con un 16,14% y 15,5% respectivamente.

El sitio anatómico de infección más frecuente fue la lengua, lo que corresponde con las investigaciones realizadas por Gallegos-Hernández. Esto puede deberse a las características anatómicas de estas zonas, el virus puede filtrar por fisuras diminutas en la base de la lengua o en las amígdalas y penetrar profundamente en el tejido. ⁽¹⁶⁾

Medina y Estrada emitieron resultados donde la mucosa del carrillo, seguida de la lengua como las zonas más afectadas por ser las de mayor exposición durante la práctica del sexo bucogenital. Mientras que Flores *et al* constataron que este agente viral se localiza en cualquier zona anatómica de la cavidad ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Tabla 7 Distribución de pacientes según tipo de lesión y sexo

Tipo de lesión	Sexo				Total	
	Hombre		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
Papiloma bucal	92	28,7	76	23,7	168	52,4
Carcinoma espinocelular.	40	12,5	8	2,5	48	15
Lesiones displásicas	16	5	20	6,3	36	11,3
Condiloma acuminado bucal	8	2,3	4	1,3	12	3,6
Pólipo	0	0	8	2,5	8	2,5
Leucoplasia	0	0	4	1,3	4	1,3
Hiperplasia epitelial focal	0	0	4	1,3	4	1,3
Verruga vulgar bucal	4	1,3	0	0	4	1,3
Otras	12	3,8	24	7,5	36	11,3
Total	43	53,9	37	46,5	80	100

Otras: metaplasia, glositis, queilitis.

El papiloma bucal y el carcinoma epidermoide predominaron en el sexo masculino con un 28,7% y 12,5% respectivamente. No se presentaron pólipos, hiperplasia epitelial focal y leucoplasia en el sexo masculino. Las lesiones displásicas predominaron en el

sexo femenino con un 6,3%. Estos datos coinciden con los reportados en el estudio de Santana Garay. ⁽¹⁹⁾

Tabla 8 Distribución de pacientes según tratamiento recibido

Tratamiento	No.	%
Quirúrgico	316	100
Químico	276	87,3
Vacunas	0	0
Tratamiento natural	0	0

El tratamiento quirúrgico fue realizado en el 100% de la población el cual se combinó con el tratamiento químico en el 87,3%. No se reportaron datos de pacientes tratados con vacunas ni medicina natural tradicional.

El tratamiento quirúrgico más utilizado en estas infecciones es la cirugía. Sanabria plantea que las lesiones verrugosas se tratan con la extirpación de la lesión, y esto puede hacer mediante varios métodos. ⁽²⁰⁾

CONCLUSIONES

Por evidencias arrojadas anteriormente queda expuesta la relación del virus del papiloma humano con la formación de lesiones tanto benignas como premalignas y/o malignas de la región buco-facial. La importancia y vigencia de este tema exige continuar estudiando la etiopatogenia de este virus en la cavidad bucal, pues constituye un tema incierto en las investigaciones anteriormente realizadas, esto nos permitirá trazar nuevas líneas de desarrollo para la prevención del cáncer bucal y otras patologías de interés.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1- Lozano LM. Una realidad, aparición de infección bucal causada por virus papiloma humano. IBERCIENCIA [Internet].2015. Disponible en: www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?Una-realidad-aparicion-de

2- Mooij SH, Boot HJ, Speksnijder AG, et al. Oral human papillomavirus infection in HIV-negative and HIV-infected men who have sex with men: the HIV & HPV in MSM (H2M) study. AIDS 27, online edition. DOI: 10.1097/QAD.0b013e328362395c, 2013. Disponible en: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/08-05-13

3- Talise M. VPH (virus del papiloma humano) .American Academy of Pediatrics. HPV VaccineRecommendations. COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES (artículo original).2011

- 4- Estrada GA, Márquez M, González E, Nápoles MM, Ramón R. Infección por virus del papiloma humano en la cavidad bucal. MEDISAN [Internet]. 2015 [citado 4 Dic 2016]; 19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 5- Cháirez P, Vega ME, Zambrano G, García AG, Maya IA, Cuevas JC. Presencia del virus papiloma humano en la cavidad oral: Revisión y actualización de la literatura. Int. J. Odontostomat [Internet]. 2015 [citado 4 Dic 2016]; 9(2): 233-238. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000200009
- 6- Anil K. Chaturvedi, Eric A. Engels, William F. Anderson, Maura L. Gillison .Incidence Trends for Human Papillomavirus–Related and –Unrelated Oral Squamous Cell Carcinomas in the United States. Publicado en Journal of Clinical Oncology (2011).Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2011/10/06/aumentan-los-casos-de-cancer-bucal-debidos-al-virus-del-papiloma-humano/>
- 7- Copyright © 2017| Círculo Odontológico Río Cuarto. Detectan VPH en la boca de pacientes odontológicos. 2016 [citado 10 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.corrc.com.ar/index.php/homepage/para-profesionales/para-profesionales-2/item/561-detectan-vph-en-la-boca-de-pacientes-odontologicos>
- 8- Pera M. El 80% de la población sexualmente activa ha tenido contacto con el VPH. 2015[citado 10 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.sitioandino.com.ar/n/172444/>
- 9- Luciano R, Oviedo JM. Virus del papiloma humano y cáncer bucal. Acta OdontVenez[Internet]. 2013 [citado 3 Dic 2016]; 51(1). Disponible en: www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art-26/
- 10- González Gleason A, Stefany González DM, Vera Gaspar D. Diagnóstico y tratamiento de un papiloma solitario de lengua. Reporte de caso y revisión de la literatura. REVISTA ODONTOLÓGICA MEXICANA [Internet]. 2016 [citado 20 Ene 2016]; 20 (1): 39-43. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>
- 11- Mazzei P, Juchli M, Ramírez Z, et al. Lesiones por virus de papiloma humano de la vía aerodigestiva superior - incidencia de subtipos. REVISTA FASO [Internet]. 2016 [citado 20 Ene 2017]; 23(2). Disponible en: <http://www.faso.org.ar/revistas/2016/2/1.pdf>
- 12- Vargas-Hernandez VM. Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. Ginecol. Obstet [Internet]. 1996 [citado 3 Dic 2016]; 64(9): 411-417. Disponible en: bvssida.insp.mx/articulos/3625.pdf
- 13- Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, et al (2007). Prevalencia de la infección a VPH entre mujeres de Estados Unidos. JAMA 297 (8): pp. 813-9. doi:10.1001/jama.297.8.813. PMID 17327523

- 14- Cardona-Arias J, Puerta-Suárez J, Flórez-Duque J. Prevalencia del virus papiloma humano y sus factores de riesgo en hombres: revisión sistemática. Infectio [revista en Internet]. 2011[citado 3 Feb 2015]; 15(4): 268-276.
- 15- Estrada Pereira GA, Márquez Filiu M, Hernández Álvarez G, Noriega-Roldán SO. Crioterapia en pacientes con papiloma escamoso bucal. MEDISAN [revista en Internet]. 2014 [citado 20 Feb 2015]; 18(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 16-Estrada Pereira G.A, Márquez Filiu M.,Hernández Álvarez G., Noriega-Roldán S.O. Identificación del papilomavirus humano en pacientes con liquen plano bucal. MEDISAN [revista en Internet]. 2013[citado 20 Mar 2014]; 17(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500006&lng=es&nrm=iso
- 17-Marchena Rodríguez L, Fernández Ortega CM, Osorio Robles M, Pérez Ruíz E, Sánchez Frías M. Detección de un papiloma lingual en la consulta de odontología. REDOE [revista en Internet]. 2013 [consultado 5 de febrero de 2014]; 09:37:16. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=134>
- 18-Flores Ramos JL, Strauss Quintela M. Papilomas orales: un análisis clínico en pacientes que acuden a la Clínica Odontológica Univalle-La Paz. Rev Inv Inf Salud. 2010 [citado 2 Feb 2015]; 5(12). Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=61942010000300003&script=sci_arttext S2075-
- 19-Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
- 20-Sanabria JG. Virus del Papiloma humano. 2009 [citado 3 Feb 2017]; Disponible en: www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400019

TITULO: VULNERABILIDAD AL ESTRÉS Y MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS. CONSULTORIO NÚMERO 3. ÁREA VII.

AUTOR: Dr. Adniel Marrón López, adniel.marrón@nauta.cu, Área VII de Salud Juan José Apolinaire Pennini, Cienfuegos, Cuba, Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

RESUMEN

Introducción: La Hipertensión Arterial es una de las patologías más comunes que afecta a los adultos en todas partes del mundo, la cual, representa por sí misma una enfermedad y un factor de riesgo importante; mientras que el estrés es una reacción física y emocional que todos experimentamos en cuanto nos enfrentamos a cualquier cambio acaecido en nuestras vidas. **Objetivo:** Describir la relación entre nivel de vulnerabilidad y los mecanismos de afrontamientos en pacientes hipertensos. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal de tipo cuanti-cualitativo, en pacientes hipertensos del consultorio número 3 del Área VII durante el periodo comprendido desde noviembre de 2017 hasta febrero de 2018 utilizando los cuestionarios de vulnerabilidad al estrés y el de estilos de afrontamiento a la enfermedad. **Resultados fundamentales:** El 56.2% de los sujetos que resultaron ser seriamente y extremadamente vulnerables al estrés presentaron mecanismos de afrontamiento inadecuados, de ellos, un 62.3% son mujeres; el 77.8% de los pacientes entre los 19 y 29 años tienen mecanismos inadecuados, al igual que el 73.6% de los pacientes con preuniversitario terminado. **Conclusiones:** Los hipertensos estudiados resultaron ser seriamente y extremadamente vulnerables al estrés y presentan mecanismos de afrontamiento inadecuados, lo que pudiera ser considerado un elemento importante en la presencia de la Hipertensión y su descompensación. **Palabras claves:** hipertensión arterial, mecanismos de afrontamiento, vulnerabilidad al estrés.

INTRODUCCIÓN

Aún cuando transitamos por la segunda década del tercer milenio inmersos en múltiples transformaciones que involucran las principales esferas de la actividad humana, las enfermedades cardiovasculares continúan presentando un alarmante aumento en su incidencia y son responsables, directa o indirectamente, de mortalidad, pérdida de calidad de vida y altos costos sanitarios ^(1, 2).

La Hipertensión Arterial (HTA) es la más común de las condiciones de este tipo que afecta la salud de los individuos a escala universal, por lo que representa, por sí misma, una enfermedad. Esta entidad la sufren entre el 80 y el 90% de los pobladores del planeta, afectando a más de mil millones de personas, a lo que se suma que no todos los hipertensos están diagnosticados, tratados o controlados; ejemplo de ello, son los estudios realizados en la India y Bangladesh ⁽³⁻⁶⁾.

Estudios de la HTA en población adulta en Cuba señalan una prevalencia entre 33 y 40%, y aproximadamente el 50% de las personas mayores de 50 años, padecen la enfermedad. En el 2017 la HTA tuvo una prevalencia de 219.4 (tasa por cada 1000 habitantes) ^(3, 4) y en Cienfuegos dan cuenta que la misma en el 2017 tuvo una prevalencia de 227.9. En el Área VII del municipio de Cienfuegos tuvo una prevalencia de 1985 en el sexo masculino y 2084 en el sexo femenino y una incidencia de 48 en las mujeres y 46 en los hombres, la misma cuenta con un total de 4163 hipertensos; de ellos, 382 hipertensos pertenecen al consultorio en estudio, 173 son mujeres y 209 son hombres ⁽⁷⁾.

El estrés es la respuesta automática y natural de nuestro organismo ante situaciones que nos resultan ansiógenas, amenazadoras, desafiantes o que nosotros las interpretamos y las percibimos como si lo fueran. En general, tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas ante las que nosotros poco podemos hacer, cuando en realidad no es así sino que, muy por el contrario, se trata de un proceso de continua interacción entre el entorno y nuestras propias respuestas cognitivas, emocionales o fisiológicas y motoras. Pero cuando la respuesta de estrés se prolonga o se intensifica desmesuradamente en el tiempo generando gran ansiedad y de forma constante, nuestra salud puede verse muy afectada.

Problema científico: ¿Existen adecuados mecanismos de afrontamiento según los niveles de vulnerabilidad al estrés en los pacientes hipertensos?

Objetivo: Describir la relación entre nivel de vulnerabilidad y los mecanismos de afrontamiento en pacientes hipertensos del consultorio número 3 del Área VII desde noviembre de 2017 hasta febrero de 2018.

DESARROLLO

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, de tipo cuanti-cualitativo, en pacientes hipertensos durante el período comprendido desde noviembre de 2017 hasta febrero de 2018 en el Consultorio Médico de Familia Número 3 (CMF # 3) del Área VII, Municipio Cienfuegos. Esta investigación fue aprobada por la Dirección del Policlínico; cumplió con los principios éticos que rigen las investigaciones científicas y se les dio a conocer a sus participantes el derecho a abandonar la investigación sin que perjudique las relaciones con el investigador.

Universo: estuvo constituido por todos los pacientes hipertensos (382 pacientes).

Muestra: estuvo constituida por 112 pacientes dispensarizados con HTA que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Voluntariedad del paciente para participar en dicha investigación. Dispensarizados como hipertensos de cualquier tiempo de evolución. Pacientes con edades entre 19 y 60 años. Ser residente del área de salud. No tener impedimentos físicos o psíquicos. Paciente que acuda sistemáticamente a la consulta.

Criterios de exclusión: Pacientes menores de 19 años y mayores de 60 años. Embarazadas. Pacientes con enfermedades depauperantes agudas o crónicas.

Criterios de salida: Cambio de domicilio del área de salud donde se realiza la investigación. Abandono voluntario del tratamiento por parte del paciente. Fallecimiento.

Procedimiento: Se aplicó un formulario, donde se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad y ocupación, diseñado por el autor del trabajo, que fue aplicado conjuntamente con el resto de los instrumentos de forma individual en el momento de la consulta. Posteriormente se seleccionaron dos

pruebas fáciles y rápidas de aplicar que miden vulnerabilidad al estrés y mecanismo de afrontamiento a la enfermedad. Las mismas se aplicaron de forma individual, por parte del autor del trabajo en el CMF # 3, quien fue previamente entrenado y asesorado por el personal del Centro Comunitario de Salud Mental del Área VII. Durante su aplicación fueron respetadas las condiciones de privacidad necesarias y se utilizaron para ello el momento de la consulta de seguimiento y control planificada, según Programa de Consultas y Terreno para los pacientes pertenecientes al grupo III. Se utilizaron los datos recogidos en la historia clínica individual del paciente hipertenso relacionado con el grado en que se presenta la patología y el tiempo de evolución de la enfermedad.

Los instrumentos seleccionados para nuestro estudio fueron: el Cuestionario de Vulnerabilidad al Estrés, el cual es una variante del modelo de autoanálisis de Miller y Smith, que fue adaptado y validado para su aplicación por las licenciadas en psicología Alina Figueroa Castillo y Ana Ibis Martínez Galván⁽¹⁵⁾, y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento a la Enfermedad, diseñado por M. Álvarez y colaboradores⁽¹⁵⁾, que fueron aplicados en ese orden, y calificados antes de las 24 horas de su aplicación de acuerdo con lo establecido en la bibliografía revisada para ello.

La calificación del Cuestionario de vulnerabilidad al estrés y del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento a la Enfermedad se realizó teniendo en cuenta aspectos cualitativos y cuantitativos.

Los resultados obtenidos fueron recogidos en una base de datos creada al efecto y que fue procesada en forma computarizada por medio del programa SPSS versión 15.0. Los resultados se presentaron en frecuencias absolutas y por cientos a través de tablas y gráficos.

Análisis y discusión de los resultados

La edad mínima en los pacientes con HTA en la población estudiada fue de 20 años, la edad máxima de 60 años, con una edad media de 45.67 años y una moda de 56 años; comportamiento que coincide con estudios realizados en nuestro país, específicamente en La Habana⁽¹⁶⁾. Coincidió con el criterio de la literatura revisada

en la que varios autores han demostrado el inicio de la hipertensión en edades más tempranas, que en ocasiones debuta antes de la adolescencia. (1, 3, 8,16)

En cuanto al nivel de escolaridad en la población estudiada hay un predominio del nivel preuniversitario terminado (37.5%) comportándose según sexo los masculinos 44.2% y las féminas 33.3%. Estos datos nos muestran que el nivel de escolaridad de los individuos encuestados coinciden con las características de la población cubana (4).

En la población estudiada según su ocupación, encontramos que el 33.0% son obreros y 19.6% pertenecen a los servicios. Según sexo, observamos, entre los masculinos, que el 69.8% son obreros, mientras que entre las féminas el 26.1% pertenecen a los servicios y el 21.7% son amas de casa. Estos resultados apuntan a los cambios alcanzados desde el punto de vista social en Cuba, donde la mujer ha obtenido un desarrollo social que le permite desempeñarse en otras labores. Sin embargo, los resultados en el sexo masculino pudiera estar dado por el hecho de que las fuentes de empleo y las posibilidades económicas propicien que el mayor número de masculinos realicen labores como obreros, a pesar de haber alcanzado niveles educacionales relativamente altos.

En el análisis de la vulnerabilidad al estrés y de los mecanismos de afrontamiento según sexo, se observa que el 79.5% de los hipertensos son seriamente vulnerables al estrés y que el 61.6% poseen mecanismos de afrontamiento al estrés inadecuados. En el análisis de la vulnerabilidad al estrés según sexo, en ambos casos los individuos aparecen con una mayor frecuencia en la categoría seriamente vulnerables al estrés; comportándose la población femenina con un 81.2% y la población masculina con un 76.7%. Lo mismo sucede al valorar los mecanismos de afrontamiento en que en ambos casos se mantienen inadecuados (62,3% en las mujeres y 60.5% en los masculinos). Según estas cifras y conociendo que tanto el estrés físico como psíquico pueden favorecer elevaciones agudas de la presión arterial⁽¹⁰⁾, la posibilidad de descompensación de la enfermedad es elevada ya que en estos pacientes la vulnerabilidad al estrés es elevada también; además, los mismos no poseen herramientas adecuadas para afrontar las tensiones emocionales mantenidas o reiteradas.

En todos los grupos de edades predominan los individuos seriamente vulnerables, principalmente en el grupo de 19 a 29 años con un 100.0% de los sujetos. En cuanto a los mecanismos de afrontamiento predominan los inadecuados en todos los grupos de edades; donde nuevamente los sujetos entre 19 y 29 años predomina el mayor porcentaje (77.8%). Estos resultados pueden estar dados a que en estas edades aun predomina la ambivalencia y el egocentrismo, en que a pesar de culminar el período de transición a la adultez no son lo suficientemente adultos como para responsabilizarse de si mismos y de la patología que presentan. Probablemente ni el estrés ni la vulnerabilidad por sí mismos, puedan explicar estas cifras, por lo que la interacción entre ambas situaciones y la estadística podrían responder al criterio de que en estos pacientes la posibilidad de descompensación de la enfermedad debe ser alta ya que están clasificados como seriamente y extremadamente vulnerables al estrés; y están sometidos diariamente al estrés que generan situaciones de la vida.

Después de examinadas las encuestas, obtuvimos que en los pacientes seriamente vulnerables al estrés se registra un predominio del nivel de primaria terminada con un 100.0% y los pacientes clasificados como extremadamente vulnerables al estrés el 20.0% se encuentra entre los de nivel técnico medio. Estos resultados pudieran estar dados fundamentalmente por la edad de estos sujetos y la serie de eventos tanto biológicos como microsociales aparejados a su desenvolvimiento familiar y personal. El 73.8% de los pacientes con preuniversitario terminado presentan mecanismos de afrontamiento inadecuados, seguidos de los de técnico medio terminado con 73.3% comportamiento que llama la atención pues estos sujetos poseen un nivel educacional relativamente alto, lo que facilita que se apropien de herramientas necesarias para enfrentar las diversas situaciones de la cotidianidad, cuestión esta que no se aprecia en nuestra investigación.

La ocupación puede constituir una amenaza a la salud cuando no se regulan los componentes que integran el proceso laboral. Al relacionar las variables vulnerabilidad al estrés y ocupación observamos que a pesar de que el mayor porcentaje en todos los casos se encuentra ubicado en la categoría seriamente

vulnerable, se destaca el hecho de que el grupo de los administrativos el 100% de los sujetos se encuentra en esta clasificación, mientras que el menor por ciento (50.0%) corresponde a los dirigentes; sin embargo, fueron los estudiantes (33.3%) y las amas de casa (20.0%) los que mayor porcentaje de sujetos extremadamente vulnerables al estrés aportaron. Estos resultados pudiesen estar relacionados en el caso de los estudiantes, con el momento del curso escolar en que fueron aplicados los instrumentos, de los administrativos debido a toda la serie de cambios que se suceden en la organización del estado y la responsabilidad que esto conlleva; y en el caso de las amas de casa la existencia de responsabilidades sobreañadidas a las funciones habituales a desempeñar pudieran influir en su situación de respuesta emocional ante las dificultades. En relación con los mecanismos de afrontamiento encontramos que el mayor por ciento de inadecuados corresponde a la ocupación dirigente y administrativo (75.0%), no obstante, encontramos que en el caso de los trabajadores por cuenta propia (62.5%), los mecanismos de afrontamiento son adecuados cuestión esta que pudiera estar dada por poseer una mejor economía y la existencia de la necesidad de establecer comunicación adecuada con los interlocutores para un mejor logro de los beneficios.

Entre las personas encuestadas el 76.8% del total de sujetos de nuestro estudio presenta hipertensión grado I y el 23.2% hipertensión grado II. El mayor por ciento de sujetos pertenece a los individuos seriamente vulnerables al estrés, donde un 80.2% son grado I y un 76.9% son grado II; debiendo señalar que en el caso del grupo de sujetos con hipertensión grado II existe un mayor por ciento (15.4%) de sujetos extremadamente vulnerables al estrés. Esta situación presente en los resultados de nuestro estudio pudiera hablarnos de la posible relación vulnerabilidad/grado de hipertensión. Por otra parte, en relación con los mecanismos de afrontamiento, el mayor número de sujetos se corresponde con los pacientes que presentan mecanismos inadecuados, presentando mecanismos inadecuados el 62.8% de los sujetos grado I y el 57.7% de los sujetos con hipertensión grado II.

Es de destacar que el comportamiento del porcentaje de sujetos extremadamente vulnerables al estrés encontrados en nuestro estudio, se incrementa en la medida en que aumenta el tiempo de evolución de la enfermedad, así vemos que en aquellos sujetos con 10 y más años de evolución el porcentaje es de 22.2% mientras que en los de menos de un año es de 0.0%. Este resultado pudiera estar relacionado con el hecho de que el mayor número de sujetos con más de 10 años de evolución de la enfermedad se encuentran en el grupo de 50 a 59 años, en la cual coinciden una serie de factores tanto biológicos como sociales que actúan sobre el individuo. Respecto a los mecanismos de afrontamiento, continúan predominando los inadecuados presentándose en el 68.4% de los pacientes de 6 a 10 años de evolución y en el 66.7% de los pacientes con más de 10 años de evolución, considerando que este comportamiento se presenta por causas similares a las descritas anteriormente.

En nuestro estudio pudimos apreciar que predominaron los sujetos con tendencia a la somatización (29.5%) y a la negación optimista (27.7%). Al realizar el análisis de los resultados con el entrecruzamiento de las variables y sus escalas, encontramos que entre los sujetos vulnerables al estrés con mecanismos de afrontamiento adecuados no se presentan la reacción emocional, ni la somatización como respuesta a los agentes estresores, existiendo un 2,67% con negación optimista; mientras que entre los que poseen mecanismos de afrontamiento inadecuados el 3,57%, utilizan la reacción emocional como mecanismo de respuesta. Los sujetos que resultaron seriamente vulnerables al estrés y que presentan adecuados mecanismos de afrontamiento manifiestan respuestas donde predomina la negación optimista (8.93%) y la información relevante (8.02%), mientras que aquellos cuyos mecanismos de afrontamiento son inadecuados presentaron un mayor número de respuestas pertenecientes al grupo de negación optimista (15,17%), somatización (15,17%) y reacción emocional (11,6%). Entre los sujetos extremadamente vulnerables con mecanismos de afrontamiento inadecuados predomina la somatización con el 6,25%.

Nos llama la atención que en los individuos seriamente vulnerables al estrés el factor negación optimista se presenta con una frecuencia elevada tanto en los que

han desarrollado mecanismos de afrontamiento adecuados como en los que han desarrollado mecanismos inadecuados, considerando que en el primero de los casos, la combinación de este factor con la búsqueda de información relevante acerca de la patología en cuestión genera una relación más asertiva hacia la evolución de la patología, mientras que en el segundo caso, al combinarse con la reacción emocional provoca la somatización y todo esto a su vez conlleva a una mayor vulnerabilidad al desencadenar síntomas tensionantes que repercuten negativamente en el autocontrol y en la patología en sí.

De acuerdo con los resultados que se reflejan en el estudio, se observa que el 56.2% de los sujetos que resultaron ser seriamente y extremadamente vulnerables al estrés presentan mecanismos de afrontamiento inadecuados, lo que pudiera ser considerado un elemento importante en la presencia de la hipertensión y su descompensación. No se realiza comparación de los resultados al no encontrarse otros estudios similares en la bibliografía consultada.

CONCLUSIONES

Los hipertensos estudiados pertenecientes al CMF # 3 del Área VII, resultaron ser seria y extremadamente vulnerables al estrés y presentan mecanismos de afrontamiento inadecuados, lo que pudiera ser considerado un elemento importante en la presencia de la hipertensión y su descompensación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfonzo JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2010.
2. Pérez Betancourt Y. Enfermedades crónicas no transmisibles: un flagelo de la sociedad moderna. Revista habanera de ciencias médicas v.9 n.2 Ciudad de La Habana abril-junio 2010.
3. La hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina Vol.50 no.3 Ciudad de la Habana Julio-Septiembre 2011. ISSN 0034-7523.
4. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2016. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2017.
5. Castillo Álvarez YC, Chávez Vega R, Alfonso Guerra JP. Incidencia y prevalencia de hipertensión arterial registrada en el Día Mundial de la lucha

- contra la Hipertensión Arterial. Revista Cubana de Medicina Vol.50 no.3 Ciudad de La Habana Julio-Septiembre 2011.
6. Llibre Rodríguez J, Laucerique Pardo T, Noriega Fernández L, Guerra Hernández M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina. Septiembre 2011.
 7. Estadística provincial. Cienfuegos. 2017.
 8. Pérez Caballero MD, Dueñas Herrera A, Alfonso Guerra JP, Vázquez Vigoa A, Navarro Despaigne D, del Pozo Jerez HA. Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, 2008.
 9. Arredondo Bruce Alfredo. Beta-bloqueadores en la hipertensión arterial: ¿podemos descartarlos?. AMC v.14 n.2 Camagüey marzo-abril 2010.
 10. González Llana Felicia Mirian. Instrumentos de evaluación psicológica. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, 2007.
 11. Hernández E, Grau J. Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2005, Parte I, Cap. 4, 113-178.
 12. Sadin B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. Rev. In. de Psicología Clínica y de la Salud. 3 (1). 2004.
 13. Bastida de Miguel AM. Estrés. Ansiedad, recopilación de síntomas y alternativas psicoterapéuticas. 2011.
 14. Arce Bustabad S. Inmunología clínica y estrés. En busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2007.
 15. López Angulo LM. Compendio de instrumentos de evaluación psicológica. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2010.
 16. Delgado Correa W, Guerrero Pérez. Presión Arterial. Hipertensión e Hipotensión. Ediciones Liber. La Habana, 2012.

COMUNICACIONES

Universidad de Granada, España

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: UNA VISIÓN DESDE LAS RELIGIONES MONOTEÍSTAS

Fernández Gómez, Elisabet; Sánchez Ojeda, María Angustias; Caro Morán, Elena; Alfaya Góngora, María del Mar; Linares Manrique, Marta; Navarro-Prado, Silvia.

Resumen

Introducción: las religiones monoteístas consideran como principios esenciales, la dignidad y la libertad, de los que nacen otros fundamentos como el derecho a la vida.

Objetivo: valorar como influye la religión en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

Metodología: se usaron las bases de datos Scielo y Proquest de artículos publicados desde hace menos de ocho años. Los descriptores en Ciencias de la Salud utilizados fueron aborto y religión junto con el operador booleano AND.

Resultados: la iglesia católica dictamina que la vida es sagrada y que debe ser respetada desde el instante de su concepción (Ceriani, 2013). Los cristianos de carácter evangelistas defienden el aborto sólo cuando la vida de la madre corra peligro (Meirelles, 2010). El Islam también figura en contra y determina que el nacido no es culpable del crimen que ha cometido el padre (Plana Aznar, 2012). Sin embargo, aceptan el aborto cuando existan unas razones apropiadas, antes de los ciento veinte días. Para los judíos una casa sin hijos es un lugar sin bendiciones. El aborto es permitido sólo cuando la salud de la gestante esté gravemente comprometida, requiriéndose la opinión de una comunidad rabínica (Szlajen, 2014).

Conclusión: la interrupción voluntaria del embarazo en las religiones monoteístas se considera una práctica inmoral y castigada por Dios, ya que prevalece el derecho a la vida y no se puede negar el derecho a nacer de ningún ser humano. Sin embargo estas religiones defienden el aborto sólo cuando la vida de la madre corra peligro.

Palabras Clave

Embarazo, aborto, cristianismo, islam y judaísmo

Bibliografía

Ceriani, C. (2013). La religión como categoría social: encrucijadas semánticas y pragmáticas. *Cultura y Religión*, 7(1), 10-29.

Plana Aznar, J. (2012). Argumentos de Bioética en el Islam: aborto, planificación familiar e inseminación artificial (Elisabetta Necco). *Revista de bioética y derecho*, (25), 85-88.

Szlajen, F. (2014). Aportes del Judaísmo frente a la Problemática Bioética del Aborto. *Inmanencia. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 3(2).

Actividad física durante la gestación y su influencia en la prevención de la Depresión Posparto. (SWEP study)

Aguilar Cordero, María José; Rodríguez Blanque, Raquel; Sánchez García, Juan Carlos; Sánchez López, Antonio Manuel; Menor Rodríguez, María José; Mur Villar, Norma.

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud define los trastornos del estado del ánimo en el posparto en función del momento del inicio. Así, según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10), se considera depresión posparto (DPP) «aquél episodio de depresión mayor que tiene su comienzo dentro de las 6 semanas posparto». Es la complicación emocional más habitual de la maternidad y afecta, aproximadamente, al 10-15% de las mujeres.

Objetivo: Comprobar si la actividad física durante el embarazo influye en la reducción de la depresión posparto.

Metodología: Se diseñó un ensayo clínico aleatorizado, tipo open-label, con una muestra conformada por dos grupos, grupo Estudio (n=65) y grupo Control (n=64), con edades entre 21 y 43 años. Las mujeres se captaron a las 12 semanas de gestación en el control ecográfico del primer trimestre. El estudio comenzó en la semana 20 de gestación y terminó en la 37. El GE practicó un ejercicio físico, según las recomendaciones del método SWEP. La DPP se midió con la Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgh (EPDS).

Resultados: El resultado de la EPDS para el GC es de 10.17 ± 2.38 , frente al GE que presenta un 6.41 ± 3.68 , con un valor de $p < 0.001$.

Conclusión: Existe una correlación significativa entre la depresión en el posparto y la actividad física de las mujeres embarazadas. Las que llevan a cabo ejercicio físico de carácter moderado en el medio acuático (Método SWEPE) presentan un valor inferior de riesgo de DPP que las que no practican ejercicio físico.

Palabras Clave

Embarazo, depresión posparto, actividad física, Índice de Masa Corporal.

Bibliografía

Aguilar-Cordero MJ, Sánchez-López AM, Rodríguez-Blanco R, Noack-Segovia JP, Pozo-Cano MD, López-Contreras G, et al. Actividad física en embarazadas y su influencia en parámetros materno-fetales; revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2014 Oct 1;30(n04):719–26.

ACOG. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion No. 650. *Obstet Gynecol.* 2015;126:e135–42.

Aguilar-Cordero MJ, Rodríguez-Blanco R, Sánchez-García JC, Sánchez-López AM, Baena-García L, López-Contreras G. Influencia del programa SWEPE (Study Water Exercise Pregnant) en los resultados perinatales: protocolo de estudio. *Nutr Hosp.* 2016 Jan 1;33(1):162–76.

ELECCIÓN DE ANESTESIA EPIDURAL SEGÚN IDENTIDAD CULTURAL Y SU RELACIÓN CON LA INSTRUMENTALIZACIÓN DEL PARTO

Navarro-Prado, Silvia; Fernández Gómez, Elisabet; Caro Morán, Elena; Alfaya Góngora, María del Mar; Sánchez Ojeda, María Angustias.

Resumen

Introducción: La anestesia epidural proporciona el alivio del dolor de la parte inferior del cuerpo de la parturienta, manteniéndola consciente y participativa durante el parto. Gracias a los avances del conocimiento del proceso del parto y de la utilización de diferentes fármacos, es posible proporcionar una analgesia de alta calidad con disminución de efectos secundarios y complicaciones. Aún así, existe un número considerable de embarazadas que rechazan la epidural por miedo a la distocia del parto y por convicciones culturales.

Objetivos:

- Analizar si existe mayor rechazo de la epidural según la identidad cultural
- Conocer si la utilización de la epidural influye en la instrumentalización del parto

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal y comparativo entre embarazadas a las que aceptaron la anestesia epidural en el parto (n=123) y las que la rechazaron (n=123), conformando un total de 246. Las variables fueron: uso de epidural, identidad cultural y tipo de parto. Las embarazadas parieron en el Hospital Comarcal de Melilla durante 2017.

Resultados: El 55,79% se autoidentificó musulmana, 43,89% cristianas y 0,32 hebreas. Rechazaron la epidural 82,98% de las musulmanas, 15,16% cristianas y ninguna hebreas ($p<0,005$). La prevalencia de cesáreas es un 23% mayor entre las que la rechazan ($p<0,05$) y la instrumentalización es 11,2% mayor entre las que la aceptan ($p<0,001$).

Conclusión: Existe mayor rechazo a parir con epidural entre musulmanas que entre cristianas y hebreas. La epidural no está relacionada con mayor incidencia de cesáreas, pero sí con una mayor instrumentalización durante el expulsivo en partos en los que se había administrado epidural.

Palabras Clave

Analgesia epidural, identidad cultura, instrumentalización, parto

Bibliografía

Biedma Velázquez, L., García de Diego, J. M., & Serrano del Rosal, R. (2010). Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(1), 3-15.

Navas A., Artigues C., Leiva A., Portells E., Soler A., Cladera A., Ortras S., Alomar M., Gual M., Manzanares C., Brunet M., López L., Granda L., Bennasar-Veny M. & Carrascosa M.C. (2018). Effectiveness and safety of moderate-intensity aerobic water exercise during pregnancy for reducing use of epidural analgesia during labor: protocol for a randomized clinical trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18 (1): 94 doi: 10.1186/s12884-018-1715-3.

Torregrosa, S. (2017). Anestesia espinal en obstetricia. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 8(2), 113-140.

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y LA INTEGRACIÓN DE LOS INMIGRANTES EN LA SOCIEDAD

Sánchez-Ojeda, María Angustias; Fernández-Gómez, Elisabet; Caro-Morán, Elena; Alfaya-Góngora, María del Mar; Linares-Manrique, Marta; Navarro-Prado, Sivia.

Resumen

Introducción: La opinión de la sociedad española hacia la población inmigrante se ha transformado en los últimos años. En la década de los 90 los españoles pensaban que la inmigración era positiva y necesaria, y en los últimos años ha pasado a estar dentro de los cuatro principales problemas del país. Dependiendo del origen de los inmigrantes, los españoles aceptan mejor a este colectivo, como por ejemplo a los sudamericanos, pues compartimos idioma y cultura con ellos. Cuando las actitudes prejuiciosas provienen del personal de enfermería es más preocupante, ya que son los encargados de cuidar de toda la población independientemente de su origen o cultura.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es conocer las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia los pacientes inmigrantes y sus pensamientos sobre su integración en la sociedad de acogida. **Metodología:** El instrumento utilizado es la Escala de Actitud ante la Inmigración para Enfermería. La población de estudio han sido los estudiantes del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla.

Resultados: Los resultados han demostrado que los estudiantes tienen actitudes prejuiciosas hacia los pacientes inmigrantes, siendo los estudiantes de origen bereber los menos prejuiciosos.

Conclusión: Es necesario seguir trabajando para conocer las actitudes de los futuros profesionales de enfermería, realizar programas de intervención para reducir/eliminar actitudes prejuiciosas ya que el cuidado de pacientes inmigrantes es una realidad en los centros sanitarios, ayudar a las enfermeras a que sepan gestionar sus propias actitudes y no repercutan en los cuidados.

Palabras Clave

Inmigración, prejuicios, estudiantes enfermería, integración

Bibliografía

Checa-Olmos, J. C. & Arjona-Garrido, Á. (2013). Los inmigrantes vistos por los españoles. Entre la amenaza y la competencia (1997-2007). *Revista de Estudios Sociales*, (47), 118-132.

Plaza-del Pino F.J. (2012). Prejuicios de las enfermeras hacia la población inmigrante: una mirada desde el sur de España. *Enfermería Global*, 27, pp. 87-96.

Cebolla, H. y Requena, M. (2010). Marroquíes en España, los Países Bajos y Francia: ¿importa el modelo de gestión de la diversidad para explicar la integración?. *Historia y Política*, 23, 55-83.

Desigualdades de género en el sistema informal de enfermos con Alzheimer

Ruíz Fernández, María Dolores; Fernández Leyva, Antonia; López Cano, María; Torres Alegre, María Pilar; Rodríguez Salvador, María del Mar; Cambil Martín, Jacobo.

Resumen

Introducción: Desigualdades de género en el sistema informal de enfermos con Alzheimer
La demencia Alzheimer es una enfermedad con elevada prevalencia a nivel mundial, generando grave dependencia y discapacidad. Actualmente, la familia es la principal proveedora de cuidados en el entorno más cercano.

Objetivo: Analizar las desigualdades con respecto al género en cuidadores familiares de Alzheimer.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Participaron 255 cuidadores de enfermos de Alzheimer incluidos en el proceso de demencias, pertenecientes al Distrito Sanitario Almería (España). La media de edad fue de 55,35 (DT=12,35). Para la recogida de datos sociodemográficos se diseñó un cuestionario ad hoc durante el periodo 2014-2015.

Resultados: El 85,5% (218) son mujeres y un 14,5% (37) hombres. El 63,9 % son hijos/as, el 26,7% corresponde a cónyuges, y un 19,4% tienen otras relaciones de parentesco no mencionadas anteriormente. En la variable estado civil, la mayoría de los cuidadores son casados/as en un 80,8% de la muestra, un 9% soltero/a, seguido de otros estados civiles con un 10,2%. Respecto al nivel de estudios, el 42% tienen estudios primarios, el 27,8% estudios secundarios, el 14,5% no tienen estudios pero saben leer y escribir, un 13,7% han cursado estudios universitarios y el 2% de los cuidadores no tienen estudios y no saben leer ni escribir.

Conclusión: Es la mujer en contraposición al género masculino en la que recae el cuidado de su familiar dentro del hogar. Por tanto, se establece cierta desigualdad con respecto a esta característica en el cuidado de estos enfermos.

Palabras Clave

Sistema informal, Alzheimer, Desigualdad, Género

Bibliografía

Del Río-Lozano, M. García-Calvente, M. M., Marcos-Marcos, J., Entrena-Durán, F., y Maroto-Navarro, G. (2013). Gender Identity in Informal Care Impact on Health in Spanish Caregivers. *Qualitative health research*, 23(11) 1506–1520.

Marcos, M. M., y De la Cuesta Benjumea, C. (2015). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Atención Primaria*. doi:10.1016/j.aprim.2015.03.006.

Toribio-Díaz, M. E., Medrano-Martínez, V., Moltó-Jordá, J. M., y Beltrán-Blasco, I. (2013). Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante, descripción de sus características. *Neurología*, 28(2), 95-102.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR O MANTENER LAS TASAS DE VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN

González Cano Caballero, María; Cano Caballero Gálvez, Maria Dolores.

Resumen

Introducción: Las tasas de vacunación en nuestro entorno son altas, aunque varían según el tipo de vacuna. En Europa la confianza en las vacunas está disminuyendo y los movimientos anti-vacunas adquieren cada vez más fuerza. Como problema de salud pública hay que implementar medidas.

Objetivo: Conocer las estrategias existentes para el mantenimiento y/o aumento de las tasas de vacunación de la población y su nivel de evidencia.

Metodología: Revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Cinahl y Scopus.

Descriptores: Vacunas, Movimiento Anti-Vacunación, Programas de Inmunización, Negativa a la Vacunación y su traducción en inglés. Operador booleano: AND. Criterios inclusión: publicados en los últimos 5 años. Se han seleccionados 10 artículos.

Resultados: Plantean 3 grupos estrategias, se identifica nivel de evidencia: Alto (AE) y Leve (LE): Aumentan la demanda de vacunas. AE: incentivos financieros, recaptación, recordatorio y requerir vacunación para escolarización. LE: sanciones limitando la asistencia, intervenciones comunitarias e individuales. Mejoran el acceso a los servicios de vacunación. AE: reducir costos de vacunas, vacunación en escuelas y visitas domiciliarias. Basadas en los profesionales y el sistema sanitario. AE: recordatorio, evaluación y retroalimentación a los profesionales, sistemas de información de inmunización.

Conclusión: La combinación de intervenciones de diferentes estrategias es la garantía para que mejoren y/o se mantengan las tasas de vacunación. Estas deben adaptarse a la población, según sus motivos de duda y su contexto. Los profesionales sanitarios deben estar formados, informados y motivados para fomentar la inmunización de los ciudadanos.

Palabras Clave

Estrategias; vacunas; negativa a la vacunación; cobertura vacunal.

Bibliografía

Groom H, Hopkins DP, Pabst LJ, Murphy Morgan J, Patel M, Calonge N, et al. Immunization information systems to increase vaccination rates: a community guide systematic review. *J Public Health Manag Pract.* 2015 May-Jun;21(3):227-48.

Dubé E, Gagnon D, MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine.* 2015 Aug 14;33(34):4191–203.

Community Preventive Services Task Force. Increasing Appropriate Vaccination: Health Care System-Based Interventions Implemented in Combination [Internet]. 2015 [citado 14 abril 2018]. Disponible en: <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/Vaccination-Health-Care-System-Based-Interventions-Implemented-in-Combination-Archive.pdf>

Factores necesarios para una relación enfermera-paciente de confianza

González Cano Caballero, María; Cano Caballero Gálvez, Maria Dolores.

Resumen

Introducción: No se pueden ofrecer cuidados de calidad sin una relación enfermera-paciente de confianza. Tradicionalmente las interacciones de los profesionales sanitarios con el paciente se basan en una relación de dependencia y poder. La confianza es el primer paso en la relación con los pacientes, pues se consigue implicarlos en sus experiencias de salud. Los profesionales sanitarios deben tener claro que es algo frágil a mantener.

Objetivo: Conocer los factores que intervienen en las relaciones de confianza de los pacientes con los/as enfermeros/as.

Metodología: Revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Cinahl y Scopus. Los descriptores: Confianza, Enfermería, Relaciones Enfermero-Paciente y sus traducciones al inglés. Operador booleano: AND. La búsqueda se ha limitado a los últimos 5 años. Se han seleccionado 9 artículos.

Resultados: Las habilidades interpersonales de los profesionales como comunicación, comprensión, presencia y empatía tienen mucha relación con la relación de confianza. La comunicación centrada en el paciente junto con compartir o delegar decisiones son las más destacadas. Las cualidades personales del profesional influyen, sobresalen la sensibilidad, humildad y honestidad.

Conclusión: La relación enfermera-paciente es un concepto complejo para el cual no existe una definición consensuada. La relación basada en valores humanos prima ante las destrezas técnicas. La confianza hacia los profesionales lleva a que los pacientes vivan

mejor su proceso de enfermedad, los tranquiliza y da seguridad, incluso aumenta su autoconfianza y empoderamiento. Los beneficios de este tipo de relación son también para los profesionales, ya que aumenta su satisfacción laboral.

Palabras Clave

Enfermería; relación enfermera-paciente; confianza; satisfacción del paciente.

Bibliografía

García-Rueda N, Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi Solabarrieta M. Revisión: La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal: revisión bibliográfica y análisis conceptual. *Medicina Paliativa*. 2016 sept;23(3):141-52.

Billie M, Susan M. An integrative review of promoting trust in the patient–primary care provider relationship. *J Adv Nurs*. 2014 Aug 12;71(1):3–23.

Dinç L, Gastmans C. Trust in nurse-patient relationships: a literature review. *Nurs Ethics*. 2013 Aug;20(5):501–16.

Efecto de los bisfosfonatos sobre la capacidad proliferativa de fibroblastos humanos

Manzano-Moreno, Francisco Javier; Illescas-Montes, Rebeca; Ramos-Torrecillas, Javier; Costela-Ruiz, Víctor; García-Martínez, Olga; Ruiz-Rodríguez, Concepción.

Resumen

Introducción: Los bisfosfonatos son potentes inhibidores de la reabsorción ósea. Recientemente se ha descrito la aparición de lesiones óseas necróticas expuestas en el hueso maxilar asociadas al uso de dichos fármacos. La capacidad de los bisfosfonatos para inhibir la actividad de las células del tejido óseo está bien documentada. Sin embargo, los efectos sobre las células del tejido blando no están bien documentados.

Objetivo: Evaluar el efecto de 3 bisfosfonatos nitrogenados, a dosis terapéuticas (10^{-5} , 10^{-7} y 10^{-9} M), sobre la proliferación celular de la línea de fibroblastos epiteliales humanos CCD-1064Sk.

Metodología: Las células fueron cultivadas en presencia de diferentes dosis (10^{-5} , 10^{-7} y 10^{-9} M) de zoledronato, ibandronato y alendronato. El efecto del tratamiento sobre la proliferación celular fue evaluado a las 24 horas mediante el método colorimétrico del MTT. La absorbancia fue medida a 570 nm con un espectrofotómetro.

Resultados: El tratamiento con las dosis de 10^{-5} , 10^{-7} y 10^{-9} M de zoledronato, ibandronato y alendronato produjo un incremento de la proliferación a las 24 h de incubación ($P < 0.05$) en comparación con los grupos control, de forma inversamente proporcional a la dosis empleada, siendo las diferencias significativas solamente con la dosis mas baja ensayada (10^{-9} M).

Conclusión: Los bisfosfonatos, a dosis terapéuticas y a corto plazo, estimulan el crecimiento de los fibroblastos. Si bien hay que tener presente que este efecto es inverso a la dosis utilizada. Este mismo efecto inverso a la dosis de tratamiento ha sido descrito previamente por nuestro grupo de investigación en osteoblastos humanos tratados con bisfosfonatos.

Palabras Clave

Bisfosfonatos; Osteonecrosis; Fibroblasto; Proliferación

Bibliografía

Manzano-Moreno FJ, Ramos-Torrecillas J, Melguizo-Rodríguez L, Illescas-Montes R, Ruiz C, García-Martínez O. Bisphosphonate Modulation of the Gene Expression of Different Markers Involved in Osteoblast Physiology: Possible Implications in Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw. *Int J Med Sci.* 2018 Feb 12;15(4):359-367.

Manzano-Moreno FJ, Ramos-Torrecillas J, De Luna-Bertos E, Reyes-Botella C, Ruiz C, García-Martínez O. Nitrogen-containing bisphosphonates modulate the antigenic profile and inhibit the maturation and biomineralization potential of osteoblast-like cells. *Clin Oral Investig.* 2015 May;19(4):895-902.

Açil Y, Arndt ML, Gülses A, Wieker H, Naujokat H, Ayna M, Wiltfang J. Cytotoxic and inflammatory effects of alendronate and zoledronate on human osteoblasts, gingival fibroblasts and osteosarcoma cells. *J Craniomaxillofac Surg.* 2018 Apr;46(4):538-546.

ASOCIACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO DURANTE GESTACIÓN TEMPRANA CON LOS RESULTADOS LIGADOS AL PARTO. PROYECTO GESTAFIT.

Baena García, Laura; Tejada Domingo, Luarada; De La Flor Alemany, Marta; Crespo Antolín, Lara; Marín Jiménez, Nuria; Aparicio García-Molina, Virginia Arianna.

Resumen

Introducción: Las mujeres embarazadas reducen el tiempo de actividad física diaria. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda en gestaciones de bajo riesgo, la realización de actividad física de intensidad moderada al menos 20-30 minutos la mayoría de días de la semana.

Metodología: Cien gestantes (32.8 ± 4.8 años) participaron en este estudio. La actividad física (AF) se midió de manera objetiva mediante un acelerómetro triaxial colocado en la cadera durante 7 días consecutivos válidos, en la semana 16 de embarazo. Posteriormente, se recogieron muestras de sangre arterial y venosa del cordón umbilical para obtener datos relativos al equilibrio ácido-base del neonato. Después del parto, se recogieron los datos sobre las características del mismo, procedentes de la historia clínica hospitalaria.

Resultados: Tras ajustar el modelo por edad materna, IMC y paridad, las correlaciones parciales de Pearson mostraron una relación entre la AF total con una mayor saturación arterial de oxígeno en el neonato ($p < 0,05$) y un pH venoso más alcalino ($p < 0,05$). El tiempo de sedentarismo se relacionó con mayor presión parcial de CO₂ en arteria ($p < 0,05$) y vena

($p < 0,05$) umbilicales. Sólo el 26% de las gestantes cumplían con las recomendaciones de AF.

Conclusión: Los resultados de este estudio muestran asociaciones clínicamente relevantes entre la actividad física y el tiempo de sedentarismo en gestación temprana y las variables de parto. Esto pone en manifiesto la necesidad de proporcionar una completa información sobre los efectos de la actividad física a las gestantes, sobretodo teniendo en cuenta que menos de una cuarta parte cumplían las recomendaciones.

Palabras Clave

Embarazo, actividad física, sedentarismo, gasometría

Bibliografía

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obs Gynecol.* 2015;126(6):e135–42.

Aparicio VA, Ocón O, Padilla-Vinuesa C, Soriano-Maldonado A, Romero-Gallardo L, Borges-Cósic M, et al. Effects of supervised aerobic and strength training in overweight and grade I obese pregnant women on maternal and foetal health markers: the GESTAFIT randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):290. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1081-y>

Barakat R, Pelaez M, Cordero Y, Perales M, Lopez C, Coteron J, et al. Exercise during pregnancy protects against hypertension and macrosomia: Randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(5):649.e1-649.e8.

Beneficios de la lactancia materna contra el desarrollo de enfermedades atópicas

De Luna Bertos, Elvira; Vázquez AVECILLA, Laura; Illescas Montes, Rebeca; Montes González, María José.

Resumen

La leche materna se constituye como fuente de alimentación; junto con los componentes inmunológicos que presenta hace de ella un alimento saludable con protección activa y pasiva contra infecciones entre otras enfermedades en la etapa infantil. El objetivo del presente estudio es conocer el efecto de la lactancia materna sobre el desarrollo de enfermedades atópicas.

Los diferentes trabajos encontrados muestran que la leche materna estimula la maduración del sistema inmune confiriendo protección general para el recién nacido, estos efectos positivos evidencian reducción del riesgo de infecciones generales, infecciones gastrointestinales y tracto respiratorio. A pesar de que durante años ha habido controversia, las investigaciones muestran que niños amantados durante menos tiempo presentan con más frecuencia eccema, atopia, alergia alimentaria y/o respiratoria; encontrando además la tasa más alta de bebés hospitalizados representada por los que nunca fueron amamantados.

Con respecto al asma, no todos los estudios demuestran beneficios, atribuible al complejo fenotipo donde interactúan determinantes genéticos y ambientales, y cualquier determinante individual puede producir efectos difíciles de cuantificar. En conclusión, los estudios muestran asociación entre lactancia materna y reducción de la morbilidad infantil; por ello a día de hoy, se apoya la estrategia de lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida. Esta promoción de la lactancia materna, por parte de los profesionales de la salud implicados en el seguimiento y cuidado del niño, debe mejorarse e intensificarse con el fin de que la protección sea efectiva.

Palabras Clave

Breastfeeding; Atopic Disease; Allergic Disease; Childhood Asthma

Bibliografía

Elbert NJ; den Dekker HT; de Jong NW; Nijsten TEC; Jaddoe VWV; de Jongste JC; Pasmans SGMA; Duijts L. Duration and exclusiveness of breastfeeding and risk of childhood atopic diseases. *Allergy* [Internet] 2017 [citado 19 de Abril 2018]; 72 (12):1936-1943. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.13195/abstract;jsessionid=A259A8A8B3EE645961AA6868A595D062.f02t02>

Oddy WH. Breastfeeding, Childhood Asthma, and Allergic Disease. *Ann Nutr Metab* [Internet] 2017 [citado 19 de Abril 2018]; 70 (2):26-36. Disponible en:

<https://www.karger.com/Article/Pdf/457920>

Hendaus MA; Jomha FA; Ehlal M. Allergic diseases among children: nutritional prevention and intervention. *Ther Clin Risk Manag* [Internet] 2016 [citado 19 de Abril 2018]; 12:361-372. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4788360/>

EL MUSEO FLORENCE NIGHTINGALE DE LONDRES

García García, Inmaculada; Gozalbes Cravioto, Enrique; Gozalbes García, Helena.

Resumen

Introducción: El museo Florence Nightingale de Londres es una institución abierta al público, dependiente del St. Thomas Hospital. Este museo está dedicado a la figura de la que es considerada generalmente como la creadora de la Enfermería Moderna.

Objetivos:

- Exponer los principales contenidos respecto a la actuación de Florence Nightingale en el Museo que lleva su nombre.
- Describir las principales características del discurso museográfico.

Resultados: Los contenidos se articulan en tres pabellones. El primero de ellos, titulado “La caja dorada” (Gilded Cage), recoge los aspectos familiares de Nightingale anteriores a su conversión en una figura de una gran relevancia profesional y social. El segundo pabellón central, titulado “La llamada” (The calling) está dedicado a la Guerra de Crimea (1853-1856), en la que organizó la Enfermería. El tercero está dedicado a explicar su reforma de la Enfermería y a la inspiración en la nueva atención sanitaria (Reform and Inspire), a partir de los cambios defendidos para la sanidad británica.

Se completa con otra parte importante, consistente en toda una amplísima galería de fotografías, antiguas y modernas, sobre la acción de la Enfermería, en este caso con una mirada especial a la Enfermería militar y a la Enfermería en los Hospitales londinenses.

Conclusión: las dos principales conclusiones van dirigidas, la primera, en relación con la propia acción, influjo y valoración de Nightingale en el desarrollo de la Enfermería

moderna, y la segunda respecto al discurso museográfico en relación con la Historia de la Enfermería.

Palabras Clave

Historia de la Enfermería, Museografía, Planes de Cuidados, Gran Bretaña.

Bibliografía

Florence Nightingale Museum. London: 2013.

Ulrich Beth T. Liderazgo y dirección según Florence Nightingale. Barcelona: Masson; 1996.

Lillo Crespo M. El Desarrollo de la Enfermería Moderna. El Reformismo Británico del siglo XIX como agente político de cambio. Index Enferm (Internet). 2002 [citado 30 mar 2018]; 36-37:33-36. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37_articulo_33-36.php>.

LA IMAGEN DE LA SALUD (DIOSA SALUS) EN LA MONEDA ROMANA

Gozalbes García, Helena; García García, Inmaculada; Gozalbes Cravioto, Enrique.

Resumen

Introducción: En el anterior Congreso Hispano-Cubano estudiamos la imagen de Asclepio, dios de la medicina, en la moneda antigua. En este caso planteamos el completar aquel trabajo con un estudio sobre la imagen simbólica de su complemento como figura sanitaria en el caso de su hija Salus (la Higia griega). Debemos de tener en cuenta que la diosa de la que hablamos, a través de su versión griega, ha dado origen al término y concepto de higiene, mientras en su versión latina ha dado lugar al propio nombre de la salud.

Objetivo: Detectar a través de la imagen monetaria cómo la figura femenina de la salud, en época romana, alcanzó un desarrollo relevante, un hecho que no ha sido suficientemente destacado en la bibliografía. Igualmente el desarrollar la adaptación de la imagen de la salud para servir a los valores políticos del imperio romano.

Metodología: Selección en los catálogos de monedas antiguas de las imágenes referidas a la figura de Salus, y análisis de sus características.

Resultados: En las creencias históricas, la relación entre Salud (prevención y curación) y las creencias sobrenaturales (religión o magia-superstición) ha sido siempre muy estrecha

Conclusión: La identificación de Salus como motivo de representación en las monedas deriva de la importancia que en la antigüedad, como en otros momentos históricos, la mujer ha tenido en los cuidados de la salud. Igualmente destacamos, en segundo lugar,

como la preservación de la salud en época imperial romana se relacionará de forma propagandística con la figura del emperador.

Palabras Clave

Historia de la Salud, género, antigüedad, moneda romana

Bibliografía

André JM. *La Médecine à Rome*. Paris: Tallandier; 2006.

Crawford MH. *Roman Republican Coinage*. Cambridge; 1975.

Sutherland CHV. *Roman Imperial Coinage*, vol. 1. Londres; 1984.

SOBRE LA INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA EN ESPAÑA

García García, Inmaculada; Gozalbes Cravioto, Enrique.

Resumen

Introducción: En un trabajo anterior, *Index de Enfermería*, 21 (2012), los autores analizamos los estudios en Historia de la Enfermería en España, y centramos seguidamente la atención en los principales temas de investigación en Enfermería a través de las Tesis Doctorales.

Objetivo: Como continuación y actualización necesaria del trabajo anterior planteamos desarrollar un estudio de las diversas Tesis Doctorales realizadas en España en el quinquenio 2011-2015.

Metodología: Búsqueda en la base de datos TESEO, en la que se recogen por normativa todas las Tesis Doctorales aprobadas en Universidades españolas. Se ha realizado a partir de los descriptores Enfermería (preferente), completado también con Enfermera, Enfermero o Ciencias de la Salud (en este último caso con una mayor depuración).

Resultados:

- El extraordinario aumento del número de Tesis de Enfermería
- Detección de las Universidades en las que los programas de Doctorado han sido más activos al respecto,
- La distribución por género.
- Las grandes áreas temáticas (docente, planes de cuidados y otras)

Conclusión: Las transformaciones de los títulos de Diplomatura en Grado de Enfermería, que ha supuesto nuevas exigencias para los enfermeros, en especial con una vocación de

proyección docente universitaria. Este hecho se ha dejado sentir claramente en la necesaria formulación de los primeros programas de doctorado estrictamente de Enfermería/Ciencias de la Salud, pero también mientras tanto en una dedicación especial de las investigaciones a las cuestiones directamente derivadas de lo docente (formación de los enfermeros, transición e inserción laboral). También se incluyen estudios sobre cuidados.

Palabras Clave

Investigación en Enfermería, doctorado, Universidades españolas, investigaciones docentes, investigaciones en cuidados

Bibliografía

Amezcu M. Investigación Aplicada en Cuidados de Salud. Index Enferm. 2010; 19 (4): 237.

García García I, Gozalbes Cravioto E. Investigación en Enfermería y en Historia de la Enfermería en España. Index Enferm. 2012; 21(1-2): 100-104.

Gaus Gabandé F, Santainés Borredá E. La Investigación en los Cuidados de Enfermería: rigor en las herramientas de búsqueda y síntesis bibliográfica. Index Enferm. 2013; 22(4): 197-198.

Diferencias sociodemográficas en usuarios de un centro de Infecciones de Transmisión Sexual durante 2000-2014.

Pérez Morente, M^a Ángeles; Pozo Cano, M^a Dolores; Martín Salvador, Adelina; Hueso Montoro, César; Olmedo Alguacil, María Milagrosa.

Resumen

Introducción: Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) suponen un grave problema de Salud Pública, por la proporción de personas afectadas y las secuelas asociadas. En el contexto de globalización y crisis económica resurgen algunas ITS de las que se consideraban ya prácticamente erradicadas en países del tercer mundo como Sífilis o Gonorrea, y avanzan otras como SIDA, Hepatitis, Chlamydias, Herpes genital, Virus del papiloma humano, Molluscum Contagiosum...cuyo control parecía haberse logrado.

Objetivo: El objetivo del estudio fue determinar las diferencias en el perfil socio demográfico de usuarios de un centro de ITS de Granada durante 2000-2014.

Metodología: Estudio observacional, analítico, retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de sujetos que acuden por sintomatología de ITS y con al menos una serología. La muestra seleccionada partió del archivo de historias nuevas de cada año cogiendo el primer y último número de historia de ese año, extrayéndose una muestra por año mediante muestreo aleatorio sistemático con reemplazamiento si no cumplía el criterio de inclusión; se revisaron 1500 historias. Se diseñó una base de datos informatizada y posterior análisis estadístico mediante SPSS versión 22.

Resultados: Los resultados destacan que en ambos periodos las poblaciones eran homogéneas en edad, situación laboral y estado civil, encontrándose diferencias

estadísticamente significativas en cuanto al sexo, nacionalidad, profesión y nivel de instrucción.

Conclusión: Concluimos que en proporción en el periodo crisis respecto al periodo no crisis, acudieron al centro más hombres que mujeres, el porcentaje de inmigrantes y de profesionales del sexo fue menor y aumentó la proporción de sujetos con mayor nivel académico.

Palabras Clave

Infecciones de Transmisión Sexual, Características Sociodemográficas, Crisis Económica, Centro de ITS

Bibliografía

OMS. Centro de prensa. Infecciones de transmisión sexual. 2016; [1 página]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html [Consultado Marzo13, 2018].

Vall M, Sanz B, Loureiro E, Armengol P. Infecciones de transmisión sexual en Barcelona más allá del 2000. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122 (1): 18-20.

Vázquez F. El incremento de las infecciones de transmisión sexual en el siglo XXI: nuevos retos y aparición de nuevas patologías. *Enferm Infecc Microbiol Clin*.2011; 29: 77-78.

EVALUACIÓN ORGANOLÉPTICA DE VINOS TINTOS JÓVENES TRADICIONALES Y DESALCOHOLIZADOS. POSIBLE ALTERNATIVA REAL PARA EL CONSUMIDOR

Quesada-Granados, José Javier; Blanca-Herrera, Rosa María; Samaniego-Sánchez, Cristina.

Resumen

Los vinos desalcoholizados son hoy en día una opción interesante para aquellos consumidores que por distintas causas no puedan beber vino tradicional. Los elaboradores de vino piensan cada vez más en poner en el mercado variantes desalcoholizadas de sus vinos y dirigidos a aquellos consumidores que por situaciones patológicas, personales, sociales o legales no puedan beber vino con alcohol. La tecnología actual ha contribuido a la obtención de productos desalcoholizados más que aceptables y que difieren mucho de los primeros vinos desalcoholizados comercializados, convirtiéndose en una opción real incluso para aquellos consumidores de vino tradicional. Un inconveniente aún por superar es el de los altos precios que estas variantes desalcoholizadas tienen respecto a las variantes tradicionales lo que puede retraer a su consumo. La presente comunicación realiza un estudio sobre la capacidad que los consumidores tienen para distinguir y preferir un vino desalcoholizado frente a sus similares con alcohol y siempre desde un punto de vista netamente organoléptico. Para ello, se usaron pruebas de preferencia y discriminación sensorial sobre un grupo de catadores (consumidores) habituales de vino pero sin experiencia en el análisis sensorial. Se pudo comprobar como los consumidores eran capaces de diferenciar los dos tipos de vino, así como preferir, y esto es lo novedoso, las variantes desalcoholizadas frente a los vinos con alcohol.

Palabras Clave

Vino, desalcoholizado, consumidor, preferencia, sensorial

Bibliografía

Robinson, A.L., Boss, P.K., Solomon, P.S., Trengove, R.D., Heymann, H. & Ebeler, S.E. 2014. Origins of grape and wine aroma. Part 2. Chemical and sensory analysis. *American Journal of Enology and Viticulture*, 65(1), 25-42.

Sancho Valls, J., De Castro Martin, J.J. & Bota Prieto, E. 1999. *Introducción al análisis sensorial de los alimentos* 1^º edn, Edicions Universitat Barcelona, Barcelona.

Schmidtke, L. M., Blackman, J. W., & Agboola, S. O. 2012. Production Technologies for Reduced Alcoholic Wines. *Journal of Food Science*, 77(1), 25-41.

Indicadores de Riesgo en usuarios de un centro de Infecciones de Transmisión Sexual durante 2000-2014.

Pérez Morente, M^a Ángeles; Martín Salvador, Adelina; Barros Medina, Elvira; Hueso Montoro, César; Pozo Cano, M^a Dolores.

Resumen

Introducción: Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) suponen un grave problema de Salud Pública. Respecto al comportamiento sexual de riesgo para la adquisición de estas infecciones, son factores asociados la promiscuidad, el número de parejas sexuales o el uso inconsistente del preservativo entre otros.

Objetivo: El objetivo del estudio fue determinar las diferencias en los indicadores de riesgo sexual de los usuarios de un centro de ITS de Granada durante 2000-2014.

Metodología: Estudio observacional, analítico, retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de sujetos que acuden por sintomatología de ITS y con al menos una serología. La muestra seleccionada partió del archivo de historias nuevas de cada año cogiendo el primer y último número de historia de ese año, extrayéndose una muestra por año mediante muestreo aleatorio sistemático con reemplazamiento si no cumplía el criterio de inclusión; se revisaron 1500 historias. Se diseñó una base de datos informatizada y posterior análisis estadístico mediante SPSS versión 22.

Resultados: Los resultados destacan que las diferencias entre ambas poblaciones se hallaron en el tiempo transcurrido desde el último contacto sin preservativo, la edad de la primera relación sexual, conducta sexual y contacto con profesionales del sexo, siendo la población homogénea para el resto de las variables analizadas.

Conclusión: Concluimos que en el periodo crisis de media pasó menos tiempo desde el último contacto sin preservativo, la edad de la primera relación sexual fue más temprana, en proporción acudió más población homosexual y menos heterosexual al centro y disminuyó la proporción de sujetos que tuvieron contacto con profesionales del sexo.

Palabras Clave

ITS, Indicadores de Riesgo, Crisis Económica, Centro de Infecciones de Transmisión Sexual

Bibliografía

OMS. Centro de prensa. Infecciones de transmisión sexual. 2016; [1 página]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html [Consultado Marzo 13, 2018].

Pérez Morente M, Cano Romero E, Sánchez Ocón T, Castro López E, Jiménez bautista Francisco y Hueso Montoro César. Factores de Riesgo relacionados con las Infecciones de Transmisión Sexual. Rev Esp Salud Pública. 20017; 91: e1-e7.

Calatrava M, López-del Burgo C, Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. Med Clin (Barc). 2012; 138:534-540.

Experiencia de implementación de la Guía: Valoración de adultos en riesgo ideación suicida en Granada

Morales Romero, Antonio; Cano Caballero Gálvez, María Dolores.

Resumen

Introducción: El suicidio y sus intentos constituyen un problema grave de salud, prevenible. Cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de familiares y amigos. En Granada tiene una prevalencia superior a la media de España.

Descripción de la experiencia: En el año 2015 se implanta en los hospitales de Granada la guía de valoración y cuidado de adultos en riesgo de ideación suicida siguiendo la guía RNAO y donde colabora INVESTEN (1).

La experiencia consiste en realizar una captación activa desde los servicios de urgencias de las personas que acuden con intento autolítico, identificándolos con el acrónimo “RS” en el motivo de consulta. El nº de historia es recuperado por la unidad de informática y remitida a los responsables del proyecto, quienes auditan las historias clínicas y comunican los datos a las unidades de salud mental comunitarias referentes del paciente. La enfermera de salud mental gestiona las necesidades de estos pacientes de forma urgente: cita preferente, gestión del caso con Atención Primaria y/o apoyo al paciente y familia. Total de pacientes captados 299.

A pacientes hospitalizados con riesgo autolítico se realiza valoración integral del riesgo, atención a familiares y derivación para control en las unidades de salud mental comunitaria.

Conclusión: La evidencia reconoce la relación sólida entre la implantación de guías en prevención e intervención del suicidio y disminución de muertes por esta causa (2). No

podemos establecer que los resultados sean atribuibles a la implantación de la guía y no a la confluencia de otros factores (3).

Palabras Clave

Suicidio, Intento de Suicidio, Guía de Práctica Clínica, Salud Mental, Evaluación de Resultados de Acciones Preventiva

Bibliografía

Registered Nurses'Asociacion of Ontario (RNAO) Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. 2009. Consultado 15-04-2018. Disponible: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0026_BPG_Suicidio_2009.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014. Consultado 15-04-2018. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=BAA1FE754BC520DE4A4566C3197C296F?sequence=1

Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte Madrid: Instituto Nacional Estadística; Consultado 15-04-2018. Disponible: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

Coordinación centro de migraciones Roquetas de Mar con Centro de Salud Roquetas de Mar. Distrito Poniente de Almería. En el Acogimiento de Refugiados

Peñafiel Escamez, Maria Teresa; Bonillo Madrid, Juan; Sanabria Medina, Maria Jesus; Ruiz Lupion, Belen; Martinez Caba, Maria Isabel; Cambil Martín, Jacobo.

Resumen

Introducción: El Centro de Migraciones de Almería en Roquetas de Mar, pertenece al Programa de Refugiados de Cruz Roja Española en Almería, y lleva a cabo el “Sistema de acogida e integración para solicitantes y beneficiarios de protección internacional”, subvencionado por Ministerio de Empleo y Seguridad social.

Descripción: Cruz Roja contacta con Distrito Poniente de Almería Centro de Salud de Roquetas Norte, el cual se determina va a ser el centro de salud de referencia, con objeto de definir las necesidades de la población específica y establecer las vías de coordinación y trabajo conjunto. Para atender:

- Personas que pueden sufrir enfermedad grave física y/o trastorno/enfermedad mental
- Personas con alguna discapacidad.
- Personas que hayan sufrido algún tipo de discriminación, torturas, violaciones u otras formas graves de violencia psicológica, física y/o sexual.

Resultados:

1.- Número total de personas atendidas en el centro de salud roquetas norte ha sido de 54 se les asigna médico y pediatra a los menores

2.-Países de procedencia Colombia, Venezuela, Honduras, Ucrania, Georgia y Siria.

3.-SEXO:

- Son 24 hombres se les realiza revisión general 10 son niños, se revisa cobertura vacunal

- Son 30 mujeres para revisión general 16 son niñas, se revisa Cobertura vacunal

- Los menores tienen edades entre 8 meses y 17 años

4.-Se realizan 54 certificados médicos tras realizar pruebas, analíticas, mantoux, Rx...

Conclusiones:

-Buena satisfacción de los refugiados

-Normalización y acceso al sistema sanitario

-El compromiso de realizar protocolos y/O planes de acogida para la acogida de siguientes grupos de refugiados

Palabras Clave

Refugiados, Cruz Roja, Centro de Salud Roquetas de Mar, Distrito Poniente

Bibliografía

PLAN DE ATENCIÓN A REFUGIADOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES E INTEGRACIÓN SOCIAL. CONSEJERIA DE POLITICAS SOCIALES Y FAMILIA 2015.

CONVENCIÓN SOBRE EL ESTATUTO DE REFUGIADOS.GINEBRA 28 DE JULIO 1951

LEY 12/2009 30 OCTUBRE 2009 REGULADORA DEL DERECHO DE ASILO

MEDIDAS REGULADORAS SOBRE LOS NIVELES DE REFERENCIA DE REDUCCIÓN DE ACRILAMIDA EN LOS ALIMENTOS

Blanca-Herrera, Rosa María; Samaniego-Sánchez, Cristina; Quesada-Granados, José Javier.

Resumen

Introducción: La acrilamida constituye un contaminante químico en la cadena alimentaria. Se forma principalmente en alimentos ricos en hidratos de carbono, horneados o fritos, con materias primas que contienen sus precursores, como cereales, patatas y granos de café.

Dado que los niveles de acrilamida en algunos productos alimenticios son considerablemente altos, se planteó a nivel europeo una regulación más estricta de dichos niveles. En 2013 aparece una Recomendación 2013/647/UE dónde se manifestaba la idea de investigar al respecto. Dos años más tarde en 2015, La Comisión Técnica Científica de Contaminantes de la Cadena Alimentaria adopta un Dictamen dónde confirma evaluaciones anteriores que constataban que la acrilamida presente en los alimentos puede aumentar el riesgo de padecer cáncer para consumidores de todos los grupos de edad. Es por ello, por lo que se ve la necesidad de establecer medidas de mitigación apropiadas, así como realizar actuaciones para reducir los niveles de acrilamida en dichos productos alimenticios. Tales medidas se recogen en el Reglamento (UE) 2017/2158 y cuya aplicación directa se realizó el pasado 11 de abril de 2018.

Metodología: Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda de toda la reglamentación existente al respecto en la Unión Europea. Para ello se han utilizado las bases de datos Eur-Lex Europa EU, SID- alimentaria y Aranzadi.

Conclusiones:

1.-Con la nueva reglamentación se aprecia un avance en las medidas establecidas limitantes de niveles máximos de acrilamida en determinados alimentos. Y aunque se deberá de realizar una revisión continua (cada tres años) de los niveles de referencia a fin de establecer niveles más bajos de presencia de acrilamida en los alimentos si es necesario, la concienciación por parte de todas las partes implicadas deberá ser exhaustiva.

2.- Las medidas de mitigación de aplicación según el Reglamento (UE) 2017/2158 supondrán unos cambios en los procesos de producción de los explotadores de las empresas alimentarias, los cuales tendrán que haber aplicado antes del pasado 11 de abril de 2018. 3.-Existen factores diversos que pueden influir en los niveles de acrilamida en determinados productos alimenticios, los cuales deberán ser rigurosamente coordinados para obtener los menores niveles de acrilamida posibles. 4.-Existen todavía puntualizaciones arbitrarias sobre la actuación en los distintos procesos del tratamiento térmico para la obtención de niveles bajos de acrilamida.

Palabras Clave

Acrilamida, Alimentos, Legislación, Europa, España

Bibliografía

Baskar G. , Aiswarya R., Descripción general sobre la mitigación de la acrilamida en los alimentos ricos en almidón fritos y horneados. Journal of the Science of Food and Agriculture. 2018 marzo. PMID: 29572830. doi: 10.1002/jsfa.9013.

Comisión Europea. “Recomendación de 2011” relativa a la investigación de los niveles de acrilamida en los alimentos. (Texto pertinente a efectos del EEE). Bruselas, 10 de enero de 2011. C(2010) 9681 final. <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/3/2010/ES/3-2010-9681-ES-F1-1.Pdf>.

Reglamento (UE) nº 2158/2017 de la Comisión de 20 de noviembre de 2017, por el que se establecen medidas de mitigación y niveles de referencia para reducir la presencia de acrilamida en los alimentos. (DOUE núm. L 304, de 21 de noviembre de 2017, pág. 24).

SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS DE PACIENTES CRÓNICOS Y/O DEPENDIENTES

Rodríguez Doncel, María Luisa; Latorre-García, Julio; Sánchez García, Juan Carlos; Bolívar Ruiz, Francisca; Rivero Blanco, Tania; Menor Rodríguez, María José.

Resumen

Introducción: Con el aumento de la esperanza de vida cada vez son más las personas que necesitan cuidadores, y suele ser la mujer la encargada de estas tareas. La información para el manejo correcto de los pacientes y prevención de problemas de salud es escasa.

Objetivo: Determinar la información recibida sobre el manejo del paciente crónico o dependiente y la percepción de la influencia en el deterioro de la salud de las cuidadoras.

Metodología: Estudio descriptivo observacional transversal, realizado entre los familiares que acuden a la observación de las Urgencias del Hospital Virgen de las Nieves de Granada a visitar a sus familiares. Se les pasa un breve cuestionario o entrevista, de fácil contestación, respetando la confidencialidad y el anonimato.

Resultados: Se recogen 32 cuestionarios y 27 entrevistas. El 83,7% son mujeres y el 16,3% hombres. Un 28,5% no tiene estudios, un 62,2% han cursado ESO y sólo un 9,3% tienen estudios Universitarios. El 57,8% no tenía conocimientos sobre cambios posturales y mecánica postural, un 28,1% conocían de qué se les hablaban y un 14,1% no tenían opinión al respecto. La percepción sobre la influencia en su salud, un 73,2 % piensa que no les afecta o lo hace levemente y un 26,8% que les influye mucho.

Conclusión: Se debería incrementar la información sobre técnicas seguras en el manejo y movilización del paciente encamado, crónico o dependiente en los centros de salud

aprovechando las visitas que los familiares/cuidadores hacen al mismo, así como promocionar campañas sobre la calidad de la salud del cuidador.

Palabras Clave

Cuidador, dependencia, movilización, manejo del paciente

Bibliografía

Theou.O., Soon.Z., Filek.S., Brims.M., Leach-MacLeod.K., Binsted.G & Jakobi. J (2011, Sept-oct) Changing the Sheets. A New System to Reduce Strain During Patient Repositioning, Vol 60, No 5, 302–308.

Angulo Hurtado AM, Ramírez Quintana AS. Relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. Rev Col de Salud Ocupacional. 2016; 6(1): 18-23.

Villarejo Aguilar L, Zamora Peña MA, Casado Ponce G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. Enferm Global. 2012; 11(3): 159-165.

Repercusiones del ácido p-cumárico sobre la expresión génica del TGFB-1 y TGFB-R1/TGFB-R2/TGFB-R3 sobre osteoblastos humanos

Melguizo-Rodríguez, Lucía; Manzano-Moreno, Francisco Javier; Costela-Ruiz, Víctor Javier; García-Recio, Enrique; Ramos-Torrecillas, Javier; García-Martínez, Olga.

Resumen

Introducción: La osteoporosis representa una de las patologías óseas con mayores repercusiones sobre la calidad de vida del paciente, dadas las elevadas cifras de fracturas que se asocian a este proceso (1). El TGFB-1 y sus receptores (TGFB-R1, TGFB-R2, TGFB-R3) son proteínas implicadas en la cascada de señalización que regula la mineralización osteoblástica (2). En este sentido, se ha demostrado que los compuestos fenólicos presentes en el aceite de oliva virgen extra pueden actuar sobre esta población celular mejorando la proliferación y diferenciación celular (3).

Objetivo: Determinar la acción del ácido p-cumárico, compuesto fenólico presente en el aceite de oliva, sobre la expresión génica del TGFB-1 y sus receptores en osteoblastos humanos.

Metodología: Osteoblastos humanos obtenidos por cultivo primario (Hop) fueron tratados con ácido p-cumárico a la dosis de 10^{-6} M durante 24h. El efecto del tratamiento con dicho compuesto fenólico sobre la expresión génica de TGFB-1 y sus receptores se determinó mediante la técnica de PCR en tiempo real.

Resultados: Tras 24h, el tratamiento con ácido p-cumárico mostró un incremento significativo en la expresión de TGFB-1 y sus receptores con respecto a las células no tratadas (grupo control).

Conclusión: Estos resultados sugieren que el ácido p-cumárico podría afectar a la fisiología del osteoblasto, incentivando su diferenciación, con los beneficios que este hecho supondría sobre el tejido óseo. Dadas las posibles repercusiones clínicas de estos hallazgos, se requieren más investigaciones para describir los mecanismos de acción de los compuestos fenólicos en el hueso.

Palabras Clave

p-cumaric acid; phenolic compounds; osteoblast; gene expression

Bibliografía

Cheng Z, Lin D, Liu D, Shen H, Chen Q, Qiu Q, et al. [A 10-year-review (1998 - 2007) on 3449 cases of osteoporotic hip fractures: trend of hospitalization and inpatient costs]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi. noviembre de 2008;29(11):1128-31.

Sun X, Cao Z, Zhang Q, Li M, Han L, Li Y. Aluminum trichloride inhibits osteoblast mineralization via TGF- β 1/Smad signaling pathway. Chem Biol Interact. 25 de enero de 2016;244:9-15.

Melguizo-Rodríguez L, Manzano-Moreno FJ, De Luna-Bertos E, Rivas A, Ramos-Torrecillas J, Ruiz C, et al. Effect of olive oil phenolic compounds on osteoblast differentiation. Eur J Clin Invest. abril de 2018;48(4).

Efecto del láser de diodo (940nm) sobre la expresión génica del FGF en fibroblastos humanos

Illescas-Montes, Rebeca; Melguizo-Rodríguez, Lucía; García-Martínez, Olga; Ruiz-Rodríguez, Concepción; Ramos-Torrecillas, Javier.

Resumen

Introducción: el Factor de Crecimiento de los Fibroblastos (FGF) es una proteína implicada en la proliferación del fibroblasto, que promueve el tejido de granulación y epitelización en heridas.

Objetivo: determinar el efecto del láser de diodo de 940nm sobre la expresión génica del FGF en fibroblastos humanos.

Metodología: se utilizó la línea de fibroblastos humanos CCD-1064Sk. Tras 24 de cultivo, los fibroblastos fueron irradiados con un láser de diodo de 940nm utilizando como parámetros: 0.5W (potencia) y 4J/cm² (densidad de energía), usando modo de transmisión de energía continua. Se realizaron 2 protocolos distintos: un tratamiento en el que se aplicó una sola dosis y análisis a las 72 horas (T1), y otro tratamiento en el que se aplicó una dosis al inicio del ensayo y otra dosis a las 72 horas, realizando el análisis tras 72 horas de esta última dosis. Para todos los ensayos se utilizó un grupo control. El análisis de la expresión génica se llevó a cabo mediante la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR).

Resultados: los resultados mostraron un incremento significativo de la expresión génica de FGF independientemente del tratamiento aplicado (T1 o T2), si bien dicho aumento fue menor en T2. Estos datos estarían en consonancia con los obtenidos por otros autores, los

cuales obtuvieron resultados similares pero con parámetros de láser distintos.

Conclusión: el láser de diodo de 940nm aumenta la expresión génica de FGF en fibroblastos humanos, por lo que podría tener una utilidad terapéutica en la cicatrización de heridas.

Palabras Clave

Fotobiomodulación, fibroblastos, láser de diodo, FGF, cicatrización

Bibliografía

Khoo, N. K., Shokrgozar, M. A., Kashani, I. R., Amanzadeh, A., Mostafavi, E., Sanati, H., ... Akrami, S. M. (2014). In vitro Therapeutic Effects of Low Level Laser at mRNA Level on the Release of Skin Growth Factors from Fibroblasts in Diabetic Mice. *Avicenna Journal of Medical Biotechnology*, 6(2), 113-118.

Damante, C. A., De Micheli, G., Miyagi, S. P. H., Feist, I. S., & Marques, M. M. (2009). Effect of laser phototherapy on the release of fibroblast growth factors by human gingival fibroblasts. *Lasers in Medical Science*, 24(6), 885-891.

Illescas-Montes, R., Melguizo-Rodríguez, L., Manzano-Moreno, F. J., García-Martínez, O., Ruiz, C., & Ramos-Torrecillas, J. (2017). Cultured Human Fibroblast Biostimulation Using a 940 nm Diode Laser. *Materials (Basel, Switzerland)*, 10(7), 1-10.

INDUCCIÓN MIOFASCIAL COMO TRATAMIENTO DE LA MECANOSENSIBILIDAD NEURAL EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

Castro Martín, Eduardo; Galiano Castillo, Noelia; Ortiz Comino, Lucía; Pilat, Andrzej; Achalandabaso Ochoa, Alexander; Fernández Lao, Carolina.

Resumen

Introducción: El tratamiento del cáncer de mama (CM) (cirugía, radioterapia y quimioterapia) puede producir dolor debido a sus efectos adversos en los nervios periféricos por lesiones directas (desmielinización) e indirectas (compresión por fibrosis).

Objetivo: El objetivo del trabajo fue investigar los efectos a corto plazo de una sesión de terapia miofascial sobre la mecanosensibilidad a través de pruebas neurodinámicas en supervivientes de CM.

Metodología: Diseño cruzado aleatorizado, simple ciego, controlado. Participaron 25 supervivientes de CM (edad media: $50,92 \pm 8,53$ años). Se evaluaron cambios a corto plazo de una sesión de terapia miofascial frente a un placebo. Para valorar cambios en mecanosensibilidad, se midió amplitud de movimiento durante los test neurodinámicos del nervio mediano, radial y cubital.

Resultados: El ANCOVA reveló interacción significativa tiempo x grupo para los nervios afectados (mediano $P < 0.001$; cubital $P = 0.002$; radial $P = 0.036$) pero no para los no afectados (mediano: $P = 0.083$; cubital: $P = 0.796$; radial: $P = 0.072$). Las comparaciones por pares revelaron que el grupo experimental mejoró significativamente (Todos: $P < 0,004$) en

la goniometría para los nervios afectados después de la intervención de terapia manual, mientras que se obtuvieron resultados similares ($P>0,05$) después del control con placebo. Solo en el nervio cubital, el grupo control también aumentó significativamente ($P=0.044$), pero no alcanzaron la diferencia clínica mínima de 18 grados (cambio: grupo experimental 22.65 ± 19.05 vs control 6.35 ± 10.04).

Conclusión: Una técnica manual de inducción miofascial basada en presión sostenida puede mejorar la tolerancia al movimiento de los nervios mediano, radial y cubital en las supervivientes de CM.

Palabras Clave

Inducción miofascial, Cáncer de mama, Fisioterapia, Mecanosensibilidad neural

Bibliografía

Castro-Martín E, Ortiz-Comino L, Gallart-Aragón T, Esteban-Moreno B, Arroyo-Morales M, Galiano-Castillo N. Myofascial Induction Effects on Neck-Shoulder Pain in Breast Cancer Survivors: Randomized, Single-Blind, Placebo-Controlled Crossover Design. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017 May;98(5):832-840.

Caro-Morán, E., Fernández-Lao, C., Díaz-Rodríguez, L., Cantarero-Villanueva, I., Madeleine, P., Arroyo-Morales, M. Pressure pain sensitivity maps of the neck-shoulder region in breast cancer survivors. *Pain Med.* 2016;17:1942–1952.

Fernández-Lao C, Cantarero-Villanueva I, Fernández-de-Las-Peñas C, Del-Moral-Ávila R, Menjón-Beltrán S, Arroyo-Morales M. Development of active myofascial trigger points in neck and shoulder musculature is similar after lumpectomy or mastectomy surgery for breast cancer. *J Bodyw Mov Ther.* 2012 Apr;16(2):183-90.

Consumo de drogas y aspectos de salud sexual en adolescentes escolares.

Matías Santos, Mariana; Freitas de Oliveira, Jeane; Villegas Calvo, Mercedes; Santos Mota, Rosana; Raimone da Silva Carvalho, Milca; Zurita Muñoz, Antonio José.

Resumen

Introducción: El consumo de drogas es una cuestión social y culturalmente construida, pero puede implicar daños a la salud, sobre todo de adolescentes.

Objetivo: Analizar la asociación entre el consumo de drogas y la salud sexual de adolescentes escolares.

Metodología: Se trata de un estudio de corte transversal, con 239 adolescentes escolares de la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil. La recolección de datos fue realizada a través de aplicación de formulario, en el período de octubre de 2014 a enero de 2015. Los datos colectados fueron procesados por el software Stata versión 12 y analizados según estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: La prevalencia de adolescentes que consumieron drogas no aumentó en un 25,92%; el 42,5% ya habían tenido relación sexual, el 41,7% refirió relación sexual entre 10 y 14 años y el 46,5% declaró no hacer uso del preservativo. Fue identificada asociación estadísticamente significativa entre el consumo de drogas y tener relación sexual (RP = 3,75 e IC95% = 2,05 - 6,87) y asociación positiva entre el consumo de drogas, ser del sexo masculino (RP = 1,14 y IC95% = 0,63 - 2,04), y no hacer uso regular de preservativo (RP = 1,38 e IC95% = 0,58-3,24).

Conclusión: Los datos señalan la relación entre dos conductas de riesgo para adolescentes. Por esto, se destaca la necesidad del abordaje de temas como consumo de drogas, género,

sexualidad y comportamiento sexual de riesgo, como estrategia fundamental para la formación de adolescentes y prevención de agravios en salud.

Palabras Clave

Consumidores de drogas; Adolescencia; Salud sexual; Enfermería.

Bibliografía

Sousa ZAA, Silva JG, Ferreira MA. Saberes e práticas de adolescentes sobre saúde: implicações para o estilo de vida e cuidado de si. Esc. Anna Nery [internet]. 2014 Sep [Cited 2016 Jul 30] 18(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300400&lng=en.

Miozzo L, Dalberto ER, Silveira DX, Terra MB. Consumo de substâncias psicoativas em uma amostra de adolescentes e sua relação com o comportamento sexual. J. bras. psiquiatr. [internet]. 2013 June [cited 2016 Sep 01] 62(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000200001&lng=en

Mota RS, Santos MM, Carmargo CL, Gomes NP, Diniz NMF, Rodrigues AD. Sexualidad, embarazo y violencia doméstica: Experiências de adolescentes brasileiras. Index de Enfermería [internet]. 2014 [Cited 2016 Sep 01] 23(3). Available from: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n3/9371.php>.

Vulnerabilidad de mujeres involucradas con drogas para la permanencia de la situación de violencia conyugal.

Ramaiane da Silva Carvalho, Milca; Matias Santos, Mariana; Freitas de Oliveira, Jeane; Maria da Silva Duarte, Helenise; Rodrigues Santos, Luana; Villegas Calvo, Mercedes.

Resumen

Introducción: La violencia conyugal y el consumo de drogas son problemas sociales con repercusiones para la salud de las mujeres, permeados por vulnerabilidades individuales, sociales y programáticas.

Objetivo: Analizar vulnerabilidades de mujeres involucradas con drogas que permanecen en situación de violencia conyugal.

Metodología: Investigación cualitativa, realizada con 19 mujeres residentes en el área de cobertura de dos Unidades de Salud de la Familia del municipio de Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. La identificación de las participantes se realizó mediante los siguientes criterios: tener historia de violencia conyugal e implicación con drogas y edad igual o superior a 18 años. Para la producción de los datos se utilizó la entrevista semiestructurada, y para el análisis fue utilizado el Discurso del Sujeto Colectivo. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estadual de Bahía.

Resultados: Los discursos de las mujeres revelaron que la verbalización de no aceptación del consumo de drogas por el compañero provoca reacción violenta por el mismo. Señalan también para la naturalización de la violencia conyugal precipitada por el uso de alcohol por el compañero, la dependencia económica y el afecto por el compañero vinculado a la

esperanza de que él mejore como elementos de vulnerabilidad para permanencia en la relación conyugal permeada por la violencia.

Conclusión: El estudio señala la necesidad de acciones de intervención que contemplen la perspectiva de género y el involucramiento con drogas, con vistas a permitir que estas mujeres logren romper con la vivencia de la violencia conyugal.

Palabras Clave

Violencia contra la mujer; Consumidores de drogas; Vulnerabilidad en Salud; Enfermería.

Bibliografía

Dourado SM, Noronha CV. Visible and invisible marks: facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence. *Ciência Saúde Coletiva*. 2015; 20(9): 2911-20.

Cruz NM, Tavares VS, Gomes NP, Filho CCS, Magalhães JRF, Estrela FM. Meanings of the reports of violence against women: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2015; 14(2):144-50.

Paixão GPN, Gomes NP, Diniz NMF, Couto TM, Vianna LAC, Santos SMP. Situations which precipitate conflicts in the conjugal relationship: the women's discourse. *Texto Contexto Enfermagem*. 2014; 23(4):1041-9.

PIROXICAM Y SU EFECTO SOBRE LA LÍNEA OSTEOBLASTICA MG63: EXPRESIÓN GÉNICA DE BMP2 y BMP7 EN OSTEOBLASTOS HUMANOS

Costela Ruiz, Víctor Javier; Melguizo Rodríguez, Lucía; Manzano Moreno, Francisco Javier; García Recio, Enrique; De Luna Bertos, Elvira; Ruiz Rodríguez, Concepción.

Resumen

Introducción: Las proteínas morfogenéticas óseas (BMPs) son potentes factores de crecimiento con capacidad osteoinductora que juegan un papel importante en el desarrollo del hueso. De otro lado, distintos estudios muestran que algunos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) tienen un efecto negativo sobre las células osteoblasticas encargadas del desarrollo y crecimiento óseo,^{1,2,3}. Los AINEs forman parte de un grupo de fármacos muy utilizados en la práctica clínica por su acción antiinflamatoria, analgésica y antipirética.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue determinar el efecto del piroxicam sobre la expresión génica de BMP2 y BMP7 en la línea celular MG63.

Metodología: Células osteoblásticas de la línea MG63, fueron tratadas con piroxicam durante 24 horas a dosis de 10 μ M. El efecto del tratamiento sobre la expresión génica de BMP2 y BMP7 se determinó mediante la técnica de PCR en tiempo real.

Resultados: Nuestros datos muestran que el tratamiento de las células osteoblásticas (MG63) con una dosis de 10 μ M de piroxicam, produjo un descenso significativo en la expresión de BMP2 y BMP7. Teniendo en cuenta la capacidad osteoinductora que

presentan BMP2 y BMP7, nuestros resultados ponen de manifiesto el efecto adverso del piroxicam sobre la maduración del osteoblasto y el correcto desarrollo del tejido óseo.

Palabras Clave

AINEs, osteoblasto, piroxicam, hueso, proteínas morfogenéticas óseas

Bibliografía

De Luna-Bertos E, Ramos-Torrecillas J, García-Martínez O, Guildford A, Santin M, Ruiz C. Therapeutic doses of non-steroidal anti-inflammatory drugs inhibit osteosarcoma MG-63 osteoblast-like cells maturation, viability and biomineralization potential. *The Scientific World Journal*. 2013; ID 809891, 13 pages DOI: 10.1155/2013/809891.

De Luna-Bertos E, Ramos-Torrecillas J, Manzano-Moreno FJ, García-Martínez O, Ruiz C. Effects on cell growth of human osteoblast-like cells of three non-steroidal anti-inflammatory drugs, Metamizole, Dexketoprofen, and Ketorolac. *Biological research for Nursing*. 2015; 17(1): 62-67.

García-Martínez O, De Luna-Bertos E, Ramos-Torrecillas J, Manzano-Moreno FJ, Ruiz C. Repercussions of NSAIDS drugs on bone tissue: the osteoblast. *Life Sci*. 2015; 15(123)72-77.

Relación entre el espacio coracohumeral y grosor del bíceps en pacientes con dolor de hombro

Navarro Ledesma, Santiago; Tapia Haro, Rosa María; García Ríos, María del Carmen; Pérez Mármol, José Manuel; Aguilar Ferrándiz, María Encarnación; Luque Suárez, Alejandro.

Resumen

Introducción: El dolor de hombro es la tercera dolencia músculo-esquelética más frecuente en atención primaria, siendo el dolor anterior de hombro un diagnóstico poco utilizado, pero clínicamente frecuente. En este caso, la disminución del espacio coracohumeral y el engrosamiento de los tendones subescapular y porción larga del bíceps son posibles causas, pero se desconoce su nivel de asociación.

Objetivo: Estudiar el nivel de asociación entre el espacio coracohumeral y el grosor del tendón de la porción larga del bíceps en pacientes con dolor anterior de hombro.

Metodología: Estudio transversal observacional. Se midió mediante ecografía el espacio coracohumeral y el grosor del bíceps en 6 sujetos (3 hombres y 3 mujeres) con una edad media de 51 años (7.3), y dolor de hombro crónico (más de 3 meses de duración).

Resultados: La media del grosor del tendón del bíceps fue 0.40cm (0.28), y la del espacio coracohumeral 0.88cm (0.28). El nivel de asociación entre ambos fue $r = -0.22$.

Conclusión: Este estudio supone un primer paso en la comprensión de la relación entre el espacio coracohumeral y el grosor del bíceps en pacientes con dolor crónico anterior de hombro, que parece ser pequeña. Estos hallazgos pueden tener relevancia clínica, pero más estudios con mayor muestra son necesarios.

Palabras Clave

Dolor de hombro; ecografía; tendón; dolor crónico

Bibliografía

Navarro-Ledesma S, Struyf F, Labajos-Manzanares MT, Fernandez-Sanchez M, Luque-Suarez A. Is coracohumeral distance associated with pain-function, and shoulder range of movement, in chronic anterior shoulder pain? *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1).

Drakes S, Thomas S, Kim S, Guerrero L, Lee SW. Ultrasonography of Subcoracoid Bursal Impingement Syndrome. *Pm&R [Internet]*. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation; 2015;7(3):329–33.

Hekimoglu B, Aydin H, Kizilgoz V, Tatar IG, Ersan O. Quantitative measurement of humero-acromial, humero-coracoid, and coraco-clavicular intervals for the diagnosis of subacromial and subcoracoid impingement of shoulder joint. *Clin Imaging [Internet]*. 2013;37(2):201–10.

HIPERSENSIBILIDAD MUSCULAR Y DOLOR DE ORIGEN MIOFASCIAL EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Ortiz Comino, Lucía; Martín Martín, Lydia; Castro Martín, Eduardo; Galván Banqueri, Pilar; Lozano Lozano, Mario; Fernández Lao, Carolina.

Resumen

Introducción: Los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello presentan importantes secuelas a consecuencia de los tratamientos médicos, provocando hipersensibilidad muscular y disfunción miofascial.

Objetivo: Analizar la presencia de hipersensibilidad muscular y dolor miofascial en supervivientes de cáncer de cabeza y cuello.

Metodología: Se realizó un estudio transversal descriptivo comparando 26 supervivientes de cáncer de cabeza y cuello (edad $61,46 \pm 11,51$) con 24 controles sanos (edad $59,74 \pm 11,41$). La hipersensibilidad se analizó mediante algometría en los puntos musculares: masetero, trapecio, suboccipital y tibia como punto distal. Se evaluaron los puntos gatillo en suboccipital, masetero, angular de la escápula y trapecio, bilateralmente en todas las regiones.

Resultados: El ANOVA reveló diferencias estadísticamente significativas entre grupos en los puntos de hipersensibilidad muscular del lado afecto: trapecio ($p=0,027$), masetero ($p=0,005$) y tibial anterior ($p=0,046$), y del lado no afecto: masetero ($p=0,018$) y tibial anterior ($p=0,035$). No hubo resultados estadísticamente significativos a nivel de los puntos

suboccipital afecto ($p=0,219$) y no afecto ($p=0,169$) ni en trapecio no afecto ($p=0,129$). El test Chi2 evidenció resultados significativos entre grupos para el lado afecto en trapecio ($p=0,030$), angular de la escápula ($p=0,015$), suboccipital ($p=0,002$) y masetero ($p=0,003$); no afecto en suboccipital ($p=0,031$) y masetero ($p=0,016$). No se encontraron resultados estadísticamente significativos para el lado no afecto en trapecio ($p=0,385$) ni angular de la escápula ($p=0,107$).

Conclusión: Los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello presentan mayor hipersensibilidad muscular y mayor presencia de dolor miofascial con respecto a la población sana, compatibles con un proceso de sensibilización central y/o periférica.

Palabras Clave

cáncer, hipersensibilidad, punto gatillo, dolor miofascial.

Bibliografía

Blanchard D, Bollet M, Dreyer C, Binczak M, Calmels P, Couturaud C, Espitalier F, Navez M, Perrichon C, Testelin S, Albert S, Morinière S; SFORL Work Group. Management of somatic pain induced by head and neck cancer treatment: pain following radiation therapy and chemotherapy. Guidelines of the French Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery Society (SFORL). *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2014 Sep;131(4):253-6.

Chen AM, Wang PC, Daly ME, Cui J, Hall WH, Vijayakumar S, Phillips TL, Farwell DG, Purdy JA. Dose--volume modeling of brachial plexus-associated neuropathy after radiation therapy for head-and-neck cancer: findings from a prospective screening protocol. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2014 Mar 15;88(4):771-7.

Fernández-Lao C., Cantarero-Villanueva I., Fernández-de-las-Peñas C., Del-Moral-Ávila R.; Arendt-Nielsen L., Arroyo-Morales M. Myofascial Trigger Points in Neck and Shoulder Muscles and Widespread Pressure Pain Hypersensitivity in Patients with Postmastectomy Pain. Evidence of Peripheral and Central Sensitization. *Clin J Pain* 2010;26:798-806

Eficacia de una intervención multidisciplinaria basada en un enfoque biopsicosocial en dolor cervical crónico

Ariza Mateos, María José; Moreno Ramírez, María de la Paz Auxiliadora; Lucena Aguilera, María del Mar; López Torres, Isabel; Benítez Feliponi, Ángela; Valenza, Marie Carmen.

Resumen

Introducción: El dolor cervical crónico (DCC) es una condición altamente prevalente en la población mundial. Su etiología suele ser multifactorial y se relaciona con componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales. Por tanto, podría ser interesante la aplicación del modelo biopsicosocial del dolor.

Objetivo: Comprobar la eficacia de una intervención multidisciplinaria que aplique el modelo biopsicosocial del dolor en DCC.

Metodología: Se realizó un estudio experimental con 34 personas con dolor cervical crónico. Se evaluó la severidad e interferencia del dolor con el Brief Pain Inventory, el estado de salud autopercebido con la VAS del EuroQol-5D, la discapacidad cervical con el Neck Disability Index, el miedo al movimiento y (re) lesión con el Tampa Scale for Kinesiophobia y las estrategias de afrontamiento con el Coping Strategies Questionnaire. La intervención del grupo experimental (N=18) desarrolló un programa basado en relajación con musicoterapia, terapia de exposición graduada con ergonomía en las AVDs y fisioterapia convencional; mientras que el grupo control (N=16) solo recibió fisioterapia convencional.

Resultados: Los resultados muestran una mejora significativa del grupo experimental con

respecto al grupo control, de manera que disminuyó la severidad ($p<0,05$) e interferencia del dolor ($p<0,001$), la discapacidad ($p<0,001$), el miedo al movimiento y (re) lesión ($p<0,05$) y la catastrofización ($p<0,05$); y mejoró el estado de salud autopercebido ($p<0,05$), las conductas distractoras ($p<0,05$) y la reinterpretación del dolor($p<0,05$).

Conclusión: Una intervención multidisciplinar basada en el modelo biopsicosocial del dolor parece ser más eficaz que el tratamiento convencional de fisioterapia en personas con DCC.

Palabras Clave

Dolor cervical crónico, modelo biopsicosocial, multidisciplinar, miedo al movimiento.

Bibliografía

Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.*2007;133(4):581-624.

Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. *Rev Soc Esp Dolor.*2004;11(5):260-9.

Monticone M, Baiardi P, Vanti C, Ferrari S, Nava T, Montironi C, et al. Chronic neck pain and treatment of cognitive and behavioural factors: results of a randomised controlled clinical trial. *Eur spine J.*2012. 21(8), 1558-1566.

DISFUNCIÓN TÉMPORO-MANDIBULAR Y DOLOR CERVICAL EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Ortiz Comino, Lucía; Cubillas Soto, Sandra; Cortés Díaz, Rosa María; Martín Martín, Lydia; Castro Martín, Eduardo; Fernández Lao, Carolina.

Resumen

Introducción: Como consecuencia del tratamiento basado en cirugía, radioterapia y quimioterapia, los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello pueden presentar secuelas que afecten a la función mandibular y generar la aparición de dolor a nivel cervical.

Objetivo: Evaluar la disfunción témporo-mandibular y el dolor cervical en pacientes supervivientes de cáncer de cabeza y cuello.

Metodología: Se realizó un estudio transversal descriptivo, comparando una muestra de 26 supervivientes de cáncer de cabeza y cuello (edad $61,46 \pm 11,51$) y 24 personas sanas (edad $59,74 \pm 11,41$). La disfunción témporo-mandibular se evaluó con el cuestionario Fonseca y la goniometría de apertura de la articulación témporo-mandibular. El dolor cervical se evaluó mediante la escala visual analógica (EVA) y algometría cervical.

Resultados: El test Chi2 evidenció diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para el cuestionario Fonseca ($p=0,008$). El ANOVA reveló que los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello muestran diferencias estadísticamente significativas para la apertura de la articulación témporo-mandibular frente al grupo control ($p=0,003$), pero no encontró resultados estadísticamente significativos para la EVA ($p=0,270$) ni para la algometría cervical (lado afecto $p=0,219$; lado no afecto $p=0,169$).

Conclusión: Los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello manifiestan un aumento de la disfunción témporo-mandibular evidenciada por mayores puntuaciones en el cuestionario Fonseca y por una disminución de la apertura de la boca. Sin embargo, no presentan mayor dolor cervical en comparación con la población sana.

Palabras Clave

Cáncer, dolor cervical, disfunción témporo-mandibular, radioterapia, cirugía

Bibliografía

Fonseca D.M., Bonfante G., Valle A., et al. Diagnostico pela Amamnese da Disfunção Craniomandibular. R.F.O. (Porto Alegre), 1994;42(1):23-4, 27-8

Kamstra J., Dijkstra P., Van Leeuwen M. et al. Mouth opening in patients irradiated for head and neck cáncer: A prospective repeated measures study. Support Care Cancer 2016;24:3315-3323

Van Wilgen C.P., Dijkstra P., van der Laan B., et al. Shoulder and neck morbidity in wuality of life after surgery for head and neck cancer. Head Neck 2004;26:839-844

Eficacia inmediata del vendaje neuromuscular en personas mayores

Ortiz Rubio, Araceli; Cabrera Martos, Irene; Torres Sánchez, Irene; López López, Laura; Casilda López, Jesús; Valenza, Carmen.

Resumen

Introducción: El envejecimiento biológico produce alteraciones motoras debido a la reducción de la movilidad. Esto genera cambios en el estado de funcionalidad. El vendaje neuromuscular modifica la función muscular, mejora la circulación y reduce el dolor.

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar el efecto inmediato que produce un vendaje neuromuscular en miembros inferiores sobre el equilibrio estático, dinámico y en la calidad de la marcha.

Metodología: Se realizó un estudio cuasiexperimental. Los criterios de inclusión fueron edad superior a 65 años, posesión de habilidades cognitivas (MMSE>24) y motoras que permitieran realizar los test y aprobación del medico de cabecera. Se aplicó un vendaje neuromuscular en ambos miembros inferiores. La calidad de la marcha se midió con 6 Minutos Marcha (6MM) sencilla y con tarea dual. El equilibrio dinámico se valoró con Mini-Best test y Time up and Go test (TUG). El equilibrio estático se midió con One Leg Stand (OLS).

Resultados: Se evaluaron 23 participantes en total. La calidad de la marcha mejoró en la tarea simple ($p=0,011$) y dual ($p=0,010$) inmediatamente tras la colocación del vendaje neuromuscular. La prueba TUG mostró cambios significativos para ambas tareas, simple y cognitiva, ($p=0,004$). El equilibrio estático mejoró en ambas piernas, derecha ($p=0,029$) e izquierda ($p=0,004$).

Conclusión: La aplicación de un vendaje neuromuscular en personas mayores mejora el equilibrio y la calidad de la marcha de forma inmediata.

Palabras Clave

Kinesio taping, Vendaje neuromuscular , Marcha, Equilibrio, Envejecimiento

Bibliografía

Faraldo-García A, Santos-Pérez S, Crujeiras R, Soto-Varela A. Postural changes associated with ageing on the sensory organization test and the limits of stability in healthy subjects. *Auris Nasus Larynx*. 2016;43(2):149-54. doi: 10.1016/j.anl.2015.07.001.

Wilson V, Douris P, Fukuroku T, Kuzniewski M, Dias J, Figueiredo P. THE IMMEDIATE AND LONG-TERM EFFECTS OF KINESIOTAPE® ON BALANCE AND FUNCTIONAL PERFORMANCE. *Int J Sports Phys Ther*. 2016;11(2):247-53.

Lins CA, Borges DT, Macedo LB, Costa KS, Brasileiro JS. Delayed effect of Kinesio Taping on neuromuscular performance, balance, and lower limb function in healthy individuals: a randomized controlled trial. *Braz J Phys Ther*. 2016;20(3):231-9. doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0161.

Kinesio Taping como herramienta en la mejora del dolor lumbar crónico en embarazadas

Casas Barragán, Antonio; Toledano Moreno, Sonia; Tapia Haro, Rosa María; Navarro Ledesma, Santiago; Almagro Céspedes, Isabel; Aguilar Ferrándiz, María Encarnación.

Resumen

Introducción: El dolor lumbar ha sido una importante carga de salud pública durante muchos años, siendo responsable de incapacidad laboral y de un elevado gasto con respecto a la atención médica primaria. Dicho dolor es una afección frecuente en el embarazo, llegando a afectar a más de 2/3 de las mujeres embarazadas. La técnica Kinesio Taping (KT) es una modalidad terapéutica que presenta como una de sus principales funciones la reducción del dolor y mejora de la funcionalidad.

Objetivo y Métodos: Se realizará una búsqueda bibliográfica y se revisará la evidencia científica del Kinesio Taping como herramienta en el dolor lumbar en mujeres embarazadas, utilizando la búsqueda en las siguientes bases de datos: Web of Science, PubMed, Scopus, Cinahl y Science Direct. Los términos de búsqueda son: kinesio taping; embarazada; dolor lumbar crónico. Los operadores booleanos utilizados son la conjunción “y”.

Resultados Búsqueda: Se obtienen un total de 21 artículos: Web of Science (4), PubMed (2), Cinahl (2), Scopus (3), Science Direct (10). 5 artículos se consideraron elegibles.

Conclusión: Parece ser que existe una buena evidencia de que el KT puede ser una técnica eficaz para disminuir el dolor lumbar crónico y dolor pélvico a corto plazo en mujeres embarazadas.

Palabras Clave

Kinesio taping; embarazada; dolor lumbar crónico; dolor pélvico

Bibliografía

Kalinowski P, Krawulska A. Kinesio Taping vs. Placebo in Reducing Pregnancy-Related Low Back Pain: A Cross-Over Study. *Medical Science Monitor.* 2017;23:6114-6120.

Kuciel N, Sutkowska E, Cienska A, Markowska D, Wrzosek Z. Impact of Kinesio Taping application on pregnant women suffering from pregnancy-related pelvic girdle pain — preliminary study. *Ginekologia Polska.*2017; 88(11):620-625.

Kaplan S, Alpayci M, Karaman E, Çetin O, Özkan Y, İter S, et al. Short-Term Effects of Kinesio Taping in Women with Pregnancy-Related Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Medical Science Monitor.*2016; 22:1297-1301.

Efectos de las terapias energéticas sobre la variabilidad de la frecuencia cardíaca:

Revisión sistemática

Fernández Ruiz, Jonatan; Vargas Román, Keyla; Sánchez Martín, Mónica; Díaz Rodríguez, Lourdes.

Resumen

Introducción: La variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) es un indicador de la respuesta nerviosa vagal que puede utilizarse para evaluar la función del sistema nervioso autónomo (SNA), y se define como la variación de la frecuencia del latido cardiaco, que se calcula midiendo el tiempo entre los intervalos RR de dos latidos consecutivos. Algunos estudios describen que las terapias energéticas pueden mejorar el equilibrio del SNA mejorando la calidad de vida.

Objetivo: Esta revisión tiene como objetivo revisar la literatura existente y documentar los efectos a largo y corto plazo de las diferentes terapias energéticas sobre la VFC.

Metodología: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL y PsycINFO, seleccionando los Ensayos Controlados Aleatorizados, Ensayos Clínicos Controlados y/o Estudios cuasiexperimentales escritos en inglés, en los que se evalúan los efectos en la VFC tras la aplicación de alguna terapia energética.

Resultados: De los 47 artículos iniciales, se identificaron 14 estudios potencialmente seleccionables, por lo que se revisaron los textos completos de los mismos. Los 14 estudios cumplían los criterios de inclusión. En la mayoría de los estudios los efectos de las intervenciones reflejaban cambios significativos en la VFC.

Conclusión: Aunque algunos de los artículos incluidos en esta revisión sugieren que las terapias energéticas pueden tener efectos sobre la VFC mejorando la actividad del SNA, la mayoría de ellos presentan importantes limitaciones, por lo que se requieren nuevas investigaciones para poder confirmar los efectos de estas terapias sobre la VFC.

Palabras Clave

Variabilidad de la frecuencia cardíaca, chi kung, tacto curativo, reiki, tacto terapéutico.

Bibliografía

Thayer JF, Ahs F, Fredrikson M, Sollers JJ, 3rd, Wager TD. A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36:747–56

.

Li R, Jin L, Hong P, He ZH, Huang CY, Zhao JX, Wang M, Tian Y et al. The Effect of Baduanjin on Promoting the Physical Fitness and Health of Adults. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2014;2014:784059. doi: 10.1155/2014/784059. Epub 2014 Jun 23.

Chang C, Tsai G, Hsieh CJ. Psychological, immunological and physiological effects of a Laughing Qigong Program (LQP) on adolescents. *Complement Ther Med.* 2013 Dec;21(6):660-8. doi: 10.1016/j.ctim.2013.09.004. Epub 2013 Sep 13.

NUEVOS DERIVADOS DE TETRAHIDROISOQUINOLINA COMO POTENCIALES INHIBIDORES DE LA INTERACCIÓN HA-CD44

Espejo Román, José Manuel; Cruz López, Olga; Conejo García, Ana.

Resumen

Introducción: El ácido hialurónico o hialuronano (HA), inicialmente percibido como un componente inerte del tejido conectivo, está implicado en múltiples vías de señalización incluidas las implicadas en la patogénesis y progresión del cáncer. Las funciones del HA están reguladas por su interacción con el clúster de diferenciación 44 (CD44) que inicia las vías de señalización que conducen al crecimiento, adhesión, migración, invasión y metástasis de células tumorales [1, 2]. Por tanto, la inhibición de la interacción HA-CD44 presenta un enfoque muy prometedor contra la tumorigénesis inducida por el HA. En 2014 se publicaron las primeras estructuras no glucosídicas sintéticas inhibitoras de la unión HA-CD44 que permitieron establecer el fragmento de tetrahidroisoquinolina (THIQ) como punto de partida para la optimización de cabezas de serie [3].

Objetivo: Diseño, síntesis y caracterización de una nueva serie de derivados de THIQ.

Metodología: Los compuestos finales se han obtenido mediante la alquilación del átomo de nitrógeno del anillo de THIQ con los correspondientes haluros de arilmetilo y arilsulfonilo. Se han utilizado técnicas de Resonancia Magnética Nuclear y Espectrometría de Masas de Alta Resolución para la identificación y caracterización de las estructuras sintetizadas.

Resultados: Se han sintetizado y caracterizado 12 compuestos finales derivados de THIQ.

Conclusión: La metodología de síntesis empleada es adecuada ya que permite obtener las estructuras con un rendimiento medio del 75%.

Palabras Clave

Inhibidores, cluster de diferenciación 44, hialuronano, tetrahidroisoquinolina

Bibliografía

Slomiany M, Dai L, Tolliver L, Grass G, Zeng Y, Toole B. Inhibition of Functional Hyaluronan-CD44 Interactions in CD133-positive Primary Human Ovarian Carcinoma Cells by Small Hyaluronan Oligosaccharides. *Clinical Cancer Research*. 2009;15(24):7593-7601.

Riechelmann H, Sauter A, Golze W, Hanft G, Schroen C, Hoermann K et al. Phase I trial with the CD44v6-targeting immunoconjugate bivatuzumab mertansine in head and neck squamous cell carcinoma. *Oral Oncology*. 2008;44(9):823-829.

Liu L, Finzel B. Fragment-Based Identification of an Inducible Binding Site on Cell Surface Receptor CD44 for the Design of Protein–Carbohydrate Interaction Inhibitors. *Journal of Medicinal Chemistry*. 2014;57(6):2714-2725.

Un programa para disminuir los efectos de la hospitalización en pacientes con neumonía

Granados Santiago, Maria; Torres Sánchez, Irene; López López, Laura; Rodriguez Torres, Janet; Lopez Torres, Isabel; Lucena Aguilera, María del Mar.

Resumen

Introducción: Las patologías respiratorias suponen un 15,4% de las hospitalizaciones. Se ha demostrado que la estancia hospitalaria en los pacientes con neumonía implica un deterioro físico. La rehabilitación respiratoria ha demostrado mejorar el estado físico en pacientes con patología respiratoria pero no ha sido probada en pacientes con neumonía.

Objetivos: Evaluar el efecto de un programa de fisioterapia en pacientes hospitalizados con neumonía.

Metodología: Ensayo clínico aleatorizado. Los pacientes ingresados por neumonía en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada fueron distribuidos en dos grupos: un grupo control que recibió el tratamiento médico estándar y un grupo intervención que además recibió un tratamiento fisioterápico, que consistió en el uso de electroestimulación para la potenciación muscular de cuádriceps, mientras se realizaban ejercicios con bandas elásticas.

Se evaluó al ingreso y al alta el estado físico: fuerza en cuádriceps con dinamometría y capacidad al ejercicio con el test de levantarse y sentarse 5 veces.

Resultados: 12 pacientes fueron incluidos en cada grupo. La edad media fue de $70,45 \pm 10,41$ años. No se encontraron diferencias entre grupos al ingreso. La fuerza de cuádriceps mejoró al alta en el grupo intervención. Los resultados en el grupo control

muestran una pérdida de fuerza al alta, siendo las diferencias significativas al alta entre grupos ($p < 0,05$). La capacidad al ejercicio mejoró significativamente en el grupo intervención ($p < 0,05$) y no mostró mejoras en el grupo control, encontrándose diferencias significativas entre grupos al alta ($p < 0,05$).

Conclusión: Un programa de fisioterapia disminuye los efectos de la hospitalización en pacientes con neumonía.

Palabras Clave

Neumonía, fisioterapia, hospitalización, respiratorio

Bibliografía

Molina V, Arlandis M y Chiner E. Neumonía neumocócica bacteriémica en el Adulto. *Scientific letters / Arch Bronconeumol*. 2018;54(1):43–55.

Martin Salvador A, Torres Sánchez I, Sáez Roca G, López Torres I, Rodríguez Alzueta E, Valenza MC. Estudio del deterioro psicofísico y funcional en pacientes ingresados con neumonía. Análisis por grupos de edad. *Arch Bronconeumol*. 2015 Oct;51(10):496-501.

Güell Rous MR, Díaz Lobato S, Rodríguez Trigo G, Morante Vélez F, San Miguel M, Cejudoe P, Ortega Ruiz F, Muñoz A, Galdiz Iturri JB, García A y Servera E. Rehabilitación respiratoria. *Arch Bronconeumol*. 2014;50(8):332–344.

Repercusión de la resección pulmonar en miembros superiores

Lucena Aguilera, María del Mar; Granados Santiago, Maria; Moreno Ramírez, María Paz Auxiliadora; Ariza Mateos, María José; López Torres, Isabel; Casilda López, Jesús.

Resumen

Introducción: El cáncer de pulmón es uno de los tumores más prevalentes, representando entre el 17% y el 9% de todos los cánceres en hombres y mujeres. Uno de los métodos más usados para su tratamiento es la resección pulmonar. Esta cirugía conlleva un algo riesgo de presentar complicaciones postoperatorias, entre ellas, alteraciones de miembro superior que pueden afectar a la recuperación del paciente y su funcionalidad.

Objetivo: evaluar la fuerza, el rango articular y la resistencia de miembros superiores (MMSS) en pacientes operados mediante resección pulmonar.

Metodología: se llevó a cabo un estudio prospectivo. Los pacientes fueron reclutados en el Hospital Virgen de las Nieves (Granada). Fueron evaluadas, previamente a la operación y al alta, las siguientes variables: fuerza de MMSS, mediante dinamometría de presión; rango articular, mediante goniometría; y la resistencia de MMSS, con el test de resistencia de miembros superiores (UULEX).

Resultados: se incluyeron un total de 20 pacientes operados mediante resección pulmonar que presentaron una pérdida de fuerza significativa en el miembro operado ($p < 0.001$) y no operado ($p < 0.001$). El rango articular también fue menor y significativo en el miembro operado: flexión ($p = 0.004$), extensión ($p = 0.018$), abducción ($p < 0.001$), rotación externa ($p = 0.02$), rotación interna ($p = 0.019$), extensión ($p = 0.018$) y aducción ($p < 0.001$). Se encontraron a su vez diferencias significativas en la resistencia de MMSS, con menor resistencia al alta ($p < 0.001$).

Conclusión: los pacientes operados de resección pulmonar presentaron una reducción significativa de la fuerza, el rango articular y la resistencia de MMSS tras la operación.

Palabras Clave

Resección pulmonar, miembro superior, resistencia, cáncer de pulmón.

Bibliografía

Bando T, Kondo K, Onishi C et al. Ipsilateral shoulder pain in patients following lung resection in the decubitus position. *J Clin Nurs*. 2017;27(5-6):1192-1197.

Handy JR, Asaph JW, Skokan L et al. What happens to patients undergoing lung cancer surgery? Outcomes and quality of life before and after surgery. *Chest*. 2002;122(1):21-30.

Brunelli A, Pompili C, Koller M. Changes in quality of life after pulmonary resection. *Thorac Surg Clin*. 2012 Nov;22(4):471-85.

Factores relacionados con la sobrecarga del cuidador en niños con Parálisis Cerebral Infantil

Ortiz Rubio, Araceli; Granados Santiago, María; Moreno Ramírez, M^a Paz Auxiliadora; Benítez Feliponi, Ángela; Romero Fernández, Ramón; Valenza Demet, Gerald.

Resumen

Introducción: La parálisis cerebral es un desorden motor que afecta a la postura y el movimiento corporal debido a una alteración cerebral que ocurre durante el crecimiento del encéfalo. El nivel de cuidado de un niño con discapacidad puede ser agotador y afectar a la salud física y psicológica del cuidador.

Objetivo: Relacionar los factores que afectan a la sobrecarga en cuidadores de niños con PCI.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional en el que participaron cuidadores de niños con PCI. El cuestionario Zarit se usó para valorar la sobrecarga. Para valorar la ansiedad y la depresión se utilizó el cuestionario de salud general de Goldberg. El cuestionario CAS se utilizó para evaluar el apoyo social percibido. El cuestionario KCPQ se usó para evaluar el conocimiento de la parálisis cerebral. El estrés se evaluó con la medida específica del estrés familiar (EEAI-PC) y la escala MACS se usó para evaluar la habilidad manual.

Resultados: Finalmente, 54 cuidadores fueron incluidos en el estudio. Existe una correlación significativa ($p < 0.05$) entre la sobrecarga y el porcentaje de discapacidad. También se correlaciona la sobrecarga del cuidador de manera significativa con la ansiedad

y depresión ($p < 0.01$), con el apoyo social ($p < 0.001$), con el conocimiento de la enfermedad ($p < 0.05$), con el estrés ($p < 0.001$) y la habilidad manual ($p < 0.05$).

Conclusión: La sobrecarga del cuidador está relacionada con diversos factores asociados a los niños y al propio cuidador. Diseñando intervenciones para mejorar éstos últimos, se podrá disminuir la sobrecarga del cuidador.

Palabras Clave

Parálisis cerebral infantil, sobrecarga, cuidador, PCI.

Bibliografía

Lazcano, F. M., Cura, M. A., Aranda, J. M. R., Heras, H. R., Elizondo, T. G., & Garza, F. B. (2014). Impacto de una intervención psicosocial en la carga del cuidador de niños con parálisis cerebral. *Atención Primaria*, 46(8), 401-407.

Ajo San José, A. (2015). Valoración de la sobrecarga del cuidador del niño con parálisis cerebral.

López, C. R. M., del Río, B. R., Rendón, M. T. R., González, L. D. M., & López, C. G. F. (2013). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales.

MaS•Ecuador: Satisfacción con la Cooperación Universitaria al Desarrollo en seguridad del paciente en Enfermería

Cambil Martín, Jacobo; Gafas González, Carlos; Herrera Molina, Angélica Salomé; Salazar Granizo, Yolanda Elizabeth; Lalón Ramos, Luz María; Quishpi Lucero, Verónica Cecilia.

Resumen

Introducción: La seguridad del paciente constituye motivo de reflexión científica.

Objetivo: Determinar la satisfacción de los beneficiarios directos e indirectos con las acciones instrumentales, técnicas y educativas desarrolladas en el marco del Proyecto MaS•Ecuador.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo-transversal, con enfoque mixto, en el marco de MaS•Ecuador, en Riobamba, Ecuador, bajo la conducción metodológica de la Cooperación Universitaria al Desarrollo en Seguridad del Paciente de España, durante septiembre a diciembre de 2017. La población quedó conformada por los beneficiarios directos e indirectos que participaron en las capacitaciones realizadas (348 individuos); de los cuales, mediante un muestreo no probabilístico se seleccionó una muestra de 96 personas, constituida por aquellos sujetos que estuvieron de acuerdo en participar, todos con edades iguales o superiores a los 20 años, óptimo estado de salud mental y que se encontraron en su ubicación laboral o domiciliar en el momento de aplicación del instrumento. Para la recolección de los datos se empleó un cuestionario de satisfacción valorado durante el proceso investigativo utilizando el método cualitativo de Criterio de Especialistas. Se caracterizó el estado de opinión de los participantes en relación con las variables utilidad y nivel de satisfacción general.

Resultados: Mayoritariamente, los participantes refirieron un alto nivel de satisfacción general con las acciones instrumentales, técnicas y educativas desarrolladas; predominando el sexo femenino y la categoría Profesional de la Salud.

Conclusión: El proyecto ha contribuido al desarrollo de los procesos formativos sobre higiene de manos y prevención de enfermedades en el ámbito académico y comunitario.

Palabras Clave

Enfermería; Lavado de Manos; Satisfacción del Paciente; Seguridad del Paciente.

Bibliografía

Castelo Rivas Walter Patricio, Castelo Rivas Ángel Fredy, Rodríguez Díaz Jorge Luis. Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016 Sep [citado 2018 Ene 18]; 32(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300007&lng=es

Espinosa V. De la Torre D. Acuña C. Cadena C. Los recursos humanos en salud según el nuevo modelo de atención en Ecuador. Rev Panam Salud Publica 41 08 Jun 2017. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e52/es/>

León Román Carlos Agustín. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 Sep [citado 2018 Ene 18]; 22(3):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es

Influencia del lugar de residencia y el sexo en la ingesta alimentaria y adherencia a dieta mediterránea en población adulta española con síndrome metabólico

Cano-Ibáñez, Naomí; García-Molina, LAURA; Riquelme-Gallego, BLANCA; Bueno-Cavanillas, Aurora.

Resumen

Introducción: Los patrones alimentarios de la población adulta española parecen alejarse de las recomendaciones dietéticas, especialmente en las Regiones del Sur y Este, donde se registran las mayores cifras de enfermedad cardiovascular.

Objetivo: Nuestro objetivo fue examinar la influencia del género y lugar de residencia en la ingesta alimentaria y adherencia a dieta mediterránea en población adulta con síndrome metabólico.

Metodología: Se realizó un análisis transversal de los datos basales del estudio PREDIMED-PLUS. Un total de 6646 adultos españoles con síndrome metabólico procedentes de 4 Regiones (Norte, Centro, Este y Sur) fueron incluidos. La ingesta dietética y adherencia a dieta mediterránea fueron evaluados mediante cuestionarios validados en población española (FFQ y MEDAS, respectivamente). Para el análisis estadístico, la población se estratificó por regiones y edad. Se calculó las medias y desviaciones estándar para la ingesta alimentaria y adherencia a dieta mediterránea. El análisis de la varianza (ANOVA) se usó para estimar diferencias en la población analizada.

Resultados: Independientemente del lugar de residencia, los hombres obtuvieron una menor adherencia a dieta mediterránea y un menor consumo de verduras, frutas, lácteos y pescados comparado con las mujeres ($p < 0.05$). Los habitantes de la región 3, registraron el menor nivel de adherencia a dieta mediterránea (8.10 ± 2.64), lugar donde se consumieron menos frutas y más carnes y procesados en comparación con el resto de regiones analizadas.

Conclusión: Los resultados indican que el lugar de residencia y el sexo ejercen una influencia significativa en la ingesta alimentaria y adherencia a dieta mediterránea. El efecto de estos factores ha de ser tenido en cuenta en la planificación de políticas alimentarias con el fin de reducir las desigualdades relacionadas con la ingesta alimentaria a fin de prevenir enfermedades crónicas relacionadas con la dieta de la población.

Palabras Clave

Factores demográficos, ingesta alimentaria, dieta mediterránea, síndrome metabólico

Bibliografía

Godos J, Zappalà G, Bernardini S, Giambini I, Bes-Rastrollo M, Martinez-Gonzalez M. Adherence to the Mediterranean diet is inversely associated with metabolic syndrome occurrence: a meta-analysis of observational studies. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*. 2017;68(2):138-48.

Alemán JA, Rentero MPZ, Montoro-García S, Mulero J, Garrido AP, Leal M, et al. Adherence to the "Mediterranean diet" in Spain and its relationship with cardiovascular risk (DIMERICA study). *Nutrients*. 2016;8(11).

Bertomeu V, Castillo-Castillo J. Cardiovascular disease in Spain today. From risk factors to morbidity. *Revista Espanola de Cardiologia Suplementos*. 2008;8(E):2E-9E.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS EL PARTO USANDO LA ESCALA CITY-BITS EN ESPAÑA

Caparros-Gonzalez, Rafael A; Romero-Gonzalez, Borja; Garcia-Leon, Maria Angeles; Martin Tortosa, Pablo Luis; Peralta Ramirez, María Isabel.

Resumen

Introducción: El estrés post-traumático (EPT) es una entidad que afecta al 3% de mujeres tras el nacimiento del bebé y al 15% si son de alto riesgo. Sin embargo pasa desapercibido y no se detecta debido a la falta de instrumentos psicológicos que concuerden con los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5.

Objetivo: Validar para la población española la escala City-BITS de estrés post-traumático de posparto de Ayers y cols., (2016).

Metodología: Estudio instrumental en el que se aplicó en formato electrónico y on-line la escala City-BITS a 65 mujeres que habían tenido un bebé durante el pasado mes. Se comprobaron las propiedades psicométricas de fiabilidad así como su estructura factorial mediante un análisis factorial exploratorio.

Resultados: El cuestionario total presentaba una consistencia interna alpha de Cronbach = 0.911.

El análisis de las subescalas de síntomas de reexperimentación, síntomas de evitación, cogniciones negativas e hiperactivación mostró consistencia interna de las subescalas entre 0,75 y 0,84. En su versión española análisis factorial exploratorio reveló la existencia de 2 factores: Factor 1 (Intrusiones y evitación; 29,75% varianza explicada) y Factor 2 (Hiperactivación y anhedonia; 18,41% varianza explicada).

Conclusión: El instrumento psicológico CITY-BITS presenta una buena fiabilidad para medir

estrés post-traumático en población española, además la estructura factorial encontrada concuerda con la presentada en su versión original desarrollada en Reino Unido con mujeres de habla inglesa.

Investigaciones futuras deberían comprobar que el instrumento es adecuado para su uso en amplios y diferentes contextos culturales.

Palabras Clave

Estrés postraumático; parto; embarazo; cuestionarios; propiedades psicométricas

Bibliografía

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121-1134.

Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). Screening for birth-related PTSD: psychometric properties of the Turkish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale in postpartum women in Turkey. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 1306414.

Ayers, S; Thornton, A; Wright, D.B.(2016).The City Birth Trauma Scale (CITY BiTS) measure of postpartum PTSD. *J Reprod Infant Psychol*. 2015; 33(3): E8. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1115265>

1115265

Eficacia de un programa de Roller autoadministrado en jugadoras de fútbol.

Romero Fernández, Ramón; Casilda López, Jesús; Torres Sánchez, Irene; Cabrera Martos, Irene; Valenza Demet, Gerald; Valenza, Marie Carmen.

Resumen

Introducción: El dolor anterior de rodilla es uno de los problemas más frecuentes en jugadores de fútbol. En la mayoría de los casos el factor etiológico de la lesión deriva de la situación límite a la que se somete al organismo, con un alto grado de tensión muscular y excesiva sobrecarga sobre las articulaciones. Son muchos los tratamientos dirigidos a reducir el dolor en esta patología. Numerosas propuestas terapéuticas han sido planteadas mostrando tasas variables de efectividad, pero el uso de roller aún no se ha comprobado.

Objetivo: Analizar la eficacia de un programa de Roller de 4 semanas de duración en jugadoras de fútbol con dolor anterior de rodilla.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental en el que se realizó un autotratamiento con roller. La intervención se llevó a cabo en 8 sesiones distribuidas en 4 semanas. La intensidad e interferencia del dolor se evaluó con el Brief Pain Inventory (BPI). Para evaluar el umbral doloroso se realizó algometría de recto anterior, vasto interior, vasto exterior, semitendinoso, semimembranoso y bíceps femoral.

Resultados: Finalmente, 7 sujetos participaron en el estudio. El BPI mostró diferencias significativas en las subescalas de severidad del dolor ($p = 0,02$) e interferencia del dolor ($p = 0,04$). Existe un aumento de los umbrales algométricos evaluados, siendo significativos la mayoría ($p < 0,05$), exceptuando el semimembranoso derecho ($p = 0,076$).

Conclusión: Un tratamiento fisioterápico con roller durante 4 semanas, mejora significativamente el dolor en jugadoras de fútbol con dolor anterior de rodilla.

Palabras Clave

Jugadores de fútbol; roller; dolor

Bibliografía

Healey KC, Hatfield DL, Blanpied P, Dorfman LR, Riebe D. The effects of myofascial release with foam rolling on performance. *J Strength Cond Res.* 2014;28(1):61-8.

Bonjour, L. (2017). El Foam Roller como herramienta de prevención de la lesión de isquiotibiales en futbolistas amateurs

Myer, G. D., Foss, K. D. B., Gupta, R., Hewett, T. E., & Ittenbach, R. F. (2016). Analysis of patient-reported anterior knee pain scale: implications for scale development in children and adolescents. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 24(3), 653-660.

Gestión de eventos adversos en un Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial

Sánchez López, José Dario; Zurita Muñoz, Antonio José; Villegas Calvo, Mercedes; Toledo Paez, María Angeles; Garrido Segovia, Carmen; Vilchez Bueno, Socorro.

Resumen

Introducción: La seguridad del paciente en cirugía oral y maxilofacial supone prestar al mismo cuidados seguros mediante una adecuada gestión de riesgos que minimicen los eventos adversos y propicien una cultura orientada hacia prácticas clínicas seguras como eje fundamental de una atención sanitaria basada en la calidad sanitaria.

Objetivo: Poner en marcha las acciones preventivas hacia la mejora de la seguridad del paciente para reducir la incidencia de eventos adversos y mejorar la calidad asistencial.

Metodología: Estudio longitudinal, prospectivo y unicéntrico en el que a través de la metodología de análisis modal de fallos y efectos se abordó la gestión de eventos adversos potencialmente graves en la Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial del Complejo Hospitalario Universitario de Granada (Junio-Noviembre de 2017) así como la elaboración e implementación de una serie de medidas correctoras.

Resultados: Se lograron 7 acciones preventivas, principalmente sobre información al paciente, acciones formativas, mejoras en los protocolos y procedimientos, en el proceso asistencial y práctica clínica, así como la necesidad de puesta en marcha de un adecuado listado de comprobación y miscelánea, aplicables a la prevención de eventos adversos críticos. Además se elaboró un cronograma de las distintas medidas de prevención y seguridad en el paciente de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Conclusión: La puesta en marcha de dichas medidas preventivas representa un notable avance en la prevención del daño sobre el paciente y la organización, involucrando al personal sanitario en una cultura de seguridad orientada hacia la calidad asistencial.

Palabras Clave

Calidad Sanitaria; Eventos Adversos; Medidas Preventivas; Seguridad del Paciente.

Bibliografía

Estrategia para la Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2011.

Villegas Calvo M, Toledo Páez MA, Cambil Martín J. Plan de mejora de la seguridad del paciente en una Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica. Actual Med, 2015; 100 (794): 10-14.

Informe de notificación eventos adversos. Granada: Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2015.

Género, salud y políticas públicas en España

Grande Gascón, María Luisa; Calero García, María José.

Resumen

Introducción: El género es uno de los determinantes que incide de manera importante en la salud individual y colectiva de la población.

.

Objetivo: Analizar el impacto que ha tenido la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas de salud en España.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Proquest, CSIC, Medline y Cuiden, usando los siguientes descriptores: género, salud, políticas públicas, mainstreaming de género.

Resultados: En España la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres ha supuesto un hito importante en las políticas de género en España y ha propiciado la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas en el ámbito de la salud. Así mismo, la transversalidad o mainstreaming de género ha tenido como consecuencia su inclusión en todas las iniciativas políticas de manera transversal, implementando políticas públicas específicas que atienden las necesidades de salud de las mujeres.

Conclusión: La incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas en salud y la aplicación del mainstreaming de género ha permitido un mejor diagnóstico del nivel de salud de la población en general, y en particular de las mujeres, al definir la situación general de los determinantes sociales derivados de los roles desempeñados y los

problemas de salud desagregados por sexo, dando respuesta a las diferentes necesidades de hombres y mujeres en materia de salud.

Palabras Clave

Género, salud, políticas públicas, mainstreaming de género

Bibliografía

García, E. 2008. Políticas de igualdad, equidad y gender mainstreaming. ¿De qué estamos hablando? San Salvador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Salazar Benítez, O. The Fragility of Gender Equality Policies in Spain. 2016. Social Sciences, vol. 5 (2): 1-17.

Castañeda, I. E. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Revista Cubana de Salud Pública 2007;33(2): 1-20.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA PÉRDIDA Y EL PROCESO DE DUELO COMPLICADO.

García Cuenca, Vanesa; Cano Ibañez, Naomi.

Resumen

Objetivo: Los objetivos que se pretenden conseguir con el presente estudio son el que nuestro paciente, un varón de 46 de años que sufre un proceso de duelo complicado por la muerte de su madre, logre superar dicho proceso de duelo patológico, disminuir o eliminar el riesgo suicida que presenta y recuperar un estado nutricional normal, afectado también por su estado de duelo.

Metodología: Para conseguir dichos objetivos, la metodología a seguir ha sido elaborar un plan de cuidados individualizado, realizando inicialmente una valoración de enfermería, basada en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y en diferentes test y escalas de valoración enfermera. En función a los datos obtenidos y según la taxonomía NANDA, NOC, NIC 1, establecemos como diagnósticos principales; duelo complicado, Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales y como problema de colaboración el riesgo de suicidio. En base a estos diagnósticos establecemos unos resultados (NOC) y unas intervenciones (NIC) a realizar para conseguir los resultados y objetivos propuestos.

Resultados: Tras realizar nuestro plan de cuidados vemos que nuestro paciente va evolucionando de forma positiva, obteniendo poco a poco los resultados esperados, ya que se consigue una mejora importante en su estado nutricional, va superando el estado de duelo en el que se encuentra, así como eliminar sus ideas y pensamientos suicidas.

Conclusión: Concluimos coincidiendo con numerosos autores en que el asesoramiento psicológico u otras formas de terapia psicosocial, son la principal intervención para tratar el duelo complicado 2 y 3.

Palabras Clave

Perdida. Duelo. Suicidio. Valoración. Cuidados de enfermería.

Bibliografía

NNN Consult. 2012-2014. Elsevier. Consultado: 25/04/2018. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>

Martí, G.N., Canut, M^aT.L., López de Vergara, M^aD.M. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona. Ed Masson. 2000.

Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Fecha de última actualización: 27 de noviembre de 2008. Consultada el 25/04/2018. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/apartado11/Duelo.html>).

Factores que influyen en la funcionalidad de los pacientes tras cirugía por fractura de cadera

Ortiz Piña, Mariana; Salazar Graván, Susana; Salas Fariña, Zeus; Mora Traverso, Marta; Prieto, Rafael; Ariza Vega, Patrocinio.

Resumen

Introducción: El principal reto del tratamiento de los pacientes que sufren una fractura de cadera es que recuperen el nivel funcional que tenían previo a la fractura y para ello es necesario conocer los factores que influyen en la recuperación funcional 1-,3.

Objetivo: Determinar los factores que influyen en el nivel de funcionalidad al alta hospitalaria de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por sufrir una fractura de cadera.

Metodología: Estudio transversal, desarrollado en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada, durante Febrero y Marzo de 2017. Sesenta pacientes, mayores de 65 años, intervenidos quirúrgicamente tras sufrir una fractura de cadera fueron entrevistados junto a sus cuidadores durante la semana posterior a la intervención quirúrgica. La funcionalidad fue evaluada el día del alta hospitalaria mediante la Escala de Movilidad Acumulada (CAS-E). Las variables sociodemográficas y clínico asistenciales fueron registradas de la historia clínica. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para determinar las variables que influían en el nivel funcional.

Resultados: La media (desviación estándar) de edad de los 60 participantes fue de 81,6 (6,8) años. De ellos 46 (77%) fueron mujeres, el 37% presentó dependencia funcional previa a la fractura de cadera y el 40% deterioro cognitivo tras la intervención quirúrgica. El

estado cognitivo ($\beta = -0,285$ $p=0.009$) y la estancia hospitalaria ($\beta = -0,121$ $p=0.049$) influyen en la funcionalidad al alta del paciente ajustando por el sexo, edad, tipo de fractura y nivel funcional previo.

Conclusión: Necesitamos desarrollar nuevas estrategias de tratamiento para los pacientes con deterioro cognitivo y mayor estancia hospitalaria tras una cirugía por fractura de cadera ya que son los que mayor afectación funcional muestran al alta hospitalaria.

Palabras Clave

Fractura de cadera, nivel funcional, estado cognitivo, mayores

Bibliografía

Dyer SM, Crotty M, Fairhall N, Magaziner J, Beaupre LA, Cameron ID, et al. A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatr.* 2016 Sep 2;16:158.

Schiller C, Franke T, Belle J, Sims-Gould J, Sale J, Ashe MC. Words of wisdom – patient perspectives to guide recovery for older adults after hip fracture: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence.* 2015 Jan 12;9:57–64.

Ariza-Vega P, Lozano-Lozano M, Olmedo-Requena R, Martín-Martín L, Jiménez-Moleón JJ. Influence of Cognitive Impairment on Mobility Recovery of Patients With Hip Fracture. *Am J Phys Med Rehabil.* 2017;96(2):109-115. doi: 10.1097/PHM.0000000000000550.

Factores que influyen en la estancia hospitalaria tras cirugía por fractura de cadera.

Ortiz Piña, Mariana; Mora Traverso, Marta; Salazar Graván, Susana; Salas Fariña, Zeus; Prieto Moreno, Rafael; Ariza Vega, Patrocinio.

Resumen

Introducción: La estancia hospitalaria de los pacientes intervenidos por fractura de cadera influye en la mortalidad. Por esto, es necesario conocer los factores que predicen la duración de la hospitalización¹⁻³.

Objetivo: Analizar los factores que influyen en la duración de la estancia hospitalaria desde la cirugía al alta.

Metodología: Estudio transversal, desarrollado durante Febrero y Marzo de 2017 en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Cincuenta y seis pacientes, mayores de 65 años, intervenidos quirúrgicamente tras sufrir una fractura de cadera fueron evaluados durante la semana posterior a la intervención quirúrgica. Los datos clínico-asistenciales fueron recogidos de la historia clínica. Se realizó un análisis estadístico de comparación mediante el test de Wilcoxon y una regresión lineal múltiple para determinar las variables influyentes en la duración de la estancia clínica.

Resultados: La mediana (Q1-Q3) de estancia hospitalaria de los pacientes fue de 6 (5-8) días. Veintiséis (46%) sufrieron un reemplazo total o parcial de la cadera mostrando menor estancia hospitalaria (6 (4-6) días) comparando con pacientes a los que se implantaron clavos PFN-A (7 (5-8)) como método ($p=0,028$). El análisis de regresión lineal múltiple nos reveló una asociación negativa del nivel funcional postquirúrgico con la duración de

estancia hospitalaria ($\beta = -0,652$ $p=0.038$), ajustando por el sexo, edad, estado cognitivo, tipo de intervención, funcionalidad previa y complicaciones postquirúrgicas.

Conclusión: Se debe prestar una mayor atención en el tratamiento hospitalario de pacientes intervenidos por fractura de cadera con artroplastia y con menor funcionalidad postquirúrgica para poder reducir la estancia hospitalaria de los mismos.

Palabras Clave

Fractura de cadera, estancia hospitalaria, mayores, funcionalidad.

Bibliografía

Ricci WM, Brandt A, McAndrew C, Gardner MJ. Factors affecting delay to surgery and length of stay for patients with hip fracture. *J Orthop Trauma*. 2015 Mar;29(3):e109-114.

Ariza-Vega P, Kristensen MT, Martín-Martín L, Jiménez-Moleón JJ. Predictors of long-term mortality in older people with hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 Jul;96(7):1215–21.

Nikkel LE, Kates SL, Schreck M, Maceroli M, Mahmood B, Elfar JC. Length of hospital stay after hip fracture and risk of early mortality after discharge in New York state: retrospective cohort study. *BMJ*. 2015 Dec 10;351:h6246.

Validación del Cuestionario de Preocupaciones Prenatales Revisado (NuPDQ) en mujeres embarazadas españolas

Romero-Gonzalez, Borja; Caparros-Gonzalez, Rafael A.; López Castillo, Justa María; Garcia-Leon, M. Angeles; Peralta-Ramirez, M. Isabel.

Resumen

Introducción: El estrés específico del embarazo es un tipo de estrés, distinto del estrés general, que se compone por preocupaciones relacionadas con el parto y posibles complicaciones médicas, así como preocupaciones por los cambios físicos, la salud del bebé o la habilidad para ser madre. Se ha relacionado con peores niveles de salud mental en la madre tras el parto, mayor riesgo de depresión posparto e incapacidad para cuidar de forma adecuada del recién nacido.

Objetivo: Validar un cuestionario que mida estrés específico en el embarazo (NuPDQ) en población española.

Metodología: El instrumento NuPDQ fue traducido al castellano por el método de traducción y retrotraducción y se administró a un total de 182 mujeres embarazadas (M = 32,23 años; DT = 5,42). Se administró además la Escala de Estrés Percibido (EEP), Escala de Resiliencia de Connor-Davison (CD-RISC) y el Cuestionario de Preocupaciones Prenatales (PDQ).

Resultados: Se obtuvo una fiabilidad de 0,81 (alfa de Cronbach). En lo que respecta a la validez convergente, la escala correlaciona con el PDQ ($r = 0,70$; $p < 0,02$) y EEP ($r = 0,44$; p

< 0,02). Se obtuvo también el índice de validez divergente, con una correlación negativa con CD-RISC ($r = -0,34$; $p < 0,02$).

Conclusión: El instrumento NUPDQ posee unas adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez convergente y divergente en su versión española. Por ello, puede disponerse de este instrumento para evaluar estrés específico en el embarazo en mujeres embarazadas españolas.

Palabras Clave

Embarazo, estrés específico, validación, preocupaciones prenatales

Bibliografía

Lobel, M. (1996). *The Revised Pregnancy Distress Questionnaire (NUPDQ)*. Stony Brook (NY): State University of New York at Stony Brook.

Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology, 27*(5), 604.

Alderdice, F., Lynn, F., & Lobel, M. (2012). A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33*(2), 62-77.

Fractura de cadera y lugar de residencia al alta hospitalaria.

Ariza Vega, Patrocinio; Ortiz Piña, Mariana; Prieto Moreno, Rafael; Salas Fariñ, Zeus; Salazar Graván, Susana; Mora Traverso, Marta.

Resumen

Introducción: La fractura de cadera supone una pérdida funcional para las personas que la padecen (1). Ello provoca en ocasiones el cambio de residencia y con ello el cambio del entorno social (2,3).

Objetivo: Analizar el cambio en el lugar de residencia de pacientes intervenidos quirúrgicamente por sufrir una fractura de cadera en Granada.

Metodología: Estudio transversal realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Sesenta pacientes mayores de 65 años, intervenidos quirúrgicamente tras sufrir una fractura de cadera fueron entrevistados junto a sus cuidadores el día del alta hospitalaria en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Los datos clínico-asistenciales fueron recogidos de la historia clínica. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y una regresión logística para determinar las variables influyentes en el cambio de residencia.

Resultados: Diecisiete pacientes (28%) con una media de edad (desviación estándar) de 82 (5) años cambiaron su lugar de residencia. Previo al ingreso hospitalario, 17 pacientes (28%) vivían solos en su domicilio, 28 (47%) vivían con alguien en su domicilio, 9 (15%) vivían en el domicilio de un familiar, y 10 (10%) vivían en una residencia. Al alta hospitalaria, los porcentajes cambiaron a 7%, 50%, 30% y 13% respectivamente. La edad, el género, el nivel funcional al alta y el estado cognitivo de los pacientes no influyeron en el cambio de residencia ($p>0.05$).

Conclusión: El principal cambio en el lugar de residencia lo experimentaron los pacientes que vivían solos y la mayoría de ellos fueron a vivir al domicilio de un familiar.

Palabras Clave

Fractura de cadera, mayores, funcionalidad, lugar de residencia.

Bibliografía

Peeters CMM, Visser E, Van de Ree CLP, Gosens T, Den Oudsten BL, De Vries J. Quality of life after hip fracture in the elderly: A systematic literature review. *Injury*. 2016;47(7):1369-82. doi: 10.1016/j.injury.2016.04.018.

Elliott J, Forbes D, Chesworth BM, Ceci C, Stolee P. Information sharing with rural family caregivers during care transitions of hip fracture patients. *Int J Integr Care*. 2014;14:e018.

Ariza-Vega P, Jiménez-Moleón JJ, Kristensen MT. Change of residence and functional status within three months and one year following hip fracture surgery. *Disabil Rehabil*. 2014;36(8):685–90.

Relación entre la resiliencia durante el embarazo y la depresión postparto y niveles de cortisol

García León, María Ángeles; Romero González, Borja; Caparrós González, Rafael; González Pérez, Raquel; Peralta Ramírez, María Isabel.

Resumen

El estrés durante el embarazo y la depresión posparto suponen un problema de salud para la mujer embarazada con consecuencias negativas tanto para la salud de la madre como para el bebé (Schetter & Tanner, 2012; Shapiro et al. 2015), sin embargo son escasos los estudios sobre los factores protectores o amortiguadores de los efectos del estrés como es la resiliencia. Para este estudio un total de 100 mujeres embarazadas con una media de edad de 33,05 (DT = 4,38) cumplieron datos sociodemográficos, la escala de resiliencia CD-RISC10 y la escala de depresión posparto EPDS. Además se les tomó una muestra de pelo durante el tercer trimestre de embarazo y después del parto para analizar los niveles de cortisol como medida de estrés crónico de los tres meses anteriores. Según sus puntuaciones en la CD-RISC10 utilizando 27 como punto de corte, la muestra fue dividida en dos grupos: baja resiliencia (n = 36; edad: X = 33,06 (DT = 4,45)) y alta resiliencia (n = 64; edad: X = 33,05 (DT = 4,37)). Las pruebas T para muestras independientes mostraron diferencias significativas entre grupos en depresión posparto (t = 2,56; p < ,05) presentando más síntomas depresivos las mujeres con baja resiliencia; y en los niveles de cortisol en pelo del tercer trimestre (t = 2,24; p < ,05) con mayores niveles de cortisol en el grupo de baja resiliencia. No se encontraron diferencias significativas en cortisol en pelo después del parto. Estos resultados destacan la importancia de la resiliencia durante el embarazo como factor protector ante los síntomas de depresión postparto y factor regulador de la activación del eje del estrés.

Palabras Clave

Resiliencia, embarazo, cortisol, depresión posparto

Bibliografía

Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141-148.

Shapiro, G. D., Fraser, W. D., Frasch, M. G., & Séguin, J. R. (2013). Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: associations and mechanisms. *Journal of perinatal medicine*, 41(6), 631-645.

La influencia del Método Pilates en mujeres embarazadas

Becerra Jurado, Silvia; Granados de Haro, Reina; Suleiman Martos, Nora.

Resumen

Introducción: El Método Pilates se está evidenciando como un factor clave de la salud y por tanto del bienestar general de las personas. A pesar de su importancia, el estudio de su influencia en mujeres embarazadas apenas ha sido investigado.

Objetivo: Este estudio teórico tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de los trabajos que relacionan el Método Pilates con mujeres embarazadas.

Metodología: Fuentes de búsqueda. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en dos de las principales bases de datos electrónicas: Scopus y PubMed. Descriptores/Fórmula de búsqueda. Los trabajos se seleccionaron utilizando los siguientes términos de búsqueda: *pregnan* AND pilates*.

Resultados: Tras la búsqueda en las mencionadas bases y la selección de los estudios, se obtuvo un total de 6 trabajos. De forma general, se comprueba la importancia del Método Pilates ya que se asocia con la mejora de la funcionalidad de las gestantes.

Conclusión: La mayoría de los estudios revisados muestran que el Método Pilates influye de forma positiva en la salud de las mujeres embarazadas. Ante el bajo número de estudios se considera necesaria su investigación en mayor profundidad. Además, se plantea la necesidad de incluir este tipo de ejercicios en programas de salud para embarazadas.

Palabras Clave

Método Pilates, embarazo, salud, actividad física

Bibliografía

Boix, S., León-Zarceño, E. y Serrano-Rosa, M. A. (2017). Identificación con el ejercicio físico y autoeficacia: diferencias entre practicantes de Pilates vs no practicantes. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 12, 99-105.

Higgins, J. P. T. y Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0*. Recuperado desde <http://handbook.cochrane.org/>

López Navarro, C. y Segura Luján, M. I. (2017). Nuevos sistemas de comunicación del método Pilates en embarazo y puerperio. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 8, 20-28. doi:10.20318/recs.2017.3603

EXPERIENCIA DE PÉRDIDA EN PADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Fernández Ávalos, María Inmaculada; Pérez Marfil, María Nieves; Cruz Quintana, Francisco; Fernández Alcántara, Manuel; García Caro, María Paz; Ferrer Cascales, Rosario Isabel.

Resumen

Introducción: El nacimiento de un hijo/a con discapacidad intelectual (DI), supone un shock dentro de la familia. El hecho se percibe como algo inesperado, y algunos padres sienten una experiencia de pérdida profunda al romperse sus expectativas acerca de su hijo deseado. Suelen experimentar sentimientos de incredulidad, angustia, ansiedad y/o tristeza durante el momento del diagnóstico de su familiar, y los meses posteriores.

Objetivo: El objetivo general de este estudio consiste en analizar los sentimientos de pérdida en padres de hijos/as diagnosticados con discapacidad intelectual.

Metodología: Se realizó un estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada. Veintiséis padres participaron a través de un muestreo intencional. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, que preguntaban sobre el duelo producido frente al diagnóstico y diferentes aspectos socioemocionales. El programa Atlas.ti 6.2 se usó para codificación abierta, axial y selectiva.

Resultados: La muerte simbólica del hijo/a, la negación del diagnóstico, la realización de preguntas existenciales y la sensación de morir son algunas de las principales manifestaciones presentes asociadas a la experiencia de pérdida de los padres. Dentro de las emociones asociadas al diagnóstico de DI destacan: dolor/pena/tristeza, soledad,

rabia/enfado, preocupación, envidia, culpabilidad, miedo, impotencia, resentimiento, injusticia y ansiedad.

Conclusión: Los diferentes resultados confirman que los sentimientos de pérdida juegan un papel importante en la explicación de las complejas emociones experimentadas por estos padres. A pesar de ser en principio un proceso no patológico, se encuentran varios obstáculos que impiden llegar a la aceptación del diagnóstico, por lo que se perjudica la calidad de vida de los cuidadores.

Palabras Clave

Discapacidad, Padres, Pérdida, Duelo.

Bibliografía

Fernández-Alcántara, M., Correa-Delgado, C., Muñoz, A., Salvatierra, M.T., Fuentes-Hélices, T. & Laynez-Rubio, C. (2017). Parenting a Child with a Learning Disability: A Qualitative Approach, *International Journal of Disability, Development and Education*.<http://dx.doi.org/10.1080/1034912X.2017.1296938>

Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M.P., Laynez-Rubio, C., Perez-Marfil, N., MartiGarcia, C. et al. (2015). Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disability and Health Journal*, 8, 93-101.

Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M.P., Pérez-Marfil, N., Hueso-Montoro, C., LaynezRubio, C. & Cruz-Quintana, F. (2016). Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Research in Developmental Disabilities*, 55, 312–321.

La depresión y los trastornos del sueño en los pacientes renales con hemodiálisis: Revisión bibliográfica.

Gázquez López, María; Prados García, Germán; Olmedo Alguacil, María Milagrosa.

Resumen

Introducción: Un 80% de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) acaban con tratamiento de hemodiálisis. Esto causa cambios drásticos en sus actividades de la vida diaria influyendo en los trastornos de la calidad del sueño como son insomnio, dolor crónico, calambres musculares, somnolencia diurna, apnea del sueño entre otros aumentando el riesgo cardiovascular y de mortalidad. Como complicación neuropsiquiátrica la depresión también está asociada a estos cambios.

Objetivo: Analizar la relación entre los trastornos del sueño y la depresión en los pacientes con hemodiálisis y su repercusión en las actividades de la vida diaria. Conocer las distintas escalas de medida utilizadas.

Metodología: Se realizará una búsqueda bibliográfica en Pubmed. desde 2008 hasta 2018: (((sleep disorder) AND depression) AND kidney disease) AND haemodialysis). De 97 artículos, hicimos el cribado de los 10 últimos años y con acceso a texto completo gratuito, dando como resultado 22. De éstos, sólo 7 incluían dichos descriptores en su totalidad.

Resultados: La depresión influye de manera significativa junto con los trastornos del sueño en la calidad de los pacientes. Las escalas de medida más utilizadas son la escala de Pittsburg (PSQI) para determinar la calidad del sueño, la de Beck's Depression Inventory (BDI) para la depresión y la Escala de Somnolencia de Epworth (EES) para la somnolencia diurna.

Conclusión: Existen estudios que sugieren que los trastornos de depresión y la mala calidad del sueño son predictores independientes relacionados con la calidad de vida, morbilidad y mortalidad. Sin embargo, se debe continuar investigando en este tema.

Palabras Clave

Trastornos del sueño, depresión, paciente renal, hemodiálisis

Bibliografía

Teles F, Figueiredo Dourado de Azevedo V, Torres de Miranda C, Pires de Melo Miranda M, Teixeira MC, Elias RM. Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. CLINICS. 2014; 69 (3): 198-202.

Trbojević-Stanković J, Stojimirović B, Bukumirić Z, Hadžibulić E, Andrić B, Djordjević V et al. Depression and Quality of Sleep in Maintenance Hemodialysis Patients. Srp Arh Celok Lek. 2014; 142 (7-8): 437-443.

Joshwa B, Khakha DC, Mahajan S. Fatigue and Depression and Sleep Problems among Hemodialysis Patients in a Tertiary Care Center. Saudi J Kidney Dis Transpl 2012; 23 (4): 729-735.

TEMPERATURA, DOLOR Y UMBRALES DE DOLOR A LA PRESIÓN EN EL FENÓMENO DE RAYNAUD

Tapia Haro, Rosa María; Casas Barragán, Antonio; Toledano Moreno, Sonia; Pérez Mármol, José Manuel; García Ríos, Mari Carmen; Aguilar Ferrándiz, María Encarnación.

Resumen

Introducción: Las personas con Fenómeno de Raynaud (FR) padecen una alteración microvascular periférica. Frente a cambios de temperatura o situaciones estresantes sufren crisis vasoespásticas, localizadas sobre todo en las manos, que se manifiestan con dolor y pérdida de funcionalidad.

Objetivo: Comparar la temperatura, intensidad del dolor en las manos y umbrales del dolor a la presión (UDP) entre una población con FR y una población sana.

Metodología: Estudio observacional de casos, 15 pacientes con FR y 15 controles formaron la muestra. Se recogieron las variables: temperatura e intensidad del dolor en las manos mediante termómetro infrarrojo digital y Escala Visual Analógica. Los UDP fueron evaluados de forma bilateral, con un algómetro electrónico de presión, en la articulación cigoapofisaria C5-C6, segundo metacarpiano, músculos deltoides y tibial anterior. Finalmente realizamos el análisis estadístico.

Resultados: Encontramos que los pacientes con FR mostraron una temperatura significativamente menor en ambas manos ($p \leq 0.001$). La intensidad de dolor fue significativamente mayor ($p \leq 0.001$) en el grupo de FR. Los UDP fueron significativamente más bajos ($p \leq 0.002$) para el FR en todos los puntos evaluados, a excepción del tibial anterior no dominante.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que las personas con FR respecto a un grupo de sujetos sanos, muestran una disminución de la temperatura y un aumento de intensidad del dolor en sus manos, así como una disminución de los UDP. Esto nos induce a pensar en la existencia de una relación entre dichos parámetros y un patrón de hipersensibilidad. Serían necesarios estudios futuros para analizar en profundidad estos procesos.

Palabras Clave

Fenómeno de Raynaud, Temperatura, Dolor, Intensidad, Umbrales de dolor a la Presión

Bibliografía

Devulder J, Suijlekom H, Dongen R, Diwan S, Mekhail N, Kleef M, et al. Ischemic pain in the extremities and Raynaud's Phenomenon. *Pain Pract Off J World Inst Pain*. 2011;11(5):483-91.

Schlager O, Gschwandtner ME, Herberg K, Frohner T, Schillinger M, Koppensteiner R, et al. Correlation of infrared thermography and skin perfusion in Raynaud patients and in healthy controls. *Microvasc Res*. 2010;80(1):54-7.

Aguilar ME, Castro AM, Matarán GA, De Dios J, Moreno C, Del Pozo E. Evaluation of pain associated with chronic venous insufficiency in Spanish postmenopausal women. *Menopause*. 2015;22(1):88-95.

Efecto de las hormonas sexuales en el consumo de alcohol: Revisión bibliográfica

Jiménez-García, Ana María; Ruiz-Leyva, Leandro; Cendán, Cruz Miguel; Morón, Ignacio.

Resumen

Introducción: Hoy día es bien conocida la relación existente entre la conducta sexual y el consumo de alcohol. Algunos estudios han encontrado que el consumo de alcohol embriega a iniciar una actividad sexual en modelos humanos. Las feromonas son sustancias químicas que provocan respuestas conductuales o fisiológicas de otros organismos de la misma especie. Entre éstas se encuentran la atracción sexual o comportamiento de apareamiento generalmente en miembros del sexo opuesto de la misma especie [1]. Esta conducta se ha visto relacionado con el abuso de sustancias entre las que se encuentra el alcohol [2,3].

Objetivo: Estudiar el efecto de las hormonas sexuales en el consumo de alcohol en modelos humanos y animales.

Metodología: Fuentes de búsqueda, Scopus, Pubmed y Scielo. Descriptores. Pheromone AND Alcohol OR Drug abuse. Fórmulas de búsqueda, se han seleccionado aquellos artículos científicos que se adapten a la temática, escritos en inglés o español y que se hayan realizado tanto en modelos humanos como animales.

Resultados: La búsqueda inicial obtuvo un total de 384 artículos en las diferentes bases de datos, de los cuales se han seleccionado 13 para la presente revisión.

Discusión: Las feromonas han sido señaladas como un elicitador del consumo de alcohol u

otras drogas debido a su fuerte contenido social. Sin embargo, estudios en modelos animales han señalado que ello se debe a la activación similar que recibe la vía mesolímbica por parte de las feromonas sexuales y alcohol, mientras que otros añaden la influencia de los sistemas vomeronasal y olfatorio como clave para la relación social. Se requieren más estudios para conocer las bases biológicas de este fenómeno.

Palabras Clave

Alcohol, drogas de abuso, feromonas, feromona sexual

Bibliografía

Tan, R., & Goldman, M. S. Exposure to female fertility pheromones influences men's drinking. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 2015, 23(3), 139.

Sánchez-Catalán MJ, Orrico A, Hipólito L, Zornoza T, Polache A, Lanuza E, Martínez-García F, Granero L and Agustín-Pavón C. Glutamate and opioid antagonists modulate dopamine levels evoked by innately attractive male chemosignals in the nucleus accumbens of female rats. *Front. Neuroanat*. 2017, 11:8.

Hosokawa, N., and Chiba, A. Effects of sexual experience on conspecific odor preference and estrous odor-induced activation of the vomeronasal projection pathway and the nucleus accumbens in male rats. *Brain Res*. 2005, 1066, 101–108.

Modelo de consumo de alcohol en ratones de baja preferencia: paradigma “Drinking in the Dark”

Ruiz-Leyva, Leandro; Jiménez-García, Ana María; Morón, Ignacio; Cendán, Cruz Miguel.

Resumen

El consumo excesivo de alcohol es uno de los principales problemas relacionados con el abuso de sustancias en la sociedad actual. Para estudiar los desencadenantes y consecuencias de dicho consumo excesivo se usan modelos animales que desarrollen la conducta de abuso [1]. Para el presente estudio se planteó como objetivo probar en un paradigma de consumo de altas cantidades de alcohol, denominado “Drinking in the Dark” (DID) [2], distintas concentraciones de alcohol en una cepa de ratones que muestran baja preferencia hacia su consumo, como es la cepa CD-1. Para ello se utilizaron un total de 30 ratones CD-1 hembra divididos en 3 grupos experimentales distintos, donde cada uno de ellos se expuso a una solución de alcohol diferente (0, 4 y 8%). Se comprobó que al 4º día del procedimiento se producía un mayor consumo para todas las soluciones evaluadas (efecto DID), observándose que los ratones que fueron expuestos a una concentración de alcohol de 8% bebían significativamente más que los ratones control y que aquellos que tuvieron acceso a una solución de alcohol menos concentrada (4%). Estos resultados indican que los ratones de la cepa CD-1, pese a ser una cepa de bajo consumo, responde al paradigma DID, pudiendo ser útil su uso para estudios de consumo voluntario de alcohol en ratones como modelo traslacional para estudiar posibles tratamientos para el alcoholismo.

Palabras Clave

Alcohol, ratón, abuso, paradigma.

Bibliografía

Mustaca, A. E. y Kamenetzky, G. V. (2006). Alcoholismo y ansiedad: modelos animales. *Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther.* 6; 343-364.

Thiele, Todd E. y Navarro, M. (2014). "Drinking in the Dark" (DID) Procedures: A Model of Binge-Like Ethanol Drinking in Non-Dependent Mice. *Alcohol.* 48; 235– 241.

Obesidad y osteoporosis en pacientes en Hemodiálisis. Necesidad de un programa de Actividad Física.

Fernández Gallegos, Ruth; Morales Martín, Eva María; Fernández Martín, Marta; Fernández Castillo, Rafael.

Resumen

Introducción: Las alteraciones en el metabolismo mineral óseo representan una causa importante de morbilidad y mortalidad, en los pacientes con IRC en hemodiálisis, la disminución de masa ósea, las fracturas son hallazgos frecuentes, existen diferentes factores que expliquen esta disminución de masa ósea, entre ellos los relacionados con sus valores antropométricos.

Objetivo: Estudiar la composición corporal y su relación con la densidad mineral ósea (DMO) y establecer la necesidad de un programa de apoyo de ejercicio físico.

Metodología: Se estudió la densidad mineral ósea, mediciones T-score y Z-score en cuello de fémur, Trocánter, Intertrocánter, 1/3 proximal fémur, triangulo de Ward's, L2, L3 y L4, y la composición corporal usando densitometría DXA en 54 pacientes (29 hombres y 25 mujeres) en hemodiálisis.

Resultados: El tiempo medio total en diálisis fue de 9,7 años. Los pacientes mostraron una correlación positiva muy significativa entre el DMO y el peso, la altura, y el índice de masa corporal (IMC), las fracturas, el tiempo en diálisis y la PTH intacta.

Conclusión: Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en programa de hemodiálisis periódica, muestran una reducción significativa de la DMO, que afecta tanto a

columna lumbar como fémur. El peso y la talla influyen sobre la DMO y sobre el recambio óseo, factores muy importantes de predicción de riesgo de fractura. El IMC es el principal determinante de DMO, por lo tanto se impone la necesidad de un programa de actividad física para estos pacientes con el fin de aumentar la DMO.

Palabras Clave

Hemodiálisis, Ejercicio físico, Peso seco, Masa ósea

Bibliografía

Qureshi R, Dhrolia MF, Nasir K, et al. Comparison of total direct cost of conventional single use and mechanical reuse of dialyzers in patients of end-stage renal disease on maintenance hemodialysis: a single center study. *Saudi J Kidney Dis Transp.* 2016;27:774–80.

Carrillo-López N, Panizo S, Alonso-Montes C, et al. Direct inhibition of osteoblastic Wnt pathway by fibroblast growth factor 23 contributes to bone loss in chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2016;90:77–89.

Urena Torres P, Friedlander G, de Vernejoul MC, et al. Bone mass does not correlate with the serum fibroblast growth factor 23 in hemodialysis patients. *Kidney Int.* 2008;73:102–7.

Implicación de la enfermedad periodontal en las complicaciones del embarazo.Revisión Sistemática

Aguilar Cordero, María José; Rivero Blanco, Tania; Leon Rios, Ximena Alejandra; Rodriguez Blanque, Raquel; Sanchez Lopez, Antonio Manuel; Gil Montoya, Jose Antonio.

Resumen

Introducción: La periodontitis materna puede influir en la salud materno- fetal. Se han señalado dos hipótesis con respecto al vínculo entre la salud oral y el resultado adverso del embarazo. La Primera señala que la enfermedad periodontal causa cambios inmunológicos sistémicos anormales, lo que lleva a complicaciones en el embarazo. Mientras que la segunda hipótesis sugiere que las bacterias orales colonizan directamente la placenta, causando respuestas inflamatorias, lo que puede dar lugar a preeclampsia y prematuridad.

Objetivo: Conocer la relación entre la enfermedad periodontal y las complicaciones del embarazo.

Metodología: Se ha efectuado una revisión sistemática utilizando metodología Prisma para la localización de los artículos mediante una búsqueda en las bases de datos PUDMED, CINAHL y SCOPUS. Las palabras clave o términos de búsqueda utilizados fueron los siguientes: Bajo peso al nacer/ Low birth weight; enfermedad periodontal/ Periodontal disease, embarazada/ Pregnant women.

Resultados: Para esta revisión bibliográfica se han seleccionado 21 artículos específicos sobre la enfermedad periodontal y su relación con las complicaciones del embarazo.

Conclusión: Los hallazgos del presente estudio revelaron una asociación entre la inflamación periodontal y el resultado adverso del embarazo como son la preeclampsia y prematuridad.

Palabras Clave

Bajo peso al nacer/ Low birth weight; enfermedad periodontal/ Periodontal disease, embarazada/ Pregnant women

Bibliografía

Khan FR, Ahmad T, Hussain R, Bhutta ZA. Relationship among Hypovitaminosis D, Maternal Periodontal Disease, and Low Birth Weight. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2018 Jan;28(1):36-39. doi: 10.29271/jcpsp.2018.01.36.

Pozo E, Mesa F, Ikram MH, Puertas A, Torrecillas-Martínez L, Ortega-Oller I, Magán-Fernández A, Rodríguez-Martínez MD, Padial-Molina M, Sánchez-Fernández E, Galindo-Moreno P, O'Valle F. Preterm birth and/or low birth weight are associated with periodontal disease and the increased placental immunohistochemical expression of inflammatory markers. *Histol Histopathol*. 2016 Feb;31(2):231-7. doi: 10.14670/HH-11-671. Epub 2015 Sep 29.

Meqa K, Dragidella F, Disha M, Sllamniku-Dalipi Z. The Association between Periodontal Disease and Preterm Low Birthweight in Kosovo. *Acta Stomatol Croat*. 2017 Mar;51(1):33-40. doi: 10.15644/asc51/1/4.

Método SWEP y calidad de vida en gestantes

Sánchez-García, Juan Carlos; Rodríguez Doncel, María Luisa; Megías Patón, Cristina; Latorre García, Julio; Rizo Baena, María Mercedes; Hermoso Rodríguez, Enrique.

Resumen

Objetivo: Analizar la calidad de vida en mujeres embarazadas que realizan un programa de actividad física moderada en el agua.

Metodología: ECA con 129 sujetos; GE (n=65) y GC (n=64). Se inició en la 20 semana de gestación y terminó en la 37. La CVRS se evaluó con el cuestionario de salud SF36v2, en las semanas 20 y 35 de gestación.

Resultados: La CVRS disminuyó significativamente entre la semana 20 y la 35 de gestación, excepto el componente Salud Mental que en el GC fue de -3,28 puntos y en el GE aumentó ligeramente ($p > 0,05$). La puntuación sumario del componente mental del GC en la semana 35 presentó una puntuación ≤ 42 , esto indica riesgo de cribado positivo de depresión (39,20+/-4,16).

Conclusión: Los programas de actividad física en el medio acuático siguiendo la metodología SWEP influyen positivamente en la calidad de vida relacionada con la salud de las gestantes.

Palabras Clave

Mujeres embarazadas; embarazo; ejercicio; actividad física; calidad de vida; ambiente acuático

Bibliografía

Takahasi EHM, Alves MTSS de B e, Alves GS, Silva AAM da, Batista RFL, Simões VMF, et al. Mental health and physical inactivity during pregnancy: a cross-sectional study nested in the BRISA cohort study. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2013;29(8):1583-94.

Sui Z, Dodd JM. Exercise in obese pregnant women: positive impacts and current perceptions. *Int J Womens Health*. 3 de julio de 2013;5:389-98.

Sui Z, Turnbull D, Dodd J. Enablers of and barriers to making healthy change during pregnancy in overweight and obese women. *Australas Med J*. 2013;6(11):565-77.

Administración de probióticos durante la gestación y su influencia en el recién nacido

Aguilar Cordero, María José; Rodriguez Blanque, Raquel; Martinez Guzman, Jose Maria; Moraleda Hurtado, Maria Dolores; Leon Rios, Ximena Alejandra; Lasserrot Cuadro, Agustin.

Resumen

Introducción: La OMS define a los probióticos como microorganismos vivos que administrados en cantidades adecuadas, confieren un beneficio para la salud, ya que participan en la modificación beneficiosa de la microbiota intestinal generando ventajas en el consumidor. Las implicaciones para la salud de los nutrientes tradicionales de la leche materna (ácidos grasos, vitaminas y minerales) contiene comunidades de bacterias con efecto prebiótico que desempeñan un papel importante en el desarrollo de la microbiota del recién nacido con efectos favorables para su salud.

Objetivo: Conocer la ingesta de probióticos durante la gestación y su influencia en el recién nacido

Metodología: Se ha efectuado una revisión sistemática utilizando metodología Prisma para la localización de los artículos mediante una búsqueda en las bases de datos PUDMED, CINAHL y SCOPUS. Las palabras clave o términos de búsqueda utilizados fueron los siguientes: Recién nacido (newborn), embarazo (pregnancy), probióticos (probiotics), Inmunonutrición (immunonutrition), leche materna (breast milk), breastfeeding (lactancia).

Resultados: Para esta revisión bibliográfica se han seleccionado 18 artículos específicos sobre la ingesta de probióticos durante el embarazo y su influencia en el recién nacido

Conclusión: La administración de probióticos durante el embarazo es una alternativa prometedora. Se ha comprobado que los niveles de calprotectina disminuyen en las heces del recién nacido y reduce los cólicos durante el primer año de vida. También, se ha demostrado un factor protector en la preeclampsia, diabetes mellitus gestacional e infecciones vaginales. Los probióticos tienen una función eficaz para regular los biomarcadores de triglicéridos, insulina, factores inflamatorios y estrés oxidativo. Igualmente, mejoran la inmunidad en las embarazadas, y de los recién nacidos. Otros estudios aseguran que se necesitan más validación en cuanto a dosis.

Palabras Clave

Recién nacido (newborn), embarazo (pregnancy), probióticos (probiotics), Inmunonutrición (immunonutrition), leche materna (breast milk), breastfeeding (lactancia).

Bibliografía

Gomez Arango, L et col. Probiotics and Pregnancy. *Current Diabetes Reports*.2015; 15(1):567.

Reig G et col. The case in favour of probiotics before, during and after pregnancy: insights from the first 1.500 days. *American Journal of Reproductive Immunology*. 2016; 69: 558–566.

Jarde A et col. Pregnancy outcomes in women taking probiotics or prebiotics: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 ;18(1):14. doi: 10.1186/s12884-017-1629-5.

Esfuerzo percibido tras ejercicio incremental en pacientes con Esclerosis Múltiple: estudio piloto

Ortiz Rubio, Araceli; Cabrera Martos, Irene; Romero Fernández, Ramón; Ariza Mateos, M^a José; Rodríguez Torres, Janet; López López, Laura.

Resumen

Introducción: La Esclerosis Múltiple es la enfermedad inflamatoria crónica más frecuente en adultos jóvenes. Aunque hay evidencia del beneficio de un programa de ejercicio aeróbico sobre la sintomatología específica, son necesarios más estudios que incluyan variables percibidas por el paciente como el esfuerzo con el objetivo de adaptar el programa terapéutico individualmente.^{1,2}

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el esfuerzo percibido tras un ejercicio incremental en pacientes con Esclerosis Múltiple.

Metodología: Estudio piloto no aleatorizado controlado en el que se incluyeron 7 pacientes con Esclerosis Múltiple y 7 controles emparejados por edad y sexo. Los participantes realizaron el test de sentarse y levantarse incremental cuya velocidad fue marcada con un metrónomo.³ Se recogieron los valores de nivel alcanzado, frecuencia cardíaca y esfuerzo percibido mediante la escala Borg tras la realización del test y en los minutos 1 a 5 posteriores al ejercicio. Se realizó una comparación de medias mediante la t de Student.

Resultados: Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en la escala Borg de esfuerzo tras el ejercicio y en los minutos 1, 2, 3, 4 y 5 ($p < 0,05$). Los pacientes del grupo experimental refirieron valores más altos de esfuerzo percibido. Así mismo, el nivel alcanzado fue menor en los pacientes con Esclerosis Múltiple. No obstante,

no se encontraron diferencias significativas en la frecuencia cardíaca entre ambos grupos.
Conclusión: la respuesta al ejercicio muestra unos valores más altos de esfuerzo percibido en los pacientes con Esclerosis Múltiple tras un ejercicio incremental.

Palabras Clave

Esclerosis Múltiple; ejercicio; esfuerzo percibido; valoración.

Bibliografía

Döring A., Pfueller C, Paul F, Dörr J. Exercise in multiple sclerosis – an integral component of disease management. EPMA J 2012 ; 3(1): 2.

Dalgas U, Stenager E. Exercise and disease progression in multiple sclerosis : can exercise slow down the progression of multiple sclerosis ? Ther Adv Neurol Disord 2012 ; 5(2): 81-95.

Keisuke N, Ohira M, Yokokawa Y, Nagasawa Y. Validity and reproducibility of an incremental sit-to-stand exercise test for evaluating anaerobic threshold in young, healthy individuals. J Sports Sci Med 2015 ; 14(4): 708-15.

PRADO2 como herramienta docente para la mejora de la docencia en el Grado en Enfermería

Fernández-Aparicio, Ángel; Rueda-Medina, Blanca; Correa-Rodríguez, María; González-Jiménez, Emilio.

Resumen

Introducción: El uso de plataformas virtuales mejora el proceso de enseñanza-aprendizaje. La versión segunda (Prado2) de la plataforma docente oficial de la Universidad de Granada (UGR), Plataforma de Recursos de Apoyo Docente (PRADO), representa el recurso digital de apoyo a la docencia por excelencia en la UGR. Su uso debe permitir una comunicación fluida entre profesor y alumnos, ampliando los límites espaciales y temporales del aula y horario lectivo.

Objetivo: Conocer la opinión que los alumnos del Grado en Enfermería de Granada tienen acerca del uso de Prado2 como herramienta de apoyo a la docencia.

Metodología: Estudio descriptivo. 100 alumnos pertenecientes a primer y segundo curso del Grado en Enfermería, en la Facultad de Ciencias de la Salud de Granada. Se utilizó un cuestionario compuesto de seis preguntas cerradas, tres de ellas tendrían como posibles respuestas Sí o No, y las otras tres Sí, No y A veces.

Resultados: Para el 70% de alumnos Prado2 había sido útil para su aprendizaje. Un 63%, afirmó manejar la plataforma adecuadamente. El 70%, consideraba que su uso enriquecía el proceso de enseñanza-aprendizaje. Un 43%, manifestó que el profesorado hacía buen uso de Prado2 sólo a veces. El 61%, afirmó que el profesorado no manejaba

adecuadamente dicha plataforma. Un 85% de alumnos consideraban que su uso debía ser obligatorio entre el profesorado.

Conclusión: El uso de plataformas virtuales ha modificado el proceso tradicional de enseñanza-aprendizaje. Es necesario conocer la opinión de todos los agentes involucrados para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Palabras Clave

Prado2, Enfermería, Herramienta docente, Plataformas virtuales

Bibliografía

Ibanez-Cubillas P, Sánchez VMG, Gallego-Arrufat MJ The experience of flipped classroom in higher education. A case study in the University of Granada. In: Chova LG, Martínez AL, Torres IC, editors. EDULEARN Proceedings. EDULEARN16: 8TH International Conference on Education and New Learning Technologies; 2016 Jul 04-Jul 06; Barcelona, Spain; 2016. p. 2816-24.

González-Jiménez E. Las plataformas virtuales SWAD y Tablón de Docencia: oportunidades para la docencia en enfermería. Rev Tesela. 2012;12.

Da Silva EC, Corradi-Websterz CM. Competência social para interagir em ambientes virtuais de aprendizagem. Invest Educ Enferm. 2011;29(1):97-102

Salud ósea y composición corporal en adultos jóvenes: influencia del índice inflamatorio de la dieta

Fernández-Aparicio, Ángel; Correa-Rodríguez, María; Rueda-Medina, Blanca; Correa-Bautista, Jorge Enrique; Ramírez-Vélez, Robinson; González-Jiménez, Emilio.

Resumen

Introducción: La calidad de la dieta se ha postulado como un factor relevante en trastornos como la obesidad y la osteoporosis mediante la modulación de biomarcadores inflamatorios. En este sentido, el índice inflamatorio de la dieta (DII) valora el potencial inflamatorio de la dieta.

Objetivo: Investigar si el DII se encuentra asociado con el estado de salud ósea y parámetros de composición corporal relacionados con la obesidad en una población de adultos jóvenes.

Metodología: Estudio transversal. La población de estudio consistió en 599 adolescentes adultos (20.41 ± 2.72 años). A cada participante se realizó la prueba de ultrasonido cuantitativo del calcáneo derecho, la evaluación de los parámetros de composición corporal, y el cálculo del DII. Se realizó un análisis de regresión lineal para determinar la asociación entre la puntuación del DII con la composición corporal y las variables de salud ósea, ajustadas para los factores de confusión edad, sexo y energía total.

Resultados: El análisis de regresión lineal reveló que el peso y la masa magra (FFM) se asoció significativamente con el DII ($\beta = -0.91$, 95% CI $-1.782, -0.213$, $p=0.013$; y $\beta = -0.059$, 95% CI $-0.842, -0.107$, $p=0.011$, respectivamente); mientras que dicha asociación con la

puntuación del ultrasonido cuantitativo del calcáneo no fue significativa ($\beta = -0.025$, 95% CI -1.636, 0.908, $p=0.574$).

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que el potencial inflamatorio de la dieta, medido por el DII, se asoció con parámetros relacionados con la obesidad como el FFM y el peso, aunque puede que no contribuya a osteoporosis en la adultez temprana.

Palabras Clave

Índice inflamatorio de la dieta, Salud ósea, Composición corporal, Obesidad

Bibliografía

Correa-Rodríguez M, Rueda-Medina B, González-Jiménez E, Correa-Bautista JE, Ramírez-Vélez R, Schmidt-RioValle J. Dietary inflammatory index, bone health and body composition in a population of young adults: a cross-sectional study. *Int J Food Sci Nutr*. 2018:1-7.

Orchard T, Yildiz V, Steck SE, Hébert JR, Ma Y, Cauley JA et al. Dietary inflammatory index, bone mineral density, and risk of fracture in postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative. *J Bone Miner Res*. 2017;32(5):1136–1146.

Wirth MD, Burch J, Shivappa N, Violanti JM, Burchfiel CM, Fekedulegn D et al. Association of a Dietary Inflammatory Index with inflammatory indices and metabolic syndrome among police officers. *J Occup Environ Med*. 2014;56:986–989.

Utilización de pacientes estandarizados reales como nuevo recurso docente en el fomento del aprendizaje activo

Fernández-Aparicio, Ángel; González-Jiménez, Emilio; Correa-Rodríguez, María; Rueda-Medina, Blanca.

Resumen

Introducción: El estudio de casos clínicos, tradicionalmente realizado a partir de datos de un paciente ficticio, es ampliamente utilizado dentro de los recursos docentes de carácter práctico-aplicado para el fomento de la metodología basada en el aprendizaje activo. No obstante, la utilización de pacientes estandarizados reales puede favorecer la adquisición de competencias transversales de especial interés para su futuro profesional.

Objetivo: Analizar la satisfacción de los alumnos del Grado en Enfermería sobre la implantación de una metodología basada en pacientes estandarizados reales.

Metodología: Estudio transversal. 120 estudiantes del Grado en Enfermería en la Universidad de Granada. La satisfacción en el grupo intervención, GI (58.3%), y el grupo control, GC (48.7%), se evaluó mediante un cuestionario ad hoc tipo Likert de 9 ítems sobre aspectos referentes a los conocimientos y habilidades desarrolladas durante el proceso de aprendizaje. Un total de cuatro pacientes estandarizados fueron reclutados.

Resultados: La satisfacción global del GI fue significativamente superior (4.29) frente al GC (3.50). Los sujetos del GI valoraron principalmente la consecución de los siguientes aspectos: “La realización del trabajo favorece la aplicación de conocimientos teóricos” (4.35±0.75), “La realización del trabajo me ha servido de entrenamiento para mi futuro

profesional con pacientes” (4.11±0.96) y “Las actividades propuestas favorecen mi capacidad para la valoración del paciente” (4.11±0.78).

Conclusión: Los alumnos que han utilizado una metodología basada en pacientes estandarizados reales han percibido un mayor beneficio a nivel práctico y teórico. La implantación de esta metodología aumenta significativamente la satisfacción de los alumnos del Grado en Enfermería.

Palabras Clave

Enfermería, Pacientes estandarizados, Satisfacción, Educación superior.

Bibliografía

Dutra DK. Implementation of case studies in undergraduate didactic nursing courses: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2013;12(1):15.

DeSanto-Madeya S. Using Case Studies Based on a Nursing Conceptual Model to Teach Medical-Surgical Nursing. *Nurs Sci Q.* 2007;20(4):324-9.

Ryan CA, Walshe N, Gaffney R, Shanks A, Burgoyne L, Wiskin CM. Using standardized patients to assess communication skills in medical and nursing students. *BMC Med Educ.* 2010;10:24.

Grado de apraxia y discapacidad del miembro superior sobre la funcionalidad en el cuidado personal

Toledano Moreno, Sonia; Navarro Ledesma, Santiago; Casas Barragán, Antonio; García Ríos, M^a Carmen; Cerón Lorente, Laura; Pérez Mármol, José Manuel.

Resumen

Introducción: La apraxia de miembro superior es un trastorno asociado a los accidentes cerebrovasculares. Se relaciona con limitaciones en el uso de objetos y afectación en diversos componentes del movimiento, lo que podría suponer una dificultad en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Objetivo: Conocer la relación entre el grado de apraxia del miembro superior, la discapacidad del miembro superior y la funcionalidad en las ABVD: baño, vestido y aseo.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, transversal. 113 personas adultas con ictus de etiología vascular y apraxia del miembro superior constituyeron la muestra. Se diferenciaron dos grupos atendiendo al grado de apraxia (Test De Renzi): apraxia leve-moderada (n=50) y apraxia severa (n= 63). Las medidas de resultado utilizadas fueron: Quick-Dash y el Índice de Barthel.

Resultados: El análisis de los datos mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para las puntuaciones medias de las escalas Quick-Dash (p= 0,049) e Índice de Barthel (p= 0,002), concretamente para las ABVD: vestido (p= 0,041) y aseo (p= 0,000). La relación entre los grupos no resultó significativa para la ABVD baño (p= 0,061)

Conclusión: El grado de apraxia del miembro superior en pacientes postictus parece estar

relacionado con un aumento en la discapacidad del miembro superior y una afectación de la funcionalidad en el vestido y aseo como ABVDs. Se propone la creación de estrategias preventivas y rehabilitadoras, así como el estudio de la relación entre el grado de apraxia y otras áreas del desempeño ocupacional no valoradas.

Palabras Clave

Apraxia, Accidente cerebrovascular, Funcionalidad, Discapacidad del miembro superior, Actividades de la vida diaria.

Bibliografía

Bienkiewicz MMN, Brandi M-L, Goldenberg G, Hughes CML, Hermsdörfer J. The tool in the brain: apraxia in ADL. Behavioral and neurological correlates of apraxia in daily living. *Front Psychol* 2014;5:1-13.

Hermsdörfer J, Li Y, Randerath J, Roby-Brami A, Goldenberg G. Tool use kinematics across different modes of execution. Implications for action representation and apraxia. *Cortex* 2013;49:184-199.

Pérez-Mármol JM, García-Ríos MC, Barrero-Hernández FJ, Molina-Torres G, Brown T, Aguilar-Ferrándiz ME. Functional rehabilitation of upper limb apraxia in poststroke patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:508-518.

Cirugía Bariátrica por Obesidad Mórbida en una adolescente

Noack Segovia, Jessica; Levet Hernández, Cristina; Expósito Ruiz, Manuela; Mur Villar, Norma; Inzunza Noack, Javiera; Castillo Iturra, Joaquin.

Resumen

Objetivo: Describir la influencia de una intervención de cirugía bariátrica en la pérdida de peso en una adolescente.

Metodología: Adolescente mujer de 18 años sin antecedentes médico quirúrgicos, es hija única. Antecedentes familiares: diabetes mellitus en ambos abuelos maternos y sobrepeso; madre con obesidad grado I, con resistencia a la insulina en tratamiento. Acude a la consulta por amenorrea de más de 6 meses de evolución y varias dietas fallidas desde la infancia, presenta obesidad mórbida con IMC de más 43kg/m². Durante la entrevista refiere sentirse desanimada ya que tiene problemas en el colegio y repite curso. Dice no sentirse bien con sus compañeros por su aspecto físico y refiere sufrir de Bullying, ingiere comida hipercalórica a diario. Con los antecedentes mencionados se deriva al especialista para evaluación por ser candidata a cirugía bariátrica.

Resultados: Anterior a la cirugía bariátrica los datos Antropométricos son los siguientes: Peso 100 kg, talla 1.52 m, CA 110cm, CC: 114. A los 6 meses de la cirugía, los datos son: Peso 70 kg, talla 1.52m, CA 90, CC: 96. Se le realizó un Test de Autoestima y de Auto concepto para comparar la evolución en el pre y postoperatorio.

Conclusión: La obesidad mórbida es una interacción entre factores genéticos y ambientales. La paciente operada de CB presentó una disminución de peso, índices de glicemia y de triglicéridos en sangre. Se le recomendó un programa de actividad física y educación sanitaria a ella y a su familia, ya que hay riesgo de recuperar el peso anterior a la

cirugía. También, se le realizó un seguimiento psicológico en el post operatorio para ver la evolución de la autoestima y mejora de la percepción corporal.

Palabras Clave

Cirugía Bariátrica, Adolescencia, Obesidad mórbida

Bibliografía

Vilallonga R, Yeste D, Lecube A, Fort JM. Cirugía bariátrica en adolescentes. Cirugía Española. 2012 2012/12/01/;90(10):619-25.

Caravatto PP, Petry T, Cohen R. Cirugía bariátrica en adolescentes. Blucher Medical Proceedings. 2014;1(4):1-6.

Godoy J. Cirugía de la obesidad en niños y adolescentes. Revista chilena de pediatría. 2004;75(5):471-2.

Programa de actividad física en un paciente intervenido de cirugía Bariátrica

Noack Segovia, Jessica; Levet Hernández, Cristina; Latorre García, Julio; Menor, María José; Inzunza Noack, Javiera; Castillo Iturra, Joaquin.

Resumen

Objetivo: Evaluar un Programa de actividad física en un paciente intervenido de cirugía Bariátrica

Metodología: Varón de 27 años con obesidad mórbida grado II e IMC de 36,8 kg/cm². Con antecedentes mórbidos y diabetes tipo II, diagnosticada hace 6 años, en tratamiento con hipoglucemiantes orales. Presenta dolores articulares por obesidad y apnea de sueño. Reiterados fracasos de tratamientos médicos para la obesidad mórbida. Se realizan exámenes preoperatorios glicemia, HOMA, Perfil Lipídico, ECO abdominal, Bioimpedancia, capacidad funcional (CF) a través del Test de marcha de 6 minutos, Test de Nottingham para percepción de salud. Al mes de operado de cirugía Bariátrica (CB) se realiza una valoración basal del paciente con el que se programa una rutina de ejercicios de intensidad moderada durante 6 meses. También, se le realiza un programa de educación para la salud

Resultados:

Indicador	Pre operatorio	6 meses de post operatorio
HOMA	5,8	1,9
IMC	36,8	28,1
% de grasa	40	29,9
CF	583	637

Test de Nottingham Percepción negativa de salud Disminuye la percepción negativa de salud

Conclusión: La obesidad mórbida es una interacción entre factores genéticos y ambientales. Los pacientes operados de CB presentan una disminución de peso, índices de glicemia y de triglicéridos en sangre, pero no se asegura un aumento de la actividad física ni una mejor capacidad funcional.

Se recomienda realizar después de la cirugía bariátrica un programa de actividad física moderada ya que este aumenta la capacidad funcional del paciente a partir del 4° mes post operado.

Palabras Clave

Cirugía Bariátrica, Actividad Física, Capacidad Funcional

Bibliografía

Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, et al. Exercise following bariatric surgery: systematic review. *Obesity surgery*. 2010;20(5):657-65.

King WC, Chen JY, Bond DS, Belle SH, Courcoulas AP, Patterson EJ, et al. Objective assessment of changes in physical activity and sedentary behavior: Pre-through 3 years post-bariatric surgery. *Obesity*. 2015;23(6):1143-50.

Alvarez V, Carrasco F, Cuevas A, Valenzuela B, Munoz G, Ghiardo D, et al. Mechanisms of long-term weight regain in patients undergoing sleeve gastrectomy. *Nutrition*. 2016 Mar;32(3):303-8. PubMed PMID: WOS:000370312300003.

Capacidad antioxidante y compuestos fenólicos totales en diferentes café verde y tostado

Esteban Muñoz, Adelaida; Pérez Burillo, Sergio; Sánchez Hernández, Silvia; Rufián Henares, José Ángel; Giménez Martínez, Rafael; Olalla Herrera, Manuel.

Resumen

Introducción: Los compuestos fenólicos son metabolitos secundarios de las frutas, que poseen un anillo aromático unido a uno o más grupos hidroxilo. La cuantificación de estos compuestos y la medida de la capacidad antioxidante tiene gran interés por sus propiedades beneficiosas para la salud.

Objetivo: Medir la capacidad antioxidante y compuestos fenólicos totales en los diferentes cafés preparados por diferentes métodos.

Metodología: En un análisis de tres tipos de café verde y tostado (arabica Brazil, arabica Colombia y robusta Vietnam) se midió la capacidad antioxidante mediante los métodos ABTS y FRAP, y compuestos fenólicos totales por el método Folin-Ciocalteu de las muestras obtenidas con diferentes métodos de preparación de café (filtros, moka, espresso y émbolo).

Resultados y conclusión: El análisis de Folin-Ciocalteu mostró la concentración más alta de polifenoles totales en el café Arábica Brasil Tostado preparado con el método de preparación espresso. Con los métodos ABTS y FRAP se determinó una mayor capacidad antioxidante en el café Arábica Colombia Tostado con el método de preparación espresso.

Palabras Clave

Café, ABTS, FRAP, Folin, capacidad antioxidante

Bibliografía

Pastoriza, S., Delgado-Andrade, C., Haro, A. and Rufián-Henares, J.A. (2011) A Physiologic Approach to Test the Global Antioxidant Response of Foods. The GAR Method. *Food Chemistry*, 129, 1926-1932.

Singleton, V. L., Orthofer, R., Lamuela-Raventos, R. M., Analysis of total phenols and other oxidation substrates and antioxidants by means of Folin-Ciocalteu reagent. *Method Enzymol* 1999, 299:152-78.

FORMACIÓN ENTRE IGUALES Y VIOLENCIA DE GÉNERO: UN PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE EN LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

Martínez García, Encarnación; Gázquez López, María ; Medina Casado, Marta; Barros Medina, Elvira; Pozo Cano, M^a Dolores.

Resumen

Objetivo: Incorporar una actividad de formación entre iguales en alumnado de Enfermería sobre desigualdades entre hombres y mujeres, y violencia de género.

Metodología: Tras la resolución favorable como Proyecto de Innovación Docente, en la Facultad de Ciencias de la Salud de Granada (España) se celebró una jornada donde los alumnos de Enfermería expusieron trabajos realizados previamente en prácticas de la asignatura “Transculturalidad, Género y Salud”, desarrollando así un rol de docentes. Se evaluó el aprendizaje mediante cuestionario antes y después de la actividad, así como los contenidos, organización y satisfacción general.

Resultados: Participaron 48 personas con una media de edad de 23.6 años, el 85% (n=41) eran mujeres, el 72% (n=35) estudiantes de Enfermería y 58% (n=24) de tercer curso. Se presentaron un total de 10 trabajos. El aprendizaje mejoró en un 58.3% de los temas planteados, la evaluación de los contenidos obtuvo un valor global de 4.5/5; la organización un 4.4/5 y la satisfacción en general un 4.3/5.

Discusión: Esta actividad ha resultado satisfactoria para alumnado y profesorado. El modelo de formación entre iguales ya había mostrado buenos resultados en otras

disciplinas, pero apenas se había incorporado a la Enfermería. Por lo que entendemos, hemos contribuido al desarrollo de una estrategia docente no solamente efectiva, sino también innovadora.

Conclusión: Desde nuestro departamento tenemos la intención de continuar con este tipo de actividades para contribuir a que la Universidad de Granada se sitúe como institución pública y educativa que defiende y fomenta la igualdad entre hombres y mujeres.

Palabras Clave

Violencia de género, formación entre iguales, innovación docente, estudiantes de enfermería

Bibliografía

Ramos Pichardo JD, Panadero Soriano I, Haraki S, Escolano Escobar I et al. La formación entre iguales en habilidades de comunicación. 2016 [citado 3 Marzo 2018]. Disponible en: goo.gl/psiSaf.

Ferrez-Pérez VA, Bosch Fiol E, Navarro-Guzmán C. La violencia de género en la formación universitaria: análisis de factores predictores. *An Psicol.* 2011; 27(2):435-446.

Boud D, Cohen R, Sampron J. *Peer learning in higher education.* Psychology Press; 2001.

SENSIBILIZACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ALUMNADO DE ENFERMERÍA: UNA APROXIMACIÓN A LOS MITOS QUE LA SUSTENTAN

Martínez García, Encarnación; Martín Salvador, Adelina; Olmedo Alguacil, M^a Milagrosa; Prados García, Germán; Medina Casado, Marta.

Resumen

Objetivo: Sensibilizar a los alumnos de Enfermería sobre las creencias relacionadas con la violencia de género en su entorno cercano.

Metodología: Alumnos de 1º Enfermería del curso 2016-2017 de la asignatura "Transculturalidad, Género y Salud" de la Universidad de Granada entrevistaron a personas accesibles acerca de doce mitos sobre violencia de género. Solicitaron consentimiento informado y cumplimentaron una plantilla con datos sociodemográficos y grado de acuerdo: "Nunca o casi nunca" y "Siempre o casi siempre" en cada mito. Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados: Entrevistaron a un total de 1890 personas. Los mitos con más grado de acuerdo fueron: "Los hombres que agreden a sus parejas son violentos por naturaleza" (52.53%), "Los hombres que agreden a sus parejas están locos" (41.47%) y "Los hombres que abusan de sus parejas, también fueron maltratados en su infancia" (40.47%).

Discusión: Los alumnos han encontrado que las creencias más arraigadas sobre violencia de género se centran en factores personales y ambientales de los maltratadores. Sin embargo, la evidencia actual no es consistente para avalar las asociaciones entre factores biológicos

(tetosterona), trastornos psiquiátricos o haber experimentado maltrato durante la infancia, con ejercer violencia hacia mujeres con las que tienen, o han tenido un vínculo afectivo.

Conclusión: El acercamiento a la población ha permitido a los alumnos de Enfermería comprobar la existencia de creencias estereotipadas que tratan de alguna manera de exonerar a los maltratadores y justificar la agresión a la pareja, lo que entendemos contribuye a su formación y sensibilización en materia de violencia de género.

Palabras Clave

Violencia de género, mitos, estudiantes de enfermería

Bibliografía

Chester DS, Nathan DeWall C. The roots of intimate partner violence. *Curr Opin Psychology*. 2018; 19:55-59.

Kimber M, Adham S, Gill S, McTavish J, MacMillan HL. The association between child exposure to intimate partner violence (IPV) and perpetration of IPV in adulthood- A systematic review. *Child Abuse Negl*. 2018; 76:273-286.

Bosch-Fiol E, Ferrer-Pérez A. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*. 2012; 24(4):548-554.

FÁRMACOS EMPLEADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA

Galdeano García, Juan Diego; Cruz López, Olga.

Resumen

Introducción: La enfermedad renal diabética (ERD) se define como la enfermedad renal crónica causada por la diabetes mellitus, y afecta de entre un 20% a un 40% de los pacientes diabéticos. Hay una gran cantidad de fármacos usados para la diabetes que presentan efectos adversos a nivel renal y en pacientes con ERD hay que evitarlos.

Objetivo: Búsqueda bibliográfica actualizada de los fármacos más usados y los que presentan beneficios a nivel renal en la ERD.

Metodología: Se han utilizado las bases de datos PubMed y Web of Science para la búsqueda bibliográfica y Journal Citation Reports para comprobar la veracidad y autenticidad de las revistas.

Resultados: En este trabajo se van a estudiar los siguientes fármacos: Antihiper glucemiantes: metformina, sulfonilureas, tiazolidindionas, inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4, agonistas del receptor del péptido similar a glucagón-1, inhibidores del transportador de sodio-glucosa 2 e insulina. Permiten una atención adaptada a cada paciente individualmente. Antihipertensivos: Se recomienda prescribir a todos los pacientes diabéticos con hipertensión y ERD un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y/o un bloqueante de los receptores de angiotensina (BRA). Hipolipemiantes: El tratamiento con estatinas en pacientes con ERC puede retrasar la pérdida progresiva de la función renal.

Conclusión: Muchos agentes antihiper glucemiantes orales disponibles son seguros de usar

en la ERD, y algunos incluso han demostrado beneficios protectores a nivel riñón. El tratamiento de primera elección recomendado para la hipertensión en la diabetes por sus beneficios renales, son los IECA y los BRA.

Palabras Clave

Enfermedad renal diabética, antihiper glucemiante, antihipertensivo, hipolipemiante.

Bibliografía

1. Tuttle KR, Bakris GL, Bilous RW, Chiang JL, de Boer IH, Goldstein-Fuchs J, et al. Diabetic kidney disease: a report from an ADA consensus conference. *Am J Kidney Dis* 2014;64(4):510–33.
2. Berns JS. New FDA recommendations for metformin use in patients with reduced renal function. *Medscape* - May 20, 2016.
3. Miyazaki H, Babazono A, Nishi T, Maeda T, Imatoh T, Ichiba M, et al. Does antihypertensive treatment with renin-angiotensin system inhibitors prevent the development of diabetic kidney disease? *BMC Pharmacology and Toxicology* 2015;16:22

EFICACIA ANALGÉSICA DE LOS AINES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO

Galdeano García, Juan Diego; Cruz López, Olga.

Resumen

Introducción: La mayoría de los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos experimentan dolor postoperatorio agudo. La prevalencia del dolor postoperatorio agudo es de un 80%. La Sociedad Americana del Dolor ha elaborado una guía de práctica clínica donde se detalla que el tratamiento del dolor postoperatorio es insuficiente y que el dolor produce múltiples reacciones fisiológicas y psicológicas indeseables.

Objetivo: Buscar bibliografía actualizada, revisar y comparar la eficacia analgésica de los AINEs en el tratamiento del dolor postoperatorio.

Metodología: Se han utilizado las bases de datos PubMed y Web of Science para la búsqueda bibliográfica y Journal Citation Reports para comprobar la veracidad y autenticidad de las revistas.

Resultados: Los AINEs aumentan la satisfacción del paciente frente al dolor postoperatorio y disminuye los requerimientos de opiáceos, minimizando los efectos adversos producidos por estos. Se han mostrado especialmente útiles en el tratamiento del dolor en la postcirugía ambulatoria. La incidencia de efectos adversos durante el período postoperatorio agudo no aumenta, aunque la combinación de AINES clásicos e inhibidores selectivos de la COX-2 debe usarse con precaución en cirugía colorrectal ya que se ha demostrado que aumenta el riesgo de fuga anastomótica.

Conclusión: Los AINEs son seguros y eficaces en el tratamiento del dolor postoperatorio, y deben administrarse como parte de un enfoque multimodal a todos los pacientes quirúrgicos postoperatorios a menos que esté contraindicado.

Palabras Clave

Dolor, postoperatorio, antiinflamatorios no esteroideos, tratamiento.

Bibliografía

Stasiowska MK, Ng SC, Gubbay AN, Clegg R. Postoperative pain management. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2015;76(10):570–5.

Rana MV, Desai R, Tran L, Davis D. Perioperative pain control in the ambulatory setting. *Curr Pain Headache Rep*. 2016;20(3):18.

Klein M, Gogenur I, Rosenberg J. Postoperative use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in patients with anastomotic leakage requiring reoperation after colorectal resection: cohort study based on prospective data. *BMJ*. 2012;345:e6166.

ABORDAJE ENFERMERO AL PACIENTE CON IRC AGUDIZADA.

García Cuenca, Vanesa; Cano Ibañez, Naomi.

Resumen

Objetivo: El presente estudio ha sido desarrollado para el seguimiento y tratamiento de una paciente de 91 años con insuficiencia renal crónica que sufre un proceso de reagudización. Los objetivos esperados serán, mejorar el equilibrio hídrico y la función renal, así como su estado nutricional, y prevenir el deterioro de la integridad cutánea.

Metodología: Para ello, aplicamos un plan de cuidados individualizado, realizando inicialmente una valoración de enfermería, basada en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y en diferentes test y escalas de valoración enfermera. Según éstas, vemos que las principales necesidades alteradas son la nutrición, la eliminación y el estado de la piel, y establecemos como diagnósticos (NANDA)¹, el de riesgo de deterioro de la integridad cutánea, desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades, y riesgo de desequilibrio electrolítico como problema de colaboración. Para conseguir los objetivos y resultados (NOC)¹ esperados llevaremos a cabo las intervenciones (NIC)¹ adecuadas.

Resultados: Tras aplicar nuestro plan de cuidados y valorar la respuesta de nuestra paciente a dicho plan, vemos que poco a poco, y en función a sus características, su estado de salud va mejorando y se mantiene estable, consiguiendo por tanto los objetivos propuestos.

Conclusión: Como establecen determinados autores la hipertensión y la diabetes mellitus tipo 2 son las principales causas o factores de riesgo de aparición de enfermedades de riñón, así como aplicar el tratamiento adecuado o introducir ciertos cambios en el estilo de vida puede ralentizar, o incluso, detener el avance de la enfermedad 2 y 3.

Palabras Clave

Insuficiencia renal crónica y aguda, dieta, valoración, cuidados de enfermería.

Bibliografía

NNN Consult. 2012-2014. Elsevier. Consultado: 29/04/2018. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>

Chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus type 2 or hypertension in general practice. V van der Meer, HPM Wielders, DC Grootendorst, et al . British Journal of General Practice, December 2010. Disponible en: http://dn3nh3eq7d.search.serialssolutions.com/directLink?&atitle=Chronic+kidney+disease+in+patients+with+diabetes+mellitus+type+2+or+hypertension+in+general+practice.&author=van+der+Meer%2C+Victor%3BWielders%2C+H+Petra+M%3BGrootendorst%2C+Diana+C%3Bde+Kanter%2C+Joost+S%3BSijkens%2C+Yvo+Wj%3BAssendelft%2C+Willem+Jj%3BGussekkloo%2C+Jacobijn%3BDekker%2C+Friedo+W%3BGroeneveld%2C+Ymte&issn=1478-5242&title=The+British+journal+of+general+practice+%3A+the+journal+of+the+Royal+College+of+General+Practitioners&volume=60&issue=581&date=2010-12%2001&spage=884&id=doi:10.3399%2Fbjgp10X544041&sid=ProQ_ss&genre=article

Altered dietary salt intake for people with chronic kidney disease (Review). McMahon EJ, Campbell KL, Bauer JD, Mudge DW. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/control.php?URL=/PDF/CD010070.pdf>

VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES: CONCEPTOS Y PRIORIDADES EN UNA POBLACIÓN AL SUR DE ESPAÑA

Martínez García, Encarnación; Pérez Morente, M^a Angeles; Gázquez López, María; Medina Casado, Marta; Barros Medina, Elvira.

Resumen

Objetivo: Explorar la percepción que tiene la población acerca del concepto de violencia hacia las mujeres y la importancia de distintos tipos de violencia.

Metodología: Durante el curso 2016-2017, alumnos de Enfermería de la Universidad de Granada, en prácticas de la asignatura "Transculturalidad, Género y Salud" realizaron dos preguntas utilizadas en encuestas europeas a una población cercana. Las preguntas fueron: "¿Qué le viene a la mente cuando oye la frase: "violencia contra las mujeres?" y "¿Cuál de las siguientes formas de violencia contra la mujer cree que debería ser una prioridad para combatirla en España?"

Resultados: Participaron 1876 personas. El 87.5% y 81.4% respondió "daño emocional o psicológico" a la primera y segunda pregunta respectivamente; "violencia sexual" el 81.7% y 86.7%, y "violencia en relaciones cercanas" el 80.3% y 75.9%. Ser mujer y tener entre 15-24 años se asoció significativamente a algunas respuestas.

Discusión: Reconocer la violencia psicológica como violencia hacia las mujeres en primer lugar es un hallazgo discrepante con lo documentado en informes de organismos oficiales a nivel europeo y en España, donde destaca la violencia sexual. Sin embargo, ésta última es la que se prioriza para su abordaje, lo que sí es coincidente. Aunque parece aumentar la

concienciación acerca de la violencia psicológica como violencia de género, aún se entiende que la sexual conlleva una mayor gravedad.

Conclusiones: Se muestra necesaria la formación y sensibilización sobre el maltrato psicológico como violencia de género entre la población de hombres y mujeres para que puedan reconocerlo y rechazarlo.

Palabras Clave

Violencia de genero, concepto, prioridades,

Bibliografía

European Commission. Special Eurobarometer 449. Gender-based violence. Report. November 2016. [consultado 20 Abril 2018]. Disponible en: http://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2115_85_3_449_ENG.

Pérez-Martínez VT, Hernández-Marin Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. Rev Cubana Med Gen Int. 2009; 25(2).

Cáceres Carrasco J. Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. Clínica y Salud. 2004; 15(1):33-54.

Efectos de un programa de intervención para duelo en familiares de enfermos con demencia.

Bravo Benitez, Jorge; Pérez Marfil, María de las Nieves; Cruz Quintana, Francisco; Fernández Alcántara, Manuel; Muñoz Vinuesa, Antonio.

Resumen

Introducción: La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores, siendo la Enfermedad de Alzheimer (EA) el tipo más frecuente. Las personas cuidadoras de estos enfermos sufren un mayor número de problemas de salud, mayor malestar emocional y pérdidas asociadas al cuidado, denominadas como "pérdida ambigua". Este constructo abarca un proceso de duelo que transcurre gradualmente en el tiempo sin un patrón fijo y sin que sea interpretado por la persona como patológico. Son escasas las intervenciones basadas en un modelo de duelo de cuidadores diseñado específicamente para mejorar la salud emocional de los cuidadores ni antes, ni después de la muerte del paciente.

Objetivo: adaptar, aplicar y comprobar los efectos de un programa de intervención para duelo en familiares cuidadores de pacientes con demencias.

Participantes: 25 familiares cuidadores de personas con demencia asignados aleatoriamente a un grupo tratamiento y a un grupo control. Fueron evaluados antes y después de la puesta en marcha del programa de intervención. Las variables evaluadas fueron la sintomatología relacionada con el duelo del cuidador.

Resultados: los cuidadores del grupo de tratamiento manifestaron mejoría en dolor emocional, pérdida relacional, pérdida absoluta y aceptación de la pérdida.

Conclusión: Se hace necesario centrar los programas de intervención en familiares cuidadores de personas con demencia en el proceso de pérdidas y duelo.

Palabras Clave

Duelo; intervención; cuidador; demencia; Alzheimer; dolor

Bibliografía

Pauline, B. y Boss, P. (2009). *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Piccini, A. T., Quirós, D., Bernaldo, M., y Crespo, M. (2012). Estado emocional y duelo en cuidadores de familiares de enfermos con demencia tras el fallecimiento del paciente: una revisión sistemática. *Ansiedad y estrés*, 18.

Shear K. (2010). Complicated grief treatment: The theory, practice and outcomes. *Bereavement Care*, 29, 10-14. Doi:10.1080/02682621.2010.522373.

Administración de probióticos y mastitis

Núñez-Negrillo, Ana M^a; Lasserrot-Cuadrado, Agustín Ramón; Pinto-Gallardo, Miguel; Guisado-Requena, Isabel María; Rodríguez-Doncel, M^a Luisa; Guisado-Barrilao, Rafael.

Resumen

Introducción: La mastitis es una condición inflamatoria de la mama y puede ser el resultado de una disminución de la inmunidad y una menor resistencia a la infección producida por *Staphylococcus aureus* y *Candidas*. La mastitis afecta hasta una de cada cinco mujeres que amamantan y la mayoría de los episodios ocurren en las primeras 6-8 semanas después del parto. La mastitis y el dolor que le acompaña han sido asociados con el cese de la lactancia materna. El empleo de probióticos representa una alternativa prometedora para el tratamiento de la mastitis tanto clínica como subclínica.

Objetivo: Conocer la ingesta de probióticos como tratamiento de la mastitis en las mujeres lactantes

Metodología: Se ha efectuado una revisión sistemática utilizando metodología Prisma para la localización de los artículos mediante una búsqueda en las bases de datos PUBMED, CINAHL y SCOPUS. Las principales palabras clave o términos de búsqueda utilizados fueron los siguientes: mastitis (mastitis), probióticos (probiotics), recién nacido (newborn)

Resultados: Para esta revisión bibliográfica se han seleccionado 21 artículos específicos sobre la ingesta de probióticos en el postparto para el tratamiento de la mastitis.

Conclusión: La mastitis y el dolor son la primera causa del abandono de la lactancia materna. Es una infección que se produce en un 20% de las mujeres que amamantan. Diversas investigaciones sugieren que los probióticos poseen propiedades antiinflamatorias específicas y respalda su potencial uso como agente inmunoregulador. El uso de probióticos es una alternativa al uso de antibióticos beneficiando a largo plazo a la salud del niño y de la comunidad.

Palabras Clave

Probioticos, mastitis, recién nacido, lactancia

Bibliografía

Angelopoulou A, Field D, Ryan CA, Stanton C, Hill C & Ross R. The microbiology and treatment of human mastitis. *Med Microbiol Immunol*. 2018 Apr; 207(2):83-94. doi: 10.1007/s00430-017-0532-z. Epub 2018 Jan 19.

Bond DM, Morris JM & Nassar N. Study protocol: evaluation of the probiotic *Lactobacillus Fermentum* CECT5716 for the prevention of mastitis in breastfeeding women: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):148. doi: 10.1186/s12884-017-1330-8.

Hurtado JA, Maldonado-Lobón JA, Díaz-Roperó MP, Flores-Rojas K, Uberos J, Leante JL et al. Oral Administration to Nursing Women of *Lactobacillus fermentum* CECT5716 Prevents Lactational Mastitis Development: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeeding Medicine*. 2017;12(4):202-209.

Gestión del estrés en Enfermería

Nogueras Morillas, María Ángeles; Núñez Negrillo, Ana María; Pérez Lázaro, Antonia; Andrade Andrade, Irene; Huertas Tomás, Ana.

Resumen

Introducción: el estrés es considerado uno de los mayores riesgos laborales, especialmente en los trabajadores sanitarios. Por este motivo va cobrando mayor importancia y es de gran interés investigador.

Objetivo: proporcionar a los trabajadores de sanitarios, sobre todo a los profesionales de enfermería, herramientas a nivel individual, para afrontar, minimizar y eliminar las consecuencias que el estrés provoca en la salud.

Metodología: Hemos realizado una revisión bibliográfica de la literatura escrita desde el 2010 a la actualidad en bases de datos oficiales de la salud (Pubmed, Web of Science y Scopus). Los descriptores utilizados fueron estrés, enfermería, estrategias de afrontamiento, riesgos laborales.

Resultados: Se obtuvieron 14 artículos específicamente relacionados con la gestión del estrés y su efecto sobre los/as enfermeros/as, su salud y su trabajo. El problema se magnifica al ser el objeto de su trabajo la salud de otras personas, por lo que la cadena de afectados se extiende y agrava la situación.

Conclusión: Hemos comprobado la escasez de estudios que existen acerca de soluciones para combatir el estrés laboral aplicable al ámbito sanitario. Destacan herramientas individuales viables para compatibilizar con la vida cotidiana, actividades como relajaciones, mindfulness, talleres de capacitación en resiliencia y asertividad. Es necesario aplicar medidas que palien los efectos y que los prevengan.

Palabras Clave

Estrés laboral, enfermería, trabajo, salud, estrategias de afrontamiento, riesgos laborales.

Bibliografía

Rubio-Valdehita, S. & Rodrigo-Tapias, I. (2016). Fuentes de Carga Mental en una Muestra de Enfermeros y Técnicos Auxiliares de Enfermería de Madrid. (España). Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación –e Avaliação Psicológica. RIDEP · No43 · Vol.1 · 177-185· 2017.

Sanjuan Estallo, L., Arrazola Alberdi, O., & García Moyano, L. M. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Global*, 13(36), 253-264.

Grazziano, E. S., & Ferraz Bianchi, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, (18), 0-0.

Condición física y composición corporal de sujetos sanos de la provincia de Granada

Postigo Martín, Elisa Paula; Cruz Fernández, Mayra; Álvarez Salvago, Francisco; Cantarero Villanueva, Irene; Galiano Castillo, Noelia; Arroyo Morales, Manuel.

Resumen

Objetivo: Estudiar la condición física y la composición corporal de sujetos sanos de la provincia de Granada.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal de prevalencia, realizado entre enero de 2017 y marzo de 2018. 70 pacientes sanos de la provincia de Granada se presentaron a valoración en la Unidad de Apoyo al Paciente Oncológico (UAPO) "CUIDATE" de Granada. El nivel de actividad física se evaluó mediante Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) y la fuerza manual a través de la dinamometría de mano. Las variables de composición corporal a considerar fueron la circunferencia de cintura y cadera y la talla, evaluado con cinta métrica, y peso, índice de masa corporal (IMC) y porcentaje de masa muscular y masa grasa se obtuvieron mediante bioimpedancia.

Resultados: Tras estratificar a los pacientes en tres rangos de edad (<50, 50-60 y >60 años) se observaron diferencias significativas en el peso ($p=0.04$), circunferencias de cadera ($p=0.03$), porcentaje de masa grasa ($p=0.001$), nivel de actividad física ($p=0.02$), y fuerza manual de la mano no dominante ($p=0.03$), con niveles más bajos conforme aumenta la edad. Respecto del IMC ($p=0.004$), los resultados fueron más bajos en el grupo de >60 años.

Conclusión: Los resultados sugieren que conforme aumenta la edad, se presenta un declive

de indicadores de constitución corporal, fuerza y nivel de actividad física. Este estudio sugiere la necesidad de tener un control de estas variables en este grupo poblacional, con el objeto de proporcionar las pautas para conservar una calidad de vida y un estado de salud óptimo.

Palabras Clave

Condición física, composición corporal, fuerza, IMC

Bibliografía

Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*.

Busutil, R., Espallardo, O., Torres, A., Martínez-Galdeano, L., Zozaya, N., & Hidalgo-Vega, Á. (2017). The impact of obesity on health-related quality of life in Spain. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 197.

Cameron, A. J., Magliano, D. J., Shaw, J. E., Zimmet, P. Z., Carstensen, B., Alberti, K. G. M., ... & Söderberg, S. (2012). The influence of hip circumference on the relationship between abdominal obesity and mortality. *International journal of epidemiology*, 41(2), 484-494.

Síndrome de Burnout en profesores de Secundaria

Levet Hernández, Cristina; Noack Segovia, Jessica; González Rojas, María Cecilia; Gómez Sandoval, Francisca; Gajardo Cifuentes, Consuelo ; Soto Morales, Constanza.

Resumen

Introducción: El síndrome de Burnout (SB) o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo, fue declarado en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este síndrome afecta la salud y las capacidades de los profesores para realizar su tarea.

Objetivo: Identificar el Síndrome de burnout en profesores de Enseñanza Media de un Liceo Politécnico en Chile.

Metodología: Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, no experimental, de corte transversal.

Población de estudio: 60 docentes. Se utilizó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory que consta de 22 ítems con respuestas en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos, emociones y actitudes del profesional en el desempeño de su rol y el Cuestionario de factores laborales y socioeconómicos.

Resultados: Participaron en el estudio 53 profesores, el 37,74% corresponden al grupo etario de 50 años y más, el 50,94% es de sexo masculino, el 49% es casado, el 30,19% tiene dos hijos. El 47,17% tiene 15 años y más de antigüedad en el trabajo actual. El 77,36% trabaja jornada laboral completa, el 83% no realiza actividades laborales en otra institución. El 77,36% se encuentra satisfecho con su desempeño laboral y el 62,26% no realiza actividades recreativas.

El 32,08% presenta un nivel alto de Burnout, de los cuales el 59% son mujeres y el 41% son hombres y pertenecen al rango etario de 41 y 51 años.

Conclusión:

- Se identifica en la población de estudio un importante porcentaje de Síndrome de Burnout.
- Más de la mitad de la población que presenta un nivel alto de Síndrome de Burnout son de género femenino.

Palabras Clave

Burnout, educación secundaria, profesores

Bibliografía

Sánchez, P. SINDROME DE BURNOUT. [Internet]. 2010 [Consultado el 11 de Septiembre del 2017] Disponible en: <http://www.estres.edusanluis.com.ar/2010/11/sindrome-de-burnout.html>

Bosqued M. El burnout o «estar quemado». En. Quemados, El síndrome del burnout, Qué es y cómo superarlo. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A; 2008. P.18-43.,

Fredes, D. & Ravani, A. Del burnout del docente a la experiencia en el aula del estudiante ¿Qué se permea en la interacción? [Internet] 2012 [Consultado el 10 de octubre 2017] Disponible en: <http://achie.cl/ciie2012/docs/sesiones/288.pdf>.

Prevalencia del desempeño Ocupacional en mujeres supervivientes de cáncer de mama: estudio piloto

Lozano-Lozano, Mario; Postigo Martin, Elisa Paula; Cruz Fernandez, Mayra; Martin Martin, Lydia; Cantarero Villanueva, Irene; Arroyo Morales, Manuel.

Resumen

Introducción: En el cáncer de mama, las secuelas derivadas del mismo pueden incluir alteraciones del estado psicológico, físico, funcional e incluso emocional. Todas estas alteraciones pueden suponer una alteración del comportamiento de estas mujeres en todas las esferas del equilibrio ocupacional, desencadenando un posible desequilibrio.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de equilibrio ocupacional en un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama.

Metodología: Se realizó un estudio piloto de prevalencia en el que se reclutaron 30 mujeres supervivientes de cáncer de mama que cumplieron con los criterios de inclusión: 1) estadio I, II o IIIA de cáncer de mama, 2) haber finalizado el tratamiento adyuvante al menos 6 meses previo al reclutamiento. La variable evaluada fue el desempeño ocupacional mediante el "Cuestionario de Configuración de la Actividad NIH ACTRE" del modelo de ocupación humana. Se realizó un análisis descriptivo de los datos presentándose mediante la media (desviación típica) o la n (frecuencia), según corresponda.

Resultados: un total de 30 mujeres supervivientes de cancer de Mama participaron en este estudio piloto, con una edad media de 55.87 ± 4.66 . El análisis principal de los resultados mostró una alta prevalencia de actividades pertenecientes a las áreas de descanso,

tratamiento y actividades domésticas, en contraste con actividades de ocio y tiempo libre, o auto cuidado.

Conclusión: se observa una disminución de actividades importantes de ocio y autocuidado, siendo superadas por otras propia del proceso oncológico. Esto puede suponer un importante desequilibrio Ocupacional que puede desencadenar alteraciones en otras esferas importantes de la persona.

Palabras Clave

Terapia Ocupacional, equilibrio, desempeño, cáncer de mama, supervivientes

Bibliografía

Crompton S (ed). Occupational therapy Intervention in Cancer: Guidance for professionals, managers and decision-makers. 2004;1–26.

Hunter Elizabeth G., Robert W. Gibson, Marian Arbesman MD. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 1. Impact of Physical Activity and Symptom Management Interventions. Vol. 71, American Journal of Occupational Therapy. 2017. p. 1–11.

Gerber H. 1992. Scoring methods and application of the activity record (ACTRE) for patients with musculoskeletal disorders. Arthritis Care Res. 5(3):151-6.

VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA.

Aguilera Manrique, Gabriel; Gutierrez Puertas, Lorena; Márquez Hernández, Verónica Victoria; Gutierrez Puertas, Vanesa; Gutierrez Puertas, Dolores; López Gutiérrez, Antonio.

Resumen

Introducción: La autoestima es el concepto que los individuos tenemos sobre nosotros mismo, cuando se producen alteraciones en nuestro físico esto puede conllevar a alteraciones en la misma que si no se abordan precozmente pueden provocar trastornos de ánimo.

Objetivo: Conocer la satisfacción que tienen las mujeres con cáncer de mama sobre si mismas.

Metodología: Estudio observacional descriptivo transversal. La muestra fue de 92 mujeres, para la selección se realizó un muestreo por conveniencia. Como criterios de inclusión se establecieron ser mayor de 18 años, haber sido intervenida o aplicado el tratamiento de quimioterapia o radioterapia hace más de tres meses y de exclusión no estar en fase terminal. Se recogieron datos sociodemográficos y se aplicó el cuestionario de Autoestima de Rosenberg, adaptada y validada al contexto español por Baños y Guillén (2000), obteniendo una consistencia interna entre 0.76 y 0.87 y una fiabilidad de 0.8.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 61.23. El 37.6% tenían una situación laboral activa, el 62.3% tenían pareja. El 35.5% habían sufrido una mastectomía. El 32.2% indicaron tener un nivel medio de autoestima frente al 52.2% que presentaron niveles bajos de autoestima.

Conclusión: Las mujeres con cáncer de mama presentan unos niveles de autoestima baja, este autoconcepto que ellas tienen de sí mismas influyen en la frecuencia de sus relaciones. Por otro lado las mujeres que indicaron tener pareja mostraron niveles mayores de autoestima que las que no tenían pareja.

Palabras Clave

Autoestima, mujer, cáncer de mama, autoconcepto

Bibliografía

Cucarella, M. S. P. (2013). Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama (Doctoral dissertation, Universitat de València, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos).

Fernández, M. E. R., San Gregorio, M. Á. P., Más, M. B., & Rodríguez, A. M. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25.

Vázquez Ortiz, J., Antequera Jurado, R., & Blanco Picabia, I. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(2-3), 433-451.

Riesgo de depresión postnatal en el puerperio

Aguilera Manrique, Gabriel; Gutiérrez Puertas, Lorena; Márquez Hernández, Verónica Victoria; Gutiérrez Puertas, Vanesa; López Gutiérrez, Antonio; Gutiérrez Puertas, Dolores.

Resumen

Introducción: La maternidad es un momento especial en la vida de las mujeres. El hecho de tener un hijo supone una serie de cambios en la vida de la misma, que pueden afectar a su estado de ánimo, llegando a tener riesgo de padecer una depresión postparto, por ello es importante detectar el riesgo y tomar medidas para prevenir que se desencadene la depresión postparto.

Objetivo: Conocer el estado de ánimo tras el puerperio, en mujeres de la provincia de Almería.

Metodología: Estudio observacional descriptivo transversal. La muestra estaba constituida por 69 mujeres. Como criterios de inclusión se establecieron haber tenido un parto vaginal sin complicaciones, y tener un estado de salud bueno tanto las madres como los hijos tras el parto. La selección de la muestra se llevó a cabo a través de un muestreo por conveniencia. Se recogieron datos sociodemográficos y se utilizó es cuestionario Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).

Resultados: El 68.3% era su primer parto. Un 21.3% habían recorrido a la inseminación. El 94.6% tenían pareja. El 58.6% tenían trabajo. El 68.3% obtuvieron puntuaciones inferiores a 10. Los ítem que menor puntuación obtuvo, fue el de “he pensado en hacerme daño a mí misma”, donde el 97.3% contestaron que nunca. Los ítems que mayor puntuación obtuvieron fueron:

Conclusión: Las mujeres presentaron alteraciones del estado de ánimo antes de dar a luz. Las mujeres que han tenido dificultades para concebir a sus hijos, fueron aquellas que presentaban mayor riesgo de depresión.

Palabras Clave

Postparto, puerperio, depresión, estado de ánimo.

Bibliografía

Jadresic, E. (2017). DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 874-880.

Leung, B. M., Letourneau, N. L., Giesbrecht, G. F., Ntanda, H., & Hart, M. (2017). Predictors of postpartum depression in partnered mothers and fathers from a longitudinal cohort. *Community mental health journal*, 53(4), 420-431.

Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887-894.

Evolución de la lactancia materna en la historia reciente

Huertas Tomás, Ana; Núñez Negrillo, Ana María; Nogueras Morillas, María Ángeles.

Resumen

Introducción: la lactancia materna es el mejor alimento para el bebé, nutriéndolo y adaptándose a sus necesidades. Además, el amamantamiento es beneficioso para la madre, y hace que se cree un vínculo entre ambos. Han existido fases de oscurantismo de la lactancia; sin embargo, desde que se tiene constancia, en general los recién nacidos han sido amamantados a través de sus madres, otras mujeres o preparados.

Objetivo: Analizar la evolución y entendimiento de esta práctica a lo largo de la historia, así como observar las recomendaciones y tasas actuales.

Metodología: Se ha efectuado una revisión sistemática utilizando las bases de datos como SciELO, PUBMED o CUIDEN, así como una consulta de bibliografía relevante de 20 artículos.

Resultados: A lo largo de la historia, se puede observar la variación de la visión de la lactancia materna en cuanto al modo de alimentar a los recién nacidos y los alimentos que consideraban adecuados, así como diversas creencias y mitos sobre el proceso de amamantar.

Conclusión: Tras esta revisión, podemos concluir que a lo largo de la historia siempre se ha mantenido esta práctica. Sin embargo, siempre han existido casos de fracaso. En el pasado, por la ignorancia de algunos factores; actualmente, por la desinformación y falta de concienciación. Por tanto, existe la necesidad de educar a toda la población de los beneficios de la lactancia materna, así como de los problemas que puede ocasionar no dar el pecho.

Palabras Clave

Lactancia materna, Leche humana, Alimentación Artificial, Puerperio, Lactante, Recién nacido

Bibliografía

United Nations Children's Fund. From the first our of life [Internet]. 1a ed. Nueva York; 2016 [fecha de acceso 20 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/7t6T44>.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países [Internet]. 1a ed. 2016 [fecha de acceso 22 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/ehWyWW>.

Rodríguez García R. Aproximación antropológica a la lactancia materna. Antropología Experimental. 2015; 23 (15): 407-409 [fecha de acceso 26 de marzo de 2017]; Disponible en: <https://goo.gl/L1tP1w>.

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN SUPERVIVIENTES FRAGILES DE CANCER

Cruz-Fernandez, Mayra; Lozano-Lozano, Mario; Postigo Martín, Elisa Paula; Galiano-Castillo, Noelia; Arroyo-Morales, Manuel; Cantarero Villanueva, Irene.

Resumen

Objetivo: Evaluar la relación que hay entre la presencia de fragilidad y el nivel de actividad en supervivientes de cáncer de mama (SCM) y colorectal (SCCR).

Metodología: Estudio longitudinal observacional, realizado entre septiembre de 2017 y marzo de 2018. Un total de 89 pacientes SCM Y SCCR derivados del Hospital Virgen de la Nieves de Granada, se presentaron a valoración en el Instituto Mixto de Deporte y Salud (IMUDs) y la Unidad de Apoyo al Paciente Oncológico (UAPO) "CUIDATE" de Granada. El grado de fragilidad se determinó a través de los criterios de fragilidad de Fried et al mediante 5 criterios, el nivel de actividad mediante el cuestionario Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) y las medidas antropométricas y de composición corporal a través de bioimpedancia y cinta métrica.

Resultados: Un 64% de los pacientes presentaron algún grado de fragilidad, mostrándose una presencia mayor en aquellos pacientes SCCR y mujeres, se encontraron diferencias significativas en el nivel de actividad física ($p=0,007$) teniendo valores inferiores aquellos pacientes que presentan algún grado de fragilidad respecto de los que no (110.45 ± 69.74 , 156.10 ± 84.75). No se encontraron diferencias significativas en el resto de variables.

Conclusión: Los resultados sugieren que existe una prevalencia alta de la presencia de algún grado de fragilidad física en pacientes que han sufrido alguna patología oncológica de mama o colorectal y que esta se asocia a una disminución de la actividad física.

Palabras Clave

Superviviente, cáncer, colorectal, mama, fragilidad

Bibliografía

C. Handforth, A. Clegg, C. Young, S. Simpkins, M. T. Seymour, P. J. Selby, J. Young; The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: a systematic review, *Annals of Oncology*, Volume 26, Issue 6, 1 June 2015, Pages 1091–1101.

Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J. et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56: M146–M157.

Balducci L. Frailty: A Common Pathway in Aging and Cancer. *Cancer and Aging* 2013; 38: 61–72.

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN UN GRUPO DE EMBARAZADAS DE GRANADA, ESPAÑA

Sánchez Hernández, Silvia; Razola Díaz, María del Carmen; Esteban Muñoz, Adelaida; Rufián Henares, José Ángel; Giménez Martínez, Rafael; Olalla Herrera, Manuel.

Resumen

Introducción: Las mediciones antropométricas, entre los métodos más utilizados para evaluar el estado nutricional en mujeres embarazadas, son reconocidas como herramientas efectivas para la promoción de la salud de la mujer y optimizar el crecimiento fetal.

Objetivo: identificar las medidas antropométricas más representativas para predecir el estado nutricional durante el embarazo.

Metodología: Se trata de un estudio de cohorte prospectivo en mujeres durante el embarazo y la lactancia. Las variables evaluadas fueron: peso pregestacional, peso gestacional, talla, circunferencia media del brazo (CMB), circunferencia de la pantorrilla (CP) y circunferencia media del muslo (CMM); y pliegues del tríceps, bíceps, subescapular, pantorrilla y muslo medio.

Resultados: La CMB es una medida antropométrica relativamente estable durante el embarazo, mientras que las CMM y la CP fueron las variables que presentaron mayores diferencias significativas entre los trimestres estudiados. Esto podría explicarse por las modificaciones de la grasa y del contenido de agua específico durante la gestación. Además, los pliegues del tríceps, bíceps y subescapular no aumentaron significativamente, mientras que los pliegues periféricos inferiores, tales como el del muslo medio y de la pantorrilla, mostraron diferencias entre los trimestres del embarazo. Estos hallazgos

sugieren una tendencia de acumulación de tejido adiposo en las piernas, así como la retención de líquidos en estas regiones.

Conclusión: Un control antropométrico rutinario durante el embarazo, ya que son variables sencillas de bajo costo y efectivas, posibilita la monitorización nutricional de las embarazadas, controlando y previniendo resultados adversos en la gestante y en el recién nacido.

Palabras Clave

Embarazo, antropometría, estado nutricional, pliegues cutáneos

Bibliografía

D. Bellido Guerrero, J. Carreira Arias y V. Bellido Castañeda. Capítulo 6: Evaluación del estado nutricional: antropometría y composición corporal. En: Ángel Gil Hernández. Tratado de Nutrición. Tomo IV: Nutrición humana en el estado de salud. 3ª Edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2017. p. 99-132.

Siega-Riz AM, Viswanathan M, Moos M, Deierlein A, Mumford S, Knaack J, et al. A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations: birthweight, fetal growth, and postpartum weight retention. Am. J. Obstet. Gynecol. 2009; 201(4): 339-414.

Pérez A, Bernal J. Predicción del estado nutricional mediante variables antropométricas y de seguridad alimentaria en el hogar de un grupo de embarazadas de Caracas, Venezuela. Nutr. Hosp. 2006; 21 (5): 611-6.

Relación entre la inteligencia Emocional Autopercibida y la formación práctica en los estudiantes de Terapia Ocupacional

Romero-Ayuso, Dulce; Triviño-Juárez, José Matías; Rodríguez-Martínez, M^a Carmen; Toledano-González, Abel.

Resumen

Introducción: En el campo de la salud en general, y en el de la formación de los terapeutas ocupacionales en particular, es esencial el desarrollo de una serie de habilidades emocionales que, junto con los conocimientos adecuados, habilidades de razonamiento clínico, comportamientos profesionales y valores éticos, permiten a los estudiantes convertirse en profesionales clínicos competentes.

Objetivo: El objetivo principal de nuestro estudio es conocer cuáles son las habilidades emocionales de los estudiantes del Grado en Terapia Ocupacional, y analizar cómo repercute la formación recibida a lo largo del Grado en su IE.

Metodología: Estudio multicéntrico observacional prospectivo (antes-después de las prácticas), con un muestreo de conveniencia. **Participantes:** La muestra está compuesta por 558 estudiantes matriculados en el Grado en Terapia Ocupacional en tres universidades españolas: Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM), Universidad de Málaga (UMA) y Universidad de Granada (UGR). La media de edad fue de 21.43 años (SD=4.29). La distribución por género de los estudiantes fue de 491 mujeres (88%) y de 67 hombres (12%). El 34.1% procedía de la UCLM, el 44. % de la UMA y el 21.9 % de la UGR. El 32.8% eran estudiantes de primero, el 22.9% estudiantes de segundo curso, el 24.6 % estudiantes de tercero y el 19.7% estudiantes del último curso. **Instrumentos:** Se ha utilizado la versión española del TMMS-24.

Resultados: Se encontraron diferencias en la atención emocional entre los estudiantes que no han realizado prácticas y los que sí ($p=0.022$). Los resultados muestran diferencias en las puntuaciones medias en la dimensión de claridad emocional del TMMS-24 cuando los estudiantes habían realizado prácticas en el ámbito de geriatría y gerontología, en comparación con los estudiantes que las habían realizado en ámbitos no convencionales ($p=0.049$). También se observan diferencias marginalmente significativas cuando se comparó la media de los estudiantes que habían realizado prácticas en disfunción física ($p=0.061$).

Conclusión: Las puntuaciones más altas en claridad emocional emocional después de haber realizado prácticas clínicas en el ámbito de la geriatría y disfunción física podrían indicar un menor estrés percibido en las áreas de trabajo y mayores estrategias para resolver problemas en estos ámbitos.

Palabras Clave

Inteligencia Emocional, Terapia Ocupacional, Curriculum, prácticas

Bibliografía

Brown, T., Williams, B., and Etherington, J. (2016). Emotional Intelligence and Personality Traits as Predictors of Occupational Therapy students' Practice Education Performance: A Cross-Sectional Study. *Occup Ther Int* 23, 412–424. doi:10.1002/oti.1443.

Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., and Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep* 94, 751–755. doi:10.2466/pr0.94.3.751-755.

Gribble, N., Ladyshewsky, R. K., and Parsons, R. (2017a). Fluctuations in the emotional intelligence of therapy students during clinical placements: Implication for educators, supervisors, and students. *J Interprof Care* 31, 8–17. doi:10.1080/13561820.2016.1244175.

Cambios en la resiliencia durante la formación práctica de los estudiantes de Terapia Ocupacional

Romero-Ayuso, Dulce; Triviño-Juárez, José Matías; Toledano-González, Abel; Rodríguez-Martínez, M^a Carmen.

Resumen

Introducción: La adquisición de habilidades terapéuticas en los estudiantes de Terapia Ocupacional supone un proceso lento pero decisivo en el que la resiliencia desempeña un papel fundamental dada la necesidad de adaptarse a contextos vitales, laborales y de intervención profundamente cambiantes y diversos.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es conocer cuál es la resiliencia de los estudiantes de terapia ocupacional, y ver cómo repercuten la formación práctica en los cambios que pueden producirse en la mismas a lo largo de los cuatro cursos de formación de los estudiantes del grado de Terapia Ocupacional.

Metodología: Se trata de un estudio de cohorte prospectivo multicéntrico e internacional. La variable independiente principal es el tipo de prácticas (disfunción física, salud mental, infancia, gerontología-geriatría o intervención social). Muestra: Estudiantes matriculados en el grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla-La Mancha, Universidad de Málaga, Universidad de Granada y la Universidad de Santa Paula (Costa Rica). La participación en el estudio es voluntaria. Para evaluar la resiliencia se utilizó la Escala de Resiliencia de Connor – Davidson (CD-RISC).

Resultados: Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la puntuación según el sexo del estudiante solamente en la dimensión de

competencia personal ($p = 0,003$). Asimismo, también se observaron diferencias estadísticamente significativas según la edad de los estudiantes para las dimensiones de competencia ($p = 0,010$) y aceptación ($p = 0,002$). Los resultados serán discutidos en relación con el plan de estudios y la introducción en la formación práctica.

Palabras Clave

Resiliencia, Terapia Ocupacional, Curriculum, Prácticas

Bibliografía

Stoffel, VC. (2014). Attitude, authenticity, and action: building capacity. *Am J Occup Ther.* 2014 Nov-Dec;68(6):628-35.

Luthar, SS; Cicchetti D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol.* 2000; 12(4): 857–885.

Masten, AS. (2007). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol.* 2007 Summer;19(3):921-30

Percepción táctil, control inhibitorio e impulsividad cognitiva en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Romero-Ayuso, Dulce; Triviño-Juárez, José Matías; Toledano-Gonzalez, Abel.

Resumen

Introducción: El estudio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se ha centrado tradicionalmente en la falta de control inhibitorio. Sin embargo, la fisiopatología del TDAH también se ha asociado con la corteza somatosensorial.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar si los niños con TDAH presentan déficits de percepción táctil y praxis y si estos aspectos están relacionados con el control inhibitorio y la impulsividad cognitiva.

Metodología: La muestra del estudio comprendía 74 niños de 7 a 11 años que se dividieron en dos grupos: 43 con desarrollo neurotípico y 31 con TDAH. Todos los participantes completaron pruebas estandarizadas.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en el reconocimiento de dedos, la grafestesia y la praxis. Además, la impulsividad cognitiva y la inhibición mostraron una correlación moderada con las pruebas de identificación de dedo y movimiento de mano.

Conclusión: Los niños con TDAH tuvieron peores resultados en las medidas de reconocimiento de dedos, grafestesia, praxis motora, copia de la figura y movimientos de la

mano, todo lo cual podría aumentar la dificultad en el aprendizaje y la realización de tareas que requieren habilidades motoras finas como la escritura y otras actividades manuales. La hiperactividad motora observada en estos niños podría ser un mecanismo de compensación para aumentar el registro táctil bajo y así poder mostrar un comportamiento adaptativo. Estos hallazgos abren una nueva línea de investigación que puede tener repercusiones no sólo en la caracterización del TDAH sino también en su tratamiento futuro.

Palabras Clave

TDAH, control inhibitorio, procesamiento sensorial, impulsividad cognitiva

Bibliografía

Dunn, W., & Bennett, D. (2002). Patterns of sensory processing in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Occupational Therapy Journal of Research*, 22(4-15).

Parush, S., Sohmer, H., Steinberg, A., & Kaitz, M. (2007). Somatosensory function in boys with ADHD and tactile defensiveness. *Physiol Behav*, 90(4), 553-558. doi:10.1016/j.physbeh.2006.11.004.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*, 121(1), 65-94.

Resultados de implementar Guías de Buenas Prácticas en Cuidados BPSO en Hospitales de Granada

Quiñoz Gallardo, M^a Dolores; Zurita Muñoz, Antonio José; Rivas Campos, Antonio; González Carrión, M^a del Pilar; Gutiérrez Martínez, M^a del Mar; Morales Romero, Antonio.

Resumen

Objetivo: Describir resultados de implantar Guías de Buenas Prácticas, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, de valoración y cuidado de adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida (RS), lactancia materna (LM) y valoración del riesgo y prevención de úlceras por presión (UPP), desde noviembre 2015 hasta abril 2017.

Metodología: Diseño observacional descriptivo. Criterios inclusión y exclusión, específicos por guía. Muestra de pacientes dados de alta 5 últimos días de cada mes en Medicina Interna, Neurología, UCI, Pluripatológicos, Obstetricia y Salud Mental. Indicadores de proceso y resultados.

Resultados: 22,41% valorados del riesgo de ideación suicida con escala validada, 31,20% en riesgo suicida; 97,44% con medidas de seguridad administradas y registradas, 76,92% derivados. 79.13% púerperas con valoración de la toma con escala Mathews, 83.18% recién nacidos con LM exclusiva en primera toma, 58.28% de recién nacidos con LM en 24 horas previas alta. 76,26% valorados del riesgo de UPP con escala, 32,69% revalorados del riesgo con escala, 71,51% aplicadas superficies de control de presión. Prevalencia: 2015(3.5%), 2016(3.04%), 2017(2.9%).

Conclusión: Se han conseguido incorporar como práctica habitual de los profesionales las siguientes buenas prácticas: valoración de pacientes con ideación suicida utilizando una

escala validada. Se beneficien más recién nacidos de LM en las dos primeras horas de vida, aumenta la tasa de LM exclusiva al alta con respecto años anteriores (58,28% frente a 50,84% en 2015) y se utiliza clinimetría para la valoración de la toma. Monitorización del nivel de riesgo UPP desde ingreso hasta alta y descenso prevalencia UPP.

Palabras Clave

Lactancia Materna; Suicidio; Úlcera por Presión; Guía de Práctica Clínica

Bibliografía

Registered Nurses' Association of Ontario. Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. 2009. [Consultado 7/6/17]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_BPG_Suicidio_MAR2014.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario. Lactancia Materna. Guía de buenas prácticas en enfermería. 2007. [Consultado 7/6/17]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0015_564_Lactancia_022014.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. 2011. [Consultado 7/6/17]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0025_UlcerasPresion_spp_01052015.pdf

Alteraciones del sueño en el personal sanitario y efectos sobre la calidad de vida

Gutierrez Lucena, Lucía; González Muñoz, Alberto; González Muñoz, Enrique; Muñoz Alférez, María José.

Resumen

Introducción: El sueño es vital para que el organismo realice sus funciones fisiológicas y psicológicas. Los trastornos del sueño pueden provocar alteración de las hormonas hipotálamo-hipofisarias, reduciendo la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina. Además, disminuyen la concentración de leptina y aumentan la de grelina, siendo esto un factor de riesgo de obesidad.

Objetivo: Conocer la calidad del sueño en un grupo de médicos y enfermeros de dos hospitales públicos españoles.

Metodología: Se ha valorado la calidad del sueño de 20 trabajadores sanitarios (10 hombres y 10 mujeres) con una edad media de $41 \pm 8,5$ años. La población estudiada tiene algunos días de trabajo nocturno dentro de su jornada laboral. La valoración se ha realizado mediante el "cuestionario Pittsburg de calidad del sueño".

Resultados: Se han detectado problemas de somnolencia en la mitad de los profesionales sanitarios encuestados, siendo las mujeres las que mayor riesgo encuentran en una situación de somnolencia. El 70% de la población estudiada presenta de 1-9 perturbaciones del sueño en el último mes. Sin embargo, el 80%, sin diferencia por sexo, no han tomado medicación para dormir.

Conclusión: Sería recomendable que la población en general, y especialmente los profesionales con jornadas de trabajo nocturno, como son los sanitarios, logren una buena

calidad del sueño ya que no solo repercute en su salud sino también en la de los pacientes que están a su cuidado. Para ello deberían tomar las medidas oportunas y seguir las recomendaciones de la Sociedad Española del Sueño.

Palabras Clave

Alteraciones del sueño, personal sanitario, trabajo nocturno, calidad de vida

Bibliografía

Boivin DB, Boudreau P. Impacts of shift work on sleep and circadian rhythms. *Pathol Biol (Paris)* 2014; 62(5):292-301.

Gómez-García T, Ruzafa-Martinez M, Fuentelsaz-Gallego C, Madrid JA, Rol MA, Martínez-Madrid M, et al. Nurses' sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: observational study among different shifts. *BMJ Open* 2016; 6(8).

Shao MF, Chou YC, Yeh MY, Tzeng WC. Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *J Adv Nurs* 2010; 66:1565–72.

Paradigma de consumo voluntario de alcohol en rata wistar. Posibles influencias genéticas y emocionales.

Vázquez-Ágredos, Ana; Ruiz-Leyva, Leandro; Moron, Ignacio; Cendan, Cruz Miguel.

Resumen

El alcoholismo es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Para el estudio de la conducta de abuso de alcohol se han usado modelos animales en donde el animal es expuesto al alcohol de forma obligada o voluntaria. Actualmente, solo se ha logrado inducir un consumo voluntario elevado de alcohol mediante experiencias previas de frustración. En la presente investigación, evaluamos la posibilidad de inducir un elevado consumo de alcohol asociado a experiencias reforzantes previas. Se emplearon 48 ratas Wistar, (20 procedentes de la empresa Envigo y 28 criadas en la Universidad de Granada). Las ratas fueron asignadas a uno de los cuatro grupos resultantes de la manipulación de dos variables con dos niveles cada una: exposición al refuerzo (alto refuerzo/72 pellets, o bajo refuerzo/6 pellets) y presentación posterior durante 90 minutos de la sustancia (presentación simultánea de una botella de agua y otra de alcohol al 2%, o presentación simultánea de dos botellas de agua). Posteriormente, todos los animales pasaron por un test de campo abierto. Se observó que la exposición previa a una alta cantidad de refuerzo indujo un consumo elevado de alcohol únicamente en las ratas provenientes de la empresa Envigo. Estos resultados indican, que es posible estudiar el abuso de alcohol asociado a experiencias previas reforzantes, y que existen diferencias en relación con la respuesta emocional entre las ratas Wistar según su procedencia. Por lo tanto, cuando se realicen estudios animales para el tratamiento del alcoholismo habrá que tener en cuenta estos factores.

Palabras Clave

Abuso de alcohol, experiencias reforzantes, diferencias emocionales, campo abierto

Bibliografía

Mustaca, A. E. y Kamenetzky, G. V. (2006). Alcoholismo y ansiedad: modelos animales. *Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther.* 6; 343-364.

Valoración de una población de Veganos

Lozano Magdaleno, Patricia; Oliveras López, M^aJesús; López García de la Serrana, Herminia; López-Frías Jimenez, Magdalena.

Resumen

Introducción: La prevalencia de las dietas veganas está aumentando, el desconocimiento sobre sus consecuencias sobre la salud está poco estudiado, no obstante, existe una gran cantidad de estudios que observan la posibilidad de que puedan ser cardiosaludables (1) Por ello, es de interés elaborar más estudios que puedan comparar las características de salud y nutricionales de los veganos.

Objetivo: Observar diferencias entre la población vegana y no vegana.

Metodología: Se ha realizado un estudio preliminar, en el laboratorio se citan a diez sujetos; cinco omnívoros y cinco veganos, se les toma la Tensión arterial y se mide el IMC, índice cintura-cadera y colesterol total (2)

Resultados: Se han estudiado los valores encontrados; hasta el momento se observan diferencias significativas en la TA entre ambos grupos, los veganos presentan valores más bajos. Actualmente contamos con la contribución para el estudio de un grupo de 45 veganos para poder definir las diferencias estadísticas entre ambos grupos. Se les ha pasado una encuesta dietética (3) para realizar la valoración nutricional, y han firmado un consentimiento informado.

Conclusión: Podemos indicar las diferencias entre ambos grupos, en cuanto a la TA. La alimentación tiene una gran influencia sobre la salud, hay determinadas dietas restrictivas que deberían estar más ampliamente estudiadas, tanto por ejercer un posible efecto negativo en la salud, como positivo, pudiéndose usar en la práctica clínica si lo segundo se demuestra, y advirtiendo a la población de sus consecuencias, si se verifica lo primero.

Palabras Clave

Valoración nutricional, veganos, tensión arterial

Bibliografía

Yokojama I, Levin SM, Barnad MD, Association between plant-based diets and plasma lipids: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev*. 2017 Sep 1;75(9):683-698. doi: 10.1093/nutrit/nux030.

Jackson Kb, Harris WS, Blood Fatty Acid Profiles: New Biomarkers for Cardiometabolic Disease Risk. *Curr Atheroscler Rep*. 2018 Mar 20;20(5):22. doi: 10.1007/s11883-018-0722-1.

Patricia D, Sujatha R, Joan S, Evaluation of a Validated Food Frequency Questionnaire for Self-Defined Vegans in the United States. *Nutrients*. 2014 Jul; 6(7): 2523–2539. Published online 2014 Jul 8. doi: 10.3390/nu6072523.

Valoración alimentaria de un grupo de adolescentes de Cádiz. (España)

García Melgar, Javier; Oliveras López, M^a Jesús; López García de la Serrana, Herminia; Navarro Alarcón, Miguel.

Resumen

Introducción: Se asocia una mala alimentación con aparición de enfermedades crónicas, se necesita la promoción de hábitos saludables en la edad juvenil.

Objetivo: Estudiar los hábitos alimentarios de los estudiantes de un instituto de Cádiz.

Metodología: Se realiza un estudio transversal sobre 60 alumnos, 38 mujeres y 22 varones de 2º de ESO. Se usaron un "cuestionario de recuerdo de 24 horas", un cuestionario para la detección del riesgo de comportamiento alimentario (EAT-26: versión española), y un cuestionario general en el que se recoge: El grado de actividad física, el índice de masa corporal (IMC), nivel socioeconómico y rendimiento académico. (1)

Resultados: Del análisis de los datos, se observa un patrón de ingesta en macronutrientes desequilibrado en relación a lo recomendado un 44% hidratos de carbono, 38% grasas y 17% proteínas. Se observó cómo el perfil lipídico es alto en ácidos grasos saturados (13%, duplicando casi, lo recomendado en torno al 7%). El IMC en general se encuentra dentro de los valores establecidos como normopeso, un alto número de alumnos tienen un IMC por debajo de lo normal (<18.5). Atendiendo a las diferencias entre sexos, los valores de sobrepeso (IMC > 25) las mujeres tienen una tasa más alta que los hombres, 10.5% frente al 4.5% en varones. Se estudia Sodio y Potasio.(2)(3)

Conclusión: Se manifiesta que el riesgo de sufrir trastornos del comportamiento alimentario no fue tan superior como se esperaba inicialmente en una población de esta edad: El 91% de los estudiantes no presentaron riesgo de alteración en el patrón alimentario. Sodio y Potasio sobrepasan los valores recomendados.

Palabras Clave

Valoración alimentaria, adolescentes.

Bibliografía

González, E., Schmidt, J., García, P., & García, C. (2013). El análisis de la ingesta de alimentos y los hábitos alimentarios en una población de adolescentes en la ciudad de Granada (España). *Nutr Hosp.*, 28(3), 779–86.

Cutillas, A. B., Herrero, E., de San Eustaquio, A., Zamora, S., & Pérez-Llamas, F. (2013). Prevalencia de peso insuficiente, sobrepeso y obesidad, ingesta de energía y perfil calórico de la dieta de estudiantes universitarios de la comunidad autónoma de la región de Murcia (España). *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 683–689.

Grupo Colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), ArancetaBartrina, Javier, Arija Val, Victoria, Maíz Aldalur, Edurne, Martínez de Victoria Muñoz, Emilio, Ortega Anta, Rosa M., Pérez-Rodrigo, Carmen, Quiles Izquierdo, Joan, Rodríguez Martín, Amelia, Román Viñas, Blanca, Salvador i Castell, Gemma, Tur Marí, Josep Antoni, Varela Moreiras, Gregorio, Serra Majem, Lluís, Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de la alimentación saludable *Nutrición Hospitalaria* 2016, 33.

Estudio exploratorio sobre la felicidad, la depresión y las expectativas de futuro en personas sin hogar de Granada

Cano González, Yaiza; Portillo Sotelo, María del Carmen; Herrera Espiñeira, Carmen.

Resumen

Introducción: Lo más visible de la pobreza son las personas sin hogar (PSH). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el 2012 había 22.938 PSH en España, contabilizando sólo los que acuden a centros de acogida. En 235 PSH de Madrid el 49% sufrían depresión y el 50% se sentían infelices, frente al 2-7% y 10% de la población general (INE) respectivamente. En Granada 8 de las 15 PSH se sentían infelices.

Objetivo: Conocer si la felicidad o infelicidad que manifiestan las PSH está asociada con sus expectativas, sexo, edad, nivel cultural o depresión.

Metodología: Estudio transversal analítico en 14 PSH de octubre de 2017 a marzo de 2018 en la asociación Calor y Café y calles de Granada. Se les ha hecho dos preguntas “ad hoc” sobre si sentía feliz y si tenían expectativas buenas de futuro y el test de depresión de Goldberg. Se realiza análisis descriptivo y bivariante (Test de Fisher) con SPSS 15.0.

Resultados: dos son mujeres, el 50% se sienten infelices, el 43% no tiene estudios o sólo primarios, el 50% tienen menos de 49 años, el 78,6% tienen expectativas de mejora y el 85,7% tienen depresión. Sentirse feliz no está asociada con ninguna variable salvo con no tener estudios o sólo primarios ($p \leq 0.05$).

Conclusión: un alto porcentaje de PSH tienen depresión, sentirse feliz sólo estuvo asociado a nivel de estudios. Es necesario ampliar la muestra en futuros estudios.

Palabras Clave

Homeless, Happy, Happiness, Depression.

Bibliografía

Biswas-Diener, R. & Diener, E. Soc Indic Res (2006) 76: 185.

<https://doi.org/10.1007/s11205-005-8671-9>

Panadero, S., Vázquez, J. J., Guillén, A. I., Martín, R. M. Y Cabrera, H. (2013). Diferencias en felicidad general entre las personas sin hogar en Madrid (España). *Revista de Psicología*, 22(2), 53-63. Doi: 10.5354/0719-0581.2013.30853

Portillo Sotelo C. y Herrera-Espiñeira C. Las Personas sin Hogar en Granada. I CONGRESO INTERNACIONAL Y X JORNADAS NACIONALES DE LA CONFERENCIA NACIONAL DE DECANOS DE ENFERMERÍA, Granada, del 19 y 20 de octubre de 2017.



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Granada 2019

ISBN: 978-84-15450-28-3

Depósito Legal: AL 807-2019

SERVYMAGEN UNION